

Universidad de Granada
Escuela Técnica
Superior de Arquitectura



Programa de Doctorado:
Expresión gráfica, Cartografía
y Proyecto Urbano

TESIS DOCTORAL

Septiembre 2013

El hospital cruciforme: formación y transformación.

Estudios tipológicos para la reconversión patrimonial

Autora
Roberta Perria

Director
Francisco Javier Gallego Roca



Editorial: Universidad de Granada. Tesis Doctorales

Autora: Roberta Perria

ISBN: 978-84-9163-217-7

URI: <http://hdl.handle.net/10481/46567>

El doctorando ROBERTA PERRIA y el director de la tesis FRANCISCO JAVIER GALLEGO ROCA garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada 30 de agosto de 2013

Director/es de la Tesis

Doctorando

Fdo.: *Javier Gallego*

Fdo.: *Roberta Perria*

J. Gallego



1
f

El hospital cruciforme: formación y transformación.

Estudios tipológicos para la reconversión patrimonial

Roberta Perria

TESIS DOCTORAL

UGR 2013



Imágen de portada:
Boveda del crucero del
Hostal de los Reyes , Santiago.



*A mi madre que siempre
está velando por mi y
por toda mi familia.*

*A la memoria del
Prof. Paolo Marconi
fallecido este verano.*

ABSTRACTS

Dalla seconda metà del quattrocento, si sviluppa in Italia una tipologia ospedaliera destinata a diffondersi con successo in ambito internazionale.

L' Ospedale Maggiore di Milano, in forma di croce inscritta in un quadrato, ne è l'esempio più noto, anche se l'esperienza di Filarete non sarebbe potuta esistere al di fuori del contesto di fervore culturale ed economico proprio del primo rinascimento italiano.

Nel XVI secolo nei territori spagnoli, con un ritmo molto serrato, appaiono vari ospedali cruciformi in città simboliche a livello politico e rappresentativo: Toledo, Santiago e Granada.

Successivamente, durante il XVII secolo, gli schemi cruciformi cominciano a riprodursi nei territori francesi: nella capitale e nelle città più densamente abitate.

La ricerca che qui si presenta, apporta una chiave di lettura di questo processo storico partendo da una struttura teorica basata sulla lettura tipologica e considerando le tematiche socio-culturali che accompagnarono e guidarono il viaggio del modello italiano verso i territori europei.

Il problema degli strumenti di gestione patrimoniale per la tutela di questi singolari monumenti richiede un'analisi attenta e soluzioni alternative che possano valorizzare le preesistenze e assicurare la trasmissione al futuro del loro valore.

In the second half of the fifteenth century a hospital typology developed in Italy that was destined to achieve great international success.

The Ospedale Maggiore of Milan, in the form of a cross within a square, is the best-known example, although Filarete's project could not have existed were it not for the cultural and economic fervour characteristic of the Italian Renaissance.

During the sixteenth century, cruciform hospitals began to appear in a short period of time in urban centres in Catholic kingdoms of greater political and representative impact: in Toledo, Santiago and Granada.

Subsequently, throughout the seventeenth century, cross-shaped hospitals began to be built in the territories of the kingdom of France in the capital and in other more densely populated urban centres.

The research presented here provides a key to understanding this process of starting from a theoretical framework based on typological study and covering the socio-cultural topics that accompanied and guided the trajectory of the Italian model as it moved across Europe.

The problem of management tools for the protection of these unique monuments requires careful analysis and alternative solutions that can enhance the pre-existing and secure the transmission to the future of their value.



ÍNDICE GENERAL

▣ CAPÍTULO 1

Introducción General

1.1 Contenidos de la investigación	9
1.2 Antecedentes	26
1.3 Objetivos	36
1.4 Metodología	41

▣ CAPÍTULO 2

Organismo y tipo: claves de lectura para la arquitectura hospitalaria

2.1 El tipo en la historiografía tradicional	51
2.2 La crítica contemporánea: hacia una revisión teórica	62
2.3 El concepto de tipo en la arquitectura especial	79
2.4 El tipo hospitalario	88

▣ CAPÍTULO 3

El proceso tipológico del hospital: contexto histórico

3.1 La evolución del marco jurídico-institucional de los hospitales hasta el Concilio de Trento	95
3.2 La peste del 1348 y sus consecuencias sociales	115
3.3 La formación de la cultura médico-científica en el bajo medioevo	135
3.4 Multifuncionalidad y especialización en ambiente hospitalario: el caso de Siena	149
3.5 El siglo de las reformas sanitarias	170
3.6 Pobres y pauperismo en los siglos XVI-XVII	188

▣ CAPÍTULO 4

El proceso tipológico del hospital: contextos geográficos

4.1 Los caminos de peregrinaje y las rutas comerciales	209
4.2 Florencia y su ducado	236
4.3 El ambiente lombardo	265
4.4 Roma y el poder papal	293
4.5 El reino de Castilla	315
4.6 Los territorios franceses	347

▣ CAPÍTULO 6

Conocimiento, conservación e intervención: el Hospital Real de Granada

6.01 El hospital Real de Granada: un modelo ejemplar	456
6.02 Valores patrimoniales y características arquitectónico-constructivas en el Hospital Real de Granada	481
6.03 El plan director como instrumento de gestión a largo plazo	505

▣ CAPÍTULO 5

Los esquemas funcionales, morfológicos y formales del hospital cruciforme

5.1 El hospital y la ciudad	373
5.2 La asistencia y los recorridos terapéuticos	398
5.3 La recuperación del repertorio clásico	427
5.4 La teoría de las proporciones y los organismos de planta central	433
5.5 El valor del símbolo en la definición formal	439
5.6 El problema del control	450

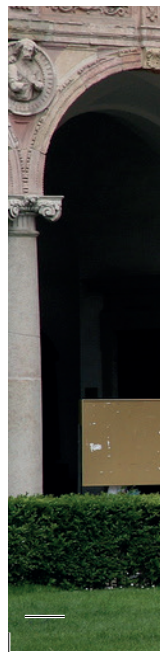
CONCLUSIONES 515

BIBLIOGRAFÍA 532

CATALOGO DE EDIFICIOS 548

CAPÍTULO 1

Introducción General





1.1 Contenidos de la investigación

Cuando en el año 2005 llegué a Granada con el vivo interés de profundizar en las temáticas relativas al desarrollo del pensamiento renacentista en la arquitectura española, mi atención fue pronto cautivada por un monumento singular que surgía imponente en una zona periférica del casco histórico de la ciudad: el Hospital Real de Granada.

Ya en Milán, donde cursé parte de mis estudios universitarios, había tenido la posibilidad de familiarizarme con la monumentalidad de la arquitectura civil del siglo XV, que en aquella ciudad lucía los nombres de Filarete, Bramante, Leonardo, entre muchos otros. Si bien entonces no tenía la madurez de captar los significados plurales y complejos que los edificios públicos habían traído a la atención de una sociedad fuertemente sacralizada y aún retraída en la seguridad del ambiente domestico, la figura cautivadora de los claustros de la sede de la Universidad en la Calle *Festa del Perdono*, se había gravado de forma algo inconsciente en mi imaginario, transmitiendo una imagen de rara potencia. El hecho de que aquellos espacios

fig.1.1
Patio de Richini.
Ospedale Maggiore
de Milán.



tan rebosantes de alumnos y actividades culturales, llevaran el título de Ospedale Maggiore quedaba como referencia onomástica, como recordatorio de un edificio sugerente que ocultaba una larga historia. Que esta historia fuera memoria de caridad, de poder, de encierro y pobreza, que fuera leyenda de hombres y mujeres marginados, de individuos milagrosamente sanados, de juegos políticos y de control social, no era nada fácil de discernir, cuando estaba atareada en contemplar el rostro actual y fresco de aquel palimpsesto polifacético que es una sede universitaria contemporánea.

Progresivamente, el apasionado estudio de la historia de la arquitectura iba acotando las percepciones instintivas y facilitaba los instrumentos para una comprensión que a la luz de la libertad intuitiva, ofrecía la valiosa herramienta de un discernimiento racional, a pesar de que, en vez de despejar las dudas, complicara, en la mayoría de los casos, la visión y la lectura de lo existente.

La curiosidad que despertó el suntuoso hospital granadino no iba ligada sólo a su dimensión monumental ni al valor que había alcanzado como elemento emergente en un paisaje urbano monopolizado por la imagen, romántica o vernácula, de la arquitectura arabo-andalusí en el ámbito del mercado turístico. La admiración surgía de la observación de la complejidad, a la vez que de la perfecta organicidad, de su diseño geométrico y volumétrico, de su vocación escenográfica, caso único en el panorama de la producción arquitectónica de matriz asistencial.

En 2008, el Rectorado de la Universidad, que amparaba en este edificio una de sus sedes administrativas más exclusivas, encargó al arquitecto Javier Gallego, catedrático de restauración arquitectónica, redactar un plan de rehabilitación integral del monumento. Comenzó así con él una estrecha colaboración dirigida al estudio y análisis del ex complejo hospitalario con el fin de facilitar herramientas útiles al programa de intervención. La primera problemática con la que nos enfrentamos fue una carencia importante de información bibliográfica; existía un estudio monográfico publicado por la historiadora del arte Concepción Félez, la cual ya había encontrado dificultades ligadas a una especie de desinterés general hacia una tipología arquitectónica a la que, sobre todo en España, no se reconocía el justo valor en el ámbito del proceso de desarrollo de



la arquitectura civil en Europa. Los ensayos y publicaciones que pudimos hallar en la primera fase de acercamiento al estudio del monumento eran más bien de carácter sectorial y monográfico; no dejaban de mencionar las relaciones entre el hospital granadino y la producción española e internacional, pero de manera algo superficial o a modo de compendio, quedando el tema de las relaciones entre diferentes contextos geográficos todavía abierto.

*fig.1.2
Fachada principal.
Hospital Real de
Granada.*

El Hospital Real mostraba diferentes incógnitas desde el punto de vista tipológico, a las cuales el completo estudio documental de Fernando Acale se había preocupado de dar respuestas, indagando la dimensión histórica del antiguo establecimiento. La campaña de levantamiento¹, que tuve la posibilidad de coordinar, si bien por un lado enriquecía nuestros conocimientos y, por lo tanto, nuestra capacidad de comprensión y síntesis, por otro invitaba a profundizar en el estudio del edificio como arquitectura civil de carácter especial,

¹ La campaña de levantamiento, empezada en 2009, fue dirigida por el Prof. Antonio Gómez Blanco.



fig.1.3
Detalle del Patio de
los Mármoles.
HospitalReal de
Granada.

también por las continuas referencias que el mismo proceso de investigación obligaba, puntualmente, a considerar.

En esta perspectiva, maduró la idea de dedicar mis investigaciones a las no pocas problemáticas que el edificio había planteado en las primeras fases de estudio y que iban ligadas sobre todo a la comprensión del tipo del hospital cruciforme.

Efectivamente, a pesar de que la arquitectura hospitalaria caracterizara, desde la época tardo antigua, la imagen de los núcleos urbanos como elemento trascendente del imaginario metropolitano común, la relación entre los edificios hospitalarios y los contextos sociales, culturales y económicos que habían permitido su crecimiento quedaba como campo de estudio en el que se percibía la necesidad de un estudio integrado de carácter multidisciplinar y una buena síntesis divulgativa.

La temática de la génesis del hospital moderno resultaba, por lo tanto, de lo más interesante no sólo bajo el perfil arquitectónico de los eventos singulares seguramente destacables, sino como metáfora concreta de “la afirmación de una civilización cuyos valores no permanecen abstractos, sino que se concretizan en las instituciones y se hacen posibles a través de los procedimientos técnicos”².

Lógica funcional y necesidades morales, historia de la medicina e historia de la caridad, están asociadas en el concepto de cuerpo hospitalario y permiten vislumbrar un complejo de derechos civiles

² Presentación de Amedeo Bellini a la publicación Franchini L., *Ospedali lombardi del Quattrocento...*,1995. Pp. 5-7

que se afirman, en las sociedades occidentales, paulatinamente y a través de canales y mecanismos poco claros.

Por lo tanto, plantarse interrogantes sobre las formas arquitectónicas que van adquiriendo los institutos asistenciales, sobre su génesis y sobre sus valores compositivos, artísticos y técnicos, significa indagar en la naturaleza de las estructuras sociales y de los sistemas políticos, a la vez que las condiciones de transformabilidad que permiten a un mismo edificio perdurar durante siglos, variando sensiblemente su imagen y su razón de uso y adaptándose a nuevos criterios y a nuevas necesidades.

Para encauzar una investigación que pudiera dar respuestas a una temática compleja y poco o desordenadamente conocida, el estudio se ha centrado en dos aspectos fundamentales:

El estudio de las matrices tipológicas del hospital cruciforme y las dinámicas de mutación que decretaron su éxito a escala internacional;

La mención al caso-estudio del Hospital Real, y el análisis sobre el ejemplo concreto de los instrumentos de gestión del complejo como objeto patrimonial.

El estudio del proceso tipológico, cuya base metodológica se inspira en la tradición de la escuela romana de Saverio Muratori y las experiencias de la escuela florentina de Gian Franco Caniggia, ha obligado a asumir una aproximación fuertemente multidisciplinar, considerando las aportaciones que a este tema facilitan las ciencias humanas, la historia de la medicina y la historia política, y elaborando estos datos a través de las disciplinas de la cultura arquitectónica como el análisis morfológico, funcional y formal. Se trata, en síntesis, de reconstruir una especie de árbol genealógico del tipo hospitalario cruciforme, considerando la evolución diacrónica en un específico enclave temporal y las variaciones diatópicas en un marco geográfico definido.

El repertorio de los ámbitos geográficos de estudio se ha escogido en bases a criterios de homogeneidad y comparabilidad de los sistemas sociales y de los condicionantes históricos que dirigen su desarrollo; por ello, hemos centrado nuestra atención en Italia,



fig.1.4
Interior del
Pellegrinaio del
Ospedale di Santa
Maria della Scala.
Siena.

España y Francia, cuya tradición he podido conocer de cerca a través de varias estancias de formación académica.

A este propósito es indispensable abrir un breve paréntesis acerca de la elección programática de los contextos territoriales a indagar: algunas realidades, entre las cuales destacamos por envergadura los reinos británicos, si bien resultan fundamentales para dar un cuadro completo de la evolución de la políticas asistenciales europeas en época moderna y de los lugares donde aquellas se manifiestan de forma concreta, se han apartado de este estudio. Tal exclusión se justifica por las diversidades singulares que alejan ciertos enclaves geográficos

Europeos, insulares (Inglaterra) y continentales (por ejemplo los países germánicos), de los países que se asoman al mediterráneo. En primer lugar, en estos territorios el temprano rechazo de las doctrinas católicas crea condiciones de discontinuidad cultural respecto al bloque compacto de los países que se someten a la voluntad de la curia romana. En segundo lugar, si bien participan de forma activa y muy a menudo hegemónica, en las dinámicas internacionales, mantienen en su interior caracteres idiosincrásicos que guían el progreso social, político y económico de una forma muy peculiar difícilmente comparable con las categorías de juicio con las que interpretamos el cambio en las sociedades que se mantienen fieles a la causa católica. A razón de ello hemos observado cómo la tipología del hospital cruciforme en Inglaterra y en los estados germánico prescinde de una difusión extensa o se sirve de dispositivos diferenciados para los cuales se auspician trabajos de investigación detallados.

Como límites temporales del proceso evolutivo se han escogido unas fechas simbólicas que se refieren a acontecimientos ligados a

la historia de la asistencia, evitando aludir a experiencias arquitectónica concretas; en efecto, somos conscientes de que las delimitaciones cronológicas absolutas en el campo de los estudios históricos, resultan opinables y sensiblemente variables.

Por tanto, como momento de inicio, asumimos el año 1305, cuando el hospital de Santa Maria de la Scala normaliza por primera vez su estatus jurídico; como fin, el año 1773 cuando, seguidamente al incendio del Hotel Dieu de París, se convoca un concurso para su reconstrucción. Entre los proyectos presentados, aunque no realizados, se propone una tipología nueva que apunta a la dislocación y especialización funcional por medio de una estructura de pabellones separados.



fig.1.5
Hôtel Dieu, París.

En este amplio intervalo de tiempo, más de tres siglos, habrá que señalar unos momentos significativos en el proceso de formalización de los modelos arquitectónicos, lo cual, lejos de indicar una evolución perfectamente regular y continua, conforma unos puntos de apoyo para sincretizar una cantidad ingente de información de carácter contextual, a partir del análisis de ejemplos concretos.

Durante el Alto Medioevo, la configuración arquitectónica de las casas de acogida se adaptaba al dominio de la metafísica cristiana, que agrupaba bajo la misma categoría a pobres, enfermos, inválidos y alienados como el ejército de los marginados de Cristo; ellos habían sido elegidos para experimentar, en el sufrimiento de la carne, la experiencia divina del Salvador, desde una perspectiva escatológica que veía en la muerte la legitimación de la vida. Inútil es decir que la obsesión tanatocéntrica emergía de unas condiciones materiales insuficientes para asegurar una vida sana y longeva excepto para reducidos grupos sociales. La absoluta indiferenciación de los

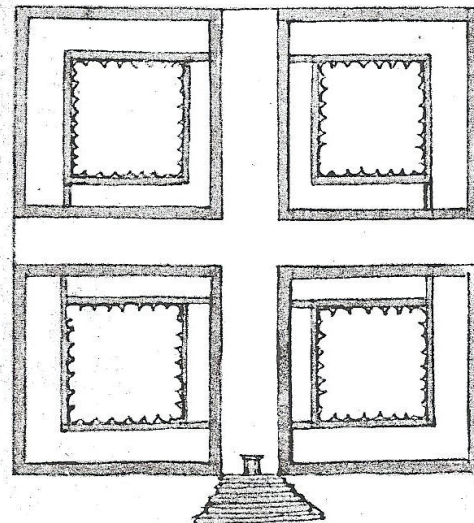
asilados comportaba un relativo descuido a la hora de preparar los espacios dedicados a su amparo, que quedaban incluidos en los recintos monásticos y respondían a una configuración arquitectónica apenas definida, en un conjunto genérico de cuerpos de fábrica surgidos por gemación espontánea según demandaban las necesidades circunstanciales.

Es a partir del siglo XIV cuando empieza a difundirse una preocupación mayor hacia el problema de la organización de las tareas asistenciales, lo cual se traduce progresivamente en un inusitado esmero en la configuración arquitectónica de los equipamientos caritativos de carácter urbano.

Así, por ejemplo, en 1334 el Hospital de Siena encarga la construcción de una nueva sala para la hospitalización de los hombres, donde es posible hallar precisas referencias espaciales y funcionales, con elementos organizados jerárquicamente y con ejes de articulación complejos.

Recorriendo de forma resumida el proceso de evolución del tipo, es imprescindible poner de relieve que, a partir del siglo XV, se inicia en Italia una época de mucha experimentación, caracterizada por la fundación de numerosos institutos hospitalarios que aúnan

fig.1.6
Enfermería de los
hombres. Planta del
Ospedale Maggiore
de Milán. Tratado de
Filarete.



en sus propios diseños arquitectónicos características geométrico-espaciales similares.

Sólo en este contexto cultural es posible entender la innovación que representó la construcción del Hospital Mayor de Milán, resolviendo de una forma contundente las reflexiones sobre la forma específica que un hospital eficiente tenía que disponer.

Este hospital dio un giro importante en la concepción de las estructuras de carácter sanitario-asistencial por la seguridad de las elecciones planimétricas y compositivas y por la dotación de medidas novedosas respecto a los requisitos tecnológicos. Sin embargo, esta “revolución” no es para nada acéfala, sino que se inserta en un universo de otras experiencias hospitalarias, menos notables a las que la experiencia de Milán añade especulaciones sobre la forma en que germinaban de los cenobios de intelectuales humanistas.

A partir del siglo XVI se satura la producción arquitectónica en territorio italiano y la fundación de hospitales palacios se concentra en la península ibérica.

El siglo siguiente presencia la construcción de hospitales en forma de cruz en Francia, área que hasta entonces se había resistido a la penetración de modelos extranjeros. Esta impermeabilidad se

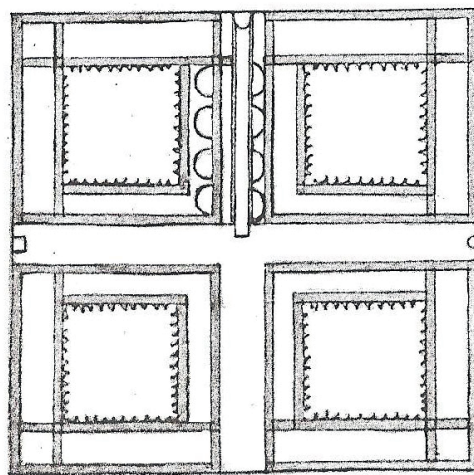


fig. 1.7
Enfermería de las
mujeres. Planta del
Ospedale Maggiore
de Milán. Tratado de
Filarete.

debió a los desordenes ocasionados por décadas de guerras y a la persistente confrontación entre el poder monárquico y eclesiástico en los asuntos de política sanitaria, además del profundo arraigo de una tradición asistencial medieval autóctona.

A caballo entre esos dos siglos, reforma y contrarreforma tuvieron un papel fundamental en la transformación de los equipamientos asistenciales: la primera, por desvelar los abusos que se perpetuaban en perjuicio de los pobres en los recintos hospitalarios y por legitimar una nueva visión ética de la pobreza y mendicidad, abrazando las instancias liberales de la sociedad mercantil; la segunda, por intentar imponer una disciplina rigurosa frente al relajamiento de los hábitos y al despilfarro económico, lográndolo sólo parcialmente.

Finalmente, la larga curva descendente que condujo al abandono de los esquemas cruciformes a finales del siglo XVIII, comportó su readaptación para edificios con usos diferentes y abiertamente correctivos, como cárceles y centros educacionales, para el trabajo forzoso etc.

Esta transformación surgía de las reflexiones sobre los mecanismos de control que las características panópticas de los organismos de planta central habían estimulado en los técnicos del sector. Efectivamente, ya desde el siglo XVII se iba difundiendo un vivaz debate sobre las condiciones de transformabilidad del tipo, debate que funcionó como factor acelerador de las dinámicas de cambio y reutilización de los espacios asistenciales.

A eso tenemos que añadir que, incluso durante el siglo XIX, la

fig. 1.8
Hôtel des Invalides.
París. Grabado siglo
XIX. Bibliothèque
National de France.



diferenciación entre institutos con fines únicamente sanitarios y terapéuticos e instituciones de beneficencia o con cometidos de carácter asistenciales no es tan patente, ni tan común³. Por esto muchas actividades de distinta naturaleza se realizaron conjuntamente en el mismo edificio.

Los esquemas cruciformes permanecieron en auge bajo la innovadora lógica compositiva de la arquitectura empírica francesa. El método de la composición modular, inherente en los esquemas cruciformes del renacimiento maduro, se traduce en una normalización académica en el ámbito de las nuevas escuelas politécnicas; la enseñanza de Durand en París ponía énfasis en la cuadrícula y en el módulo como fundamento de la práctica compositiva y como mecanismo de control para el proyecto de las arquitecturas civiles. En Durand “podemos notar cómo la cuadrícula sostiene de manera satisfactoria tanto el cuadrilátero del hospital clásico, como el doble peine del hospital del siglo XIX y cómo el directo coralario de la cuadrícula y del módulo, es decir, el pabellón, se encuentra en muchos edificios de utilidad pública, facilitando lo que podría ser interpretado como un tema de composición incesante que alimenta la política de las edificaciones civiles a lo largo del siglo XIX”.⁴

A la definición del proceso evolutivo, que aquí hemos resumido sumariamente, se acompaña el argumento de las profundas sinergias



fig. 1.9
Cárcel.
San Michele a Ripa,
Roma.

³ En 1837, en una memoria del Ministerio del Interior francés sobre el estado de los hospitales, hospicios y casas de beneficencia se lee:

“La séparation de ces deux espèces différentes d’établissements n’existe pas dans toutes les communes, les plus importantes sont ordinairement les seules qui soient dotées tout à la fois d’un hôpital pour les malades et d’un hospice pour les vieillards et pour enfants”.

Laget P., Laroche, C., 2012. Pág. 176.

⁴ *Ibidem* Pág.162.

que se establecieron entre control y gestión infraestructural del territorio y la implantación de establecimientos asistenciales de diversa índole en su progresiva transformación de lugares con una misión caritativa a enclaves de carácter principalmente terapéutico y sanitario.

En primer lugar, hemos observado cómo la dislocación de los hospitales en el territorio a partir del siglo XIII dibuja una red de elementos que recalca la lógica de ocupación del territorio, impulsada en principio por las comunidades religiosas y, a partir del fortalecimiento de la filosofía burguesa, por los grupos urbanos que lideran la recuperación económica y la metamorfosis de los sistemas culturales.

No es una casualidad que la alternancia en el liderazgo de las políticas asistenciales en el panorama internacional acompañe el desarrollo de las estructuras económicas y de las innovaciones en materia política y social. Congruentemente, veremos cómo el culmen de la popularidad de los servicios sanitarios coincide con cierta energía de la sociedad civil y con el vigor y estabilidad de la administración política.

Y por esto mismo, no podemos evitar destacar la íntima correlación entre el auge de las instituciones asistenciales y sanitarias y la superioridad coyuntural de los sistemas políticos que impulsaron su desarrollo: así ocurre en el triunfo de Siena en el siglo XIV, de Florencia en la primera mitad del siglo XV, de Milán con su empeño de reforma a finales del Cuatrocientos, de la Coronas españolas con las grandes campañas de exploración transoceánicas y en los territorios franceses en los siglos XVII y XVIII, donde los círculos intelectuales actúan como catalizador para la difusión de las teorías iluministas y liberales.

Evidentemente, este tipo de observación pudiera resultar obvia; es decir, está más que comprobado que a una situación de desarrollo cultural o de prosperidad económica corresponde una peculiar vitalidad en la actividad constructiva. Sin embargo, resulta útil señalar cómo, desde el bajo Medioevo, el desarrollo de los códigos de carácter técnico-científicos vincula, de manera muy directa y no tan obvia, las instituciones asistenciales al programa de comunicación por medio del cual el poder se dirige a la masas y manifiesta su

hegemonía.

Como acertadamente señala Franchini hablando del paso de los *hospitalia* medievales a los hospitales mayores o grandes de la época moderna, “el esfuerzo económico requerido por las dimensiones monumentales y por la concepción artística de los nuevos hospitales, con el propósito optimista de levantar un monumento concebido como *sub specie aeternitatis* - idea motivada por comprensibles razones de orgullo cívico, expuestas de manera explícita en las intenciones programáticas - demandaba justamente la indicación de un modelo que superara las disfunciones de los pequeños hospitales medievales y representara la imagen de la transformación humanista, moral y artística de la ciudad”⁵.

Si bien la historiografía arquitectónica ha perfilado de manera cada vez más correcta y ajustada la dimensión funcional de los hospitales modernos, debido entre otras razones a las exigencias prácticas de los programas de rehabilitación de los complejos hospitalarios, se ha dedicado un menor desvelo a las instancias de carácter superestructural, cuyos efectos pueden observarse en la figuración material de estos organismos arquitectónicos.

De forma más velada a partir del siglo XIV y durante la época moderna, el hospital desempeña un papel fundamental como instrumento de estrategia política según diferentes orientaciones:

- Como instrumento de control sobre las franjas problemáticas de la población;
- Como lugar de intercambio cultural y contenedor del pensamiento científico;
- Como acumulador de patrimonios y rentas y, consecuentemente, como dispositivo de gestión financiera;
- Como garante de los equilibrios de poder y conciliación entre las aspiraciones de las autoridades civiles, de los sujetos sociales y de las jurisdicciones religiosas.

En un clima de profundas transformaciones sociales en el viejo continente, el tipo muda progresivamente hasta configurar aquella

5 Franchini, L., 1995. Pág. 11.

peculiar estructura compositiva y formal que se mantendrá hasta los albores de la edad contemporánea, es decir, el hospital en forma de cruz.

El estudio teórico sobre las matrices espaciales y funcionales del hospital cruciforme tiene un fin práctico muy preciso: ofrecer un nuevo complejo de conocimientos como herramienta útil al proyecto moderno de restauración.

Este argumento nos traslada directamente al segundo ámbito cognoscitivo de esta trabajo de investigación: la reconversión patrimonial de la arquitectura hospitalaria resulta un tema de gran actualidad hoy en día, en tanto que el continuo desarrollo de las industrias técnicas y la aparición de tecnologías de nueva generación hacen cada vez más difícil garantizar la eficiencia de los antiguos edificios.

Muchos complejos hospitalarios han mutado desde hace tiempo su función originaria, mostrando una innata versatilidad a la ahora de sufrir modificaciones considerables en el programa de uso. Sin embargo, hoy en día siguen presentando problemáticas, sobre todo en relación a temas de accesibilidad, compartimentación de espacios, acondicionamiento y conservación estructural. El valor histórico-cultural de estos edificios y las imposiciones legislativas a la hora de actuar complican la labor de los arquitectos contemporáneos, alimentando cada vez más el carácter antitético del binomio “conservación-disfrute”.

Como profesionales de la disciplina de la restauración arquitectónica creemos que es posible encontrar el justo equilibrio entre el deseo de conservar el espíritu auténtico de la arquitectura del pasado, símbolo de identidad cultural, y la necesidad de “actualizar” el bien inmueble, haciéndolo vivir en el presente. Esta unidad de intenciones puede lograrse a través del conocimiento profundo de la arquitectura. Según Paolo Marconi: “[...] cuando la arquitectura comunicaba con códigos manifiestos, la disciplina de la restauración le restituía el significado perdido.”⁶ Sólo comprendiendo la lógica íntima de nuestra herencia arquitectónica mantendremos intacta su peculiar forma de comunicar a las generaciones presentes y futuras valores históricos y culturales de inestimable envergadura.

6 Paolo Marconi, *Il recupero della bellezza*, 2005.

Para ello se analizará el concepto de forma arquitectónica, intentando aclarar las significaciones contextuales que ha ido asumiendo en una determinada época histórica.

Si las exigencias actuales ligadas a la innovación, a la investigación y a la alta formación justifican la reticencia a la adopción de esquemas tipológicos vinculantes y por el contrario requieren amplia libertad en el proyecto de los conjuntos hospitalarios, estos mismos límites tienen que ser asumidos en el ámbito de la reconversión patrimonial como guías imprescindibles para cualquier intervención que tenga como objetivo añadir valor a las preexistencias.

El reconocimiento de una vocación específica de ciertos inmuebles en el ámbito de la obra civil de carácter público, obliga a detenernos en múltiples aspectos comunes a muchas áreas culturales, dentro de la afirmación de las autonomías administrativa y constructiva de valores civiles compartidos. Lo que para nosotros es herencia adquirida, desvela los esfuerzos y la laboriosidad de una trayectoria de crecimiento plurisecular.



1.2 Antecedentes

La mentalidad colectiva hacia los temas relacionados con las políticas asistenciales se ha modificado sensiblemente a raíz de los cambios que han sobrevenido a lo largo de los siglos en las estructuras sociales, en los sistemas político-económicos y en los paradigmas culturales que los han apoyados o, al contrario, han motivado su repentino o paulatino desmoronamiento.

El primer punto que hemos tenido en cuenta en nuestro trabajo de investigación y que la historiografía tradicional ha intentado aclarar en el ámbito de los estudios científicos, atañe a la multiplicidad de acepciones que el concepto de la asistencia cobija en sus diferentes facetas, de las cuales el hospital es un intérprete señalado.

Hoy día, frente a la urgencia de auxilio médico nadie dudaría ni un momento en acudir a los hospitales, donde la cultura médica contemporánea ha dispuesto, además de la admisión de los enfermos según la índole de su dolencia y del cuadro patológico, unas consultas especialistas al servicio de la ciudadanía. Las únicas funciones que

fig. 1.10
Patios. Hospital de
Tavera, Toledo.



se mezclan metódicamente con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades son las referidas a la investigación científica, a la enseñanza y a la formación de los operadores sanitarios.

Esta significación de los institutos hospitalarios, que a los ojos de la sociedad contemporánea se presenta como una adquisición incuestionable, refleja un sistema de valores actuales, los cuales nunca han sido inamovibles ni consideramos que lo sean en el futuro. Sin embargo, la extremada tecnificación de los recintos hospitalarios, inspirados en los conceptos de eficiencia de matriz empresarial, hace que estos obvien el análisis como objetos de la evolución histórica, de modo que la obra divulgativa persigue destacar los caracteres de innovación que justifiquen el ingentes gastos que las administraciones públicas invierten en la definición del sistema sanitario nacional.

En referencia a los establecimientos más antiguos, entre los cuales se cuentan un número significativo de edificios que permanecen sujetos a la función sanitaria, la situación cambia sensiblemente y la crítica es más proclive a favorecer los estudios históricos, sin bien perfeccionados con una aproximación de carácter multidisciplinar que no descuide las lógicas funcionales frente a los aspectos de carácter sociológico o antropológico.

Durante la segunda mitad del pasado siglo, al redimensionarse el alcance de la expansión técnica que había lanzado rápidamente a las sociedades occidentales a la época del post-capitalismo y que había monopolizado los intereses de los intelectuales racionalistas, varios historiadores se han acercado al análisis de los edificios públicos con destino sanitario, abriendo un campo de investigación específico y científicamente autónomo que hasta entonces habían estado conformado sólo por menciones esporádicas en los informes que los técnicos preparaban como sostén teórico para intervenciones singulares, sobre todo de carácter administrativo, en los recintos históricos.

Estas informaciones, entre las cuales destacamos la producción de los expertos franceses de finales de los siglos XVIII y XIX, como el parte que el cirujano Jacques Tenon redacta sobre encargo de la Academia de Ciencia de París¹, se han manejado considerando las

1 Jacques Tenon, *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris*, Paris: Académies Royales



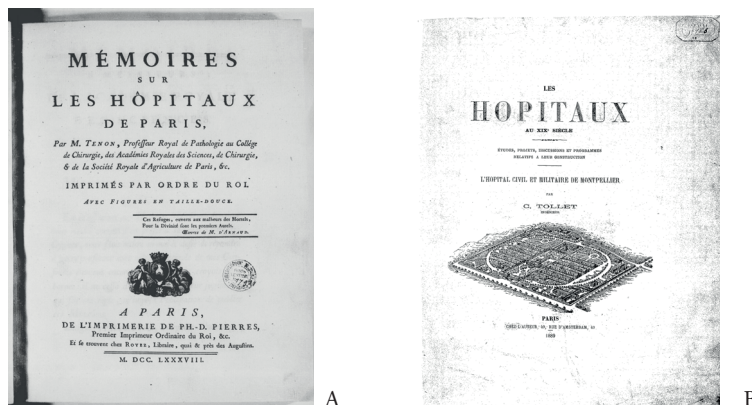


fig1.11
A: Carátula de
“Mémoires sur les
Hôpitaux de Paris”.
M. Tenon, 1788.
B: Carátula de
“Les Hôpitaux au XIX
siècle”.
C. Tollet, 1889

contextualizaciones apropiadas para cada caso y teniendo en cuentas el perfil intelectual y cultural de aquellos que las produjeron y que resulta, por muchos y obvios aspectos, distante de los juicios críticos de los especialistas contemporáneos.

Además, en lo que atañe a la bibliografía específica sobre los institutos hospitalarios en territorio francés, hay que señalar una carencia significativa de información, por lo cual la tradición divulgativa decimonónica ha sido particularmente útil. Estos trabajos quedan como historiales sugerentes y como anticipación de las investigaciones del siglo XX, las cuales tienen el mérito de objetivar la perspectiva de estudio y de acotar las aportaciones de varias disciplinas, distinguiendo entre diferentes campos de investigación.

En cuanto al renovado interés que los comentaristas de la segunda mitad del siglo XX muestran hacia las temáticas asistenciales y las problemáticas de los nosocomios del antiguo régimen, es posible catalogar las aportaciones bajo diferentes ópticas científicas, como bien ha destacado María Luz López Terrada en un artículo aparecido en 1996 en la revista *Historia Medieval*:

des Sciences, de Chirurgie, et de la Société Royale d'Agriculture, 1788. Husson, M. Armand, *Etude sur les Hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction...*, Paris : Administration Générale de l'Assistance Publique a Paris, 1862. Granier Camille, Paris : Journal des Economistes, 1891.

2 López Terrada María Luz, *El hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria*, en *Revista d'Història Medieval* 7, Universitat de València: Departamento de Historia Medieval, 1996.

Estudios de carácter jurídico-institucional

Este tipo de aproximación toma en cuenta la evolución de la jurisdicción hospitalaria sobre la base de los aspectos estrictamente institucionales, interpretando y sistematizando un conspicuo repertorio de informaciones documentales y archivísticas. En efecto, una fuente importante de información la forman directamente las constituciones de gobierno que los hospitales empiezan a darse a partir del siglo XIV y que se modifican constantemente a lo largo de los siglos sucesivos. Muchos trabajos se han centrado en la publicación de estos documentos y en su lectura e interpretación, ya que la clase de comunicación que contienen resulta muy a menudo bastante oscura y críptica para los contemporáneos. En este ámbito cabe destacar la obra del historiador francés Jean Imbert, que distingue dos macro contextos históricos: el primero, que abraza la época medieval, durante la cual las instituciones hospitalarias están sometidas casi totalmente al derecho canónico; el segundo, en el que actúan junto a ellos las prerrogativas de la legislación civil³.

Estudios de carácter arquitectónico y artístico

El marco metodológico en el que se han desarrollado las investigaciones sobre los caracteres arquitectónicos de los edificios hospitalarios antiguos resulta muy versátil y dinámico, dado que a ellas se han dedicado diferentes profesionales, desde arquitectos, a arqueólogos o historiadores de la medicina. Esta condición hace que se proporcione, en cada circunstancia particular, un enfoque variado y polifacético. Consiguientemente, estos estudios son los que presentan una mayor complejidad y que suponen cierta dificultad de catalogación. La cantidad de información documental, bibliográfica, icnográfica y de campo que hay que manejar, han empujado a los historiadores a centrar cuidadosamente el objeto de análisis, produciendo una literatura de carácter regional, cuando no estrictamente monográfica, en relación a los acontecimientos constructivos de un ejemplo aislado. El trabajo de campo, fundamental para estas tareas, está en muchos casos obstaculizado por el uso persistente de los recintos hospitalarios por parte de

3 Imbert, J., *Les hôpitaux en droit canonique: du décret de Gratien ...*, 1947. Imbert, J., *Le droit hospitalier de l'ancien régime*, 1993. Nasalli Rocca, E., *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, 1956.

las comunidades urbanas, lo cual implica que en muy contadas ocasiones podamos disponer de levantamientos realistas y actuales.

Entre los trabajos que han tratado de forma resumida la evolución arquitectónica de las construcciones hospitalarias, se debe destacar la obra de Leistikow⁴, meritoria por el esfuerzo de síntesis y por facilitar un cuadro sinóptico general de una temática extremadamente compleja, a pesar de que sus conclusiones hayan sido, en gran mayoría, superadas por las aportaciones recientes.

Estudios de historia social

Indudablemente son los estudios sobre los temperamentos sociales en la base de las políticas sanitarias y asistenciales los que detentan el mérito de haber despertado el interés de los historiadores hacia las realidades complejas de los antiguos nosocomios. Los interrogantes que atormentaban a una sociedad atravesada por una profunda crisis de valores en la frivolidad de los escenarios postmodernos, animaban a emprender estudios específicos que pudieran facilitar respuestas sobre la actualidad de los sistemas globalizados y, a la vez, proporcionar medidas alternativas para un desarrollo más sostenibles de las comunidades occidentales. Desde esta perspectiva, el tema de la pobreza como elemento estructural y calamidad de los sistemas capitalistas cobraba una dimensión altamente simbólica, a la vez que los mecanismos de marginación reclamaban una reflexión seria y comprometida sobre el futuro. Las investigaciones de Mollat, Geremek, Gutton y sobre todo las espléndidas páginas de Foucault⁵, han sido para nosotros una fuente preciosa de inspiración, y han permitido disponer un complejo de conocimientos básico para la comprensión de las actividades humanas que tienen lugar en los complejos hospitalarios de la época moderna.

En la categoría de los estudios sociales incluimos los trabajos de sociología y geografía urbana con los que nos hemos acercado

4 Leistikow D., *Dieci secoli di storia degli edifici ospedalieri in Europa...*, 1967. Félez Lubelza, C. *El Hospital Real*, 2005.

5 Mollat Du Jourdin, M., *I poveri nel Medioevo*, 2001. Geremek, B., *La piedad y la borca...*, Madrid: Alianza Editorial, 1989. Gutton, J. P. *La société et les pauvres en Europe (XVI-XVIII siècles)*, 1974. Foucault, M. *Vigilar y castigar - Nacimiento de la prisión*, 2009. Foucault, M., *El nacimiento de la clínica...*, 1989.

al problema de las relaciones, muy a menudo insolubles, que los recintos hospitalarios analizados trababan con las ciudades en las que se implantaban y que ponen de manifiesto los mecanismos de simbiosis o competición en la formación de los establecimientos asistenciales urbanos⁶.

Estudios de tipo económico

Se refieren al análisis de los patrimonios y rentas que los hospitales van acumulando y que se ajustan a la condición institucional que cada uno ostenta. Asimismo se investigan las formas de financiación, como la naturaleza de los gastos e inversiones que el hospital favorece como medio de sustentamiento o con claros fines lucrativos⁷.

Estudios de carácter médico

Se trata de un campo de estudio que presume de una tradición más sólida y de un marco metodológico experimentado. Sin embargo, la falta de trabajos que integren en el desarrollo de las disciplinas médicas en los recintos hospitalarios un riguroso análisis de los expedientes técnicos que las han acompañado, ha menguado mucho el alcance de los resultados en el ámbito de los estudios específicos sobre los nosocomios. Además, como tendremos la posibilidad de observar, existe una sutil discrepancia entre el desarrollo de las ciencias naturales y la dotación de recursos terapéuticos en los hospitales. Si bien este argumento está universalmente asumido, consideramos que de ninguna manera puede eximir a los especialistas que se acerquen a los estudios sobre los hospitales de considerar las aportaciones que la rica antología médica pueda proporcionar. Efectivamente, es igualmente manifiesto que la diversificación terapéutica ha actuado como motor de las innovaciones y ha participado de forma más o menos directa, consciente o inmediata en la estructuración funcional de los nosocomios e influenciado su progresiva transformación.

⁶ Mumford, L., *La ciudad en La historia...*, 2012. Labasse, J., *L'hôpital et la ville: géographie hospitalière*, 1980.

⁷ Diana, E., *Non solo carità. L'ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze: un risultato imprenditoriale*, *Ricerca Storiche*, Firenze: XL, 2010. Diana, E., *Dinamiche fondiari e caratteri insediativi degli ospedali fra XIV e XVI secolo: il caso fiorentino*, *Medicina & Storia* 6, Firenze, 2003.

Resultaría, por lo tanto, provechoso acortar la distancia entre los argumentos de la historia de la medicina, o en general de las ciencias naturales, y otras investigaciones sectoriales para las cuales podrían estas últimas constituir un sostén beneficioso.

Estudios de carácter antropológico

Permiten integrar los acercamientos más habituales desde una perspectiva semiótica, indagando la forma por la cual los códigos de conducta personales se manifiestan en los comportamientos sociales en referencia a las tareas hospitalarias y asistenciales. Un campo de investigación particularmente fecundo es el de la cultura material, la cual rastrea la formación de los aparatos técnicos como expresión de un sistema complejo de experiencias humanas, entre las cuales señalamos las experiencias corporales, mediadas por los aspectos religiosos, las concepciones éticas, las sugerencias mágicas y las perspectivas taumatúrgicas⁸.

A pesar de esta sintética esquematización disciplinar, muchos de los ensayos que se han producido sobre el tema de los hospitales de la época moderna apenas pueden separar los argumentos de cada asignatura en una visión extremadamente multidisciplinar dirigida a la publicación de toda una serie de monografías que tienen como objetos un monumento singular.

A esto habrá que añadir los esfuerzos de integración científica que están en el origen de la creación de revistas especializadas y de la organización de congresos de historia hospitalaria, cuyas actas han proporcionado un precioso instrumento para el análisis⁹.

Este esmero investigativo que ha conocido en los últimos años un nuevo vigor, se asocia al “descubrimiento” de la arquitectura

8 Sennet, R. *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*, 2010.

9 Una revista que se ha dedicado al estudio arquitectónico de los hospitales es *Historia hospitalium*, publicada en Munich desde 1966. Para los congresos destacamos AA, VV, *Atti del primo Congresso Europeo di Storia ospitaliera*, Reggio Emilia: Centro italiano di storia ospitaliera, 1962. AA, VV, *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV, Atti del convegno internazionale di studio (Pistoia, 9-12 ottobre 1987)*, Pistoia, 1990.

hospitalaria como protagonista de las políticas patrimoniales emprendidas por las administraciones públicas, con un doble objetivo: tutelar las herencias artísticas como custodio de las identidades locales y fomentar el mercado cultural y del turismo.

La actividad de protección, conservación y valorización de los conjuntos hospitalarios de interés cultural como pretexto para la investigación tiene en Europa ejemplos muy dignos.

En los años cincuenta del siglo pasado, Liliana Grassi se embarcaba en el proyecto de restauración del Hospital Mayor de Milán, seriamente perjudicado por los azotes de la segunda guerra mundial, con el propósito de propiciar un diálogo fecundo entre los universos lingüísticos y las lógicas sintácticas de la arquitectura antigua y de la nueva según las directrices que en la misma época indicaban las Cartas del Restauo y lo simposios internacionales¹⁰.

10 AA, VV, *Documentos Internacionales: Carta de Atenas: Carta de Venecia: Carta del Restauo: Carta de París: Carta de Ámsterdam: Carta de Nairobi: Carta de Toledo y Carta de Ravello* / Ricardo Aroca Hernández-Ros [et.al], Madrid: Instituto Juan de Herrera , 1998.

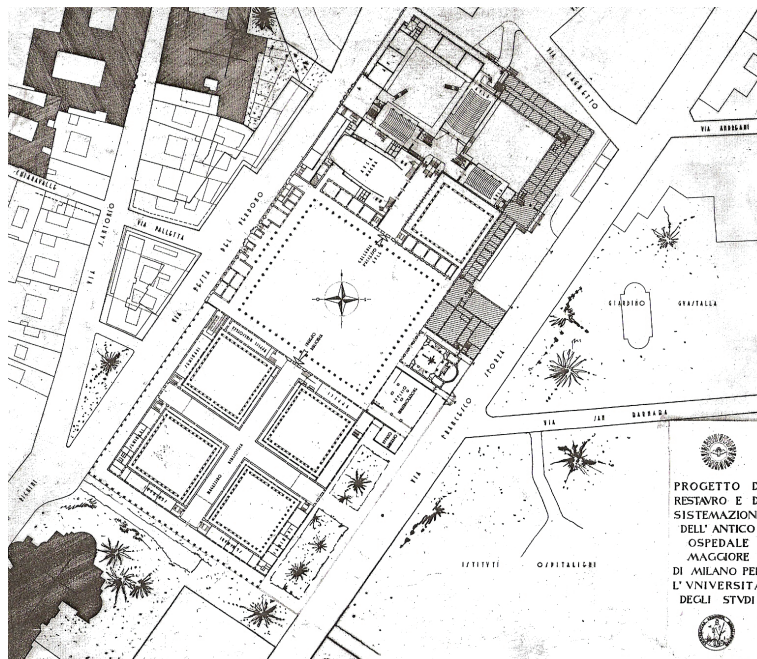


fig.1.12
Proyecto de rehabilitación del Ospedale Maggiore de Milán.
Arq. Liliana Grassi.

En su ambicioso programa ejecutivo (*fig. 1.12*), el conocimiento del monumento, en todas sus estratificaciones y significaciones ocultas asumía un papel preeminente, coherentemente declarado en su definición de Restauo:

“La restauración es una compleja operación que tiene su origen en la concepción de la cultura, en particular de la historia en todos sus aspectos”.

En su teoría “el presente está ligado al pasado en una visión perspectiva de proyección hacia el futuro” y en este contexto “el elemento principal es la importancia conferida a la historia, a los hechos que en el cuerpo del edificio han dejados sus señas”¹¹.

Los resultados de las rigurosas meditaciones del arquitecto italiano se recogían en varios volúmenes publicados entre 1958 y 1972¹² que arrojaban luz sobre la evolución del noble hospital milanés.

A esta como a otras experiencias ilustres se ajustan los propósitos científicos del Plan Director del Hospital Real de Granada, que arranca en 2008 y cuya articulación tendremos la posibilidad detallar en este estudio.

En cuanto a los hospitales cruciformes de la época moderna, la pertinaz atención asignada a los monumentos más distinguidos y particularmente apetecibles desde el punto de vista histórico, pero también urbano e inmobiliario, como capitales faltos de una política de explotación sostenible, ha animado la redacción de trabajos de carácter general sobre el conocimiento de una tipología que se repite de forma sugerente en todo el territorio europeo. Estos estudios, sin embargo, se han mantenido en la dimensión reducida de los artículos científicos, que a día de hoy casi pueden contarse con una sola mano¹³.

11 Crippa, M. A., I restauri all’Ospedale Maggiore di Milano, en AA, VV, *La carità a Milano nei secoli XII-XV*, 1989. Pág. 274.

12 Grassi, L. *La Ca’ Granda: storia e restauro*, Milano: Università degli studi, 1958. Grassi, L., *Filarete. Trattato di Architettura*, Milano: Polifilo, 1972.

13 Foster, P., *Per il disegno dell’Ospedale Maggiore di Milano*, en *Arte Lombarda*

Quisiéramos concluir esta breve reseña destacando el proyecto promovido por AP-HP (Assistance Publique/Hôpitaux de Paris) y financiado por la Comisión Europea en 2000¹⁴, dirigido a la catalogación tipológica del patrimonio hospitalario europeo, al estudio y divulgación de sus valores arquitectónicos, históricos y culturales.

El programa, de ámbito internacional, acepta el reto arduo que supone hoy día la previsión de un proceso de conservación y valoración cultural de carácter comunitario. La plataforma telemática¹⁵ dispuesta constituye un medio interesante y dinámico para la difusión de los resultados científicos a la vez que invita a una participación activa de los investigadores y de las instituciones públicas para impulsar el seguimiento metódico de las actividades de estudio en un campo disciplinar que promete aún contribuciones originales de gran relieve.

38-39, 1973. Díez del Corral, R., Checa F., *Typologie hospitaliere et bienfaisance dans l'Espagne de la Renaissance*, *Gazzette de Beaux Arts*, 1986. Sánchez-Robles Beltrán J. C., *El programa, el alojamiento colectivo y transitorio. el hospital general*. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia, 1993.

14 Direction de l'Assistance publique, *Hospital Heritage: A journey through Europe*, Paris: Editions du Patrimoine, 2001.

15 WWW.europaphe.aphp.org



1.3 Objetivos

Antes de explicar las finalidades específicas de este trabajo de tesis doctoral, parece fundamental señalar su doble naturaleza:

Por un lado, se podría decir que se halla en una línea de investigación académica tradicional como instrumento para el conocimiento de la arquitectura antigua. Una vez identificado y cercado el tema de estudio, se procederá a profundizar sobre todos los tipos de mecanismos históricos, sociales, constructivo – tecnológicos y estético-formales que han contribuido a caracterizar la evolución de diferentes estructuras arquitectónicas a lo largo de aproximadamente tres siglos, las cuales tienen en común un fin específico, el cuidado de los “necesitados”¹, y una lógica de

fig.1.13
Vista aérea del
Hospital de Santa
Cruz, Toledo.

1 En todo momento de la investigación nos hemos enfrentado al problema de la exactitud del registro terminológico utilizado. En efecto, hemos asumido como punto de partida el hecho de que un mismo vocablo pueda asumir matices semánticos muy diferentes, variando sensiblemente según las transformaciones de los sistemas superestructurales de la sociedad que lo genera o lo emplea. En general, hablando de arquitectura hospitalaria, deberíamos de referirnos a los enfermos como categoría absoluta de usuarios. Sin embargo, en la definición aceptada por

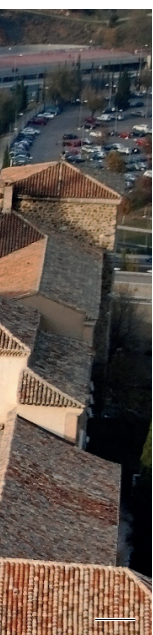


composición peculiar con los brazos de las enfermerías que se cruzan en forma perpendicular creando diferentes esquemas espaciales. Esta aproximación sirve para sostener el carácter teórico de la tesis y sus propósitos últimos son de tipo cognoscitivo y clasificatorio.

La necesidad de precisar o reforzar de manera clara un campo de actuación específico para la figura del arquitecto-restaurador contribuye a definir la segunda característica distintiva de este trabajo. Su carácter empírico, así como la referencia continua a los ejemplos tangibles de nuestra arquitectura hospitalaria de valor patrimonial, permitirá establecer la aproximación metodológica y de intervención más oportuna que garantice una revitalización funcional sostenible de esta arquitectura. El objetivo fundamental es salvaguardar la lógica constructiva de su diseño y la autenticidad de su materia con el fin de defender la dialéctica de la memoria histórica.

Está doble condición teórica y práctica caracteriza la investigación como un recorrido de ida y vuelta: de la arquitectura existente a la literatura que la menciona, directa o indirectamente, y viceversa. Como veremos, los atributos que determinan la lógica compositiva y constructiva de la arquitectura hospitalaria de los siglos XV, XVI y XVII son extremadamente variados; sin embargo, dentro de una general heterogeneidad de intentos artístico-arquitectónicos, es posible reconocer unos motivos recurrentes cuya reincidencia sistemática no puede considerarse un hecho casual. Una primera intuición teórica, surgida por la observación directa de la arquitectura, con particular alusión a algunos casos ejemplares italianos y españoles, ha sugerido la posibilidad de determinar un proceso diacrónico (que incluye las discontinuidades sincrónicas) de modificación de una o más tipologías funcionales anteriores, cuya creciente obsolescencia tecnológica inspiró, en un momento histórico determinado, una favorable coyuntura de acontecimientos sociales, artísticos y técnicos que están en el origen de la creación de un nuevo tipo.

No se trata de buscar a toda costa un eventual prototipo espacial, la RAE, persona “que padece una alteración más o menos grave de la salud”, no podríamos conocer, sino de manera sumamente parcial, todo aquel complejo de atributos que caracteriza, por ejemplo, el “usuario” del siglo XVI que recurre al género de asistencia ofertado por las estructuras hospitalarias.



discusión todavía abierta y que exige una campaña racional de levantamiento de los edificios que, según los datos cronológicos de los que disponemos actualmente, se hallarían en el origen del proceso evolutivo del hospital moderno. Además, en relación a la conveniencia de emprender estudios que apunten a esta finalidad específica, los historiadores han avanzado dudas legítimas debido, por una parte, a la deficiencia del corpus documental, abundante pero incompleto, y, por otro lado, a la profunda estratificación con la cuales los hospitales de la primera época moderna han llegado hasta nosotros, donde el transcurso de los siglos ha borrado, en muchas ocasiones, los testimonios más antiguos. De todos modos, un enfoque de este tipo precisa una formación científica y metodológica de la cual no disponemos, y que llama a actuar a disciplinas específicas como la arqueología urbana. Los resultados que se han obtenido a raíz de esta aproximación en el ámbito de algunos estudios específicos, como por ejemplo las excavaciones en el conjunto hospitalario de Santa María della Scala en Siena, son muy prometedores y se han integrado en nuestro trabajo como herramienta para aclarar las dinámicas evolutivas en las fases más antiguas del proceso considerado.

Queremos, pues, investigar las mutaciones de la tipología arquitectónica, que no han sido siempre consecutivas en el tiempo ni en el espacio, si bien mantienen una especie de patrón genético reconocible sobre el cual actúan las contingencias coyunturales.

Estamos convencidos de que factores con características similares decretaron el éxito de la tipología en forma de cruz en todo el territorio europeo, dejando ejemplos admirables y extremadamente significativos en la producción arquitectónica de la península ibérica.

Estos factores, de carácter muy heterogéneo, subyacen a una voluntad general de racionalización de los servicios públicos que acompaña al nacimiento del Estado moderno,

El estudio tipológico nos permitirá identificar los elementos invariables de la arquitectura, que ligan entre ellos a edificios que se han construidos en puntos geográficamente lejanos y que han ido impulsando el movimiento de estandarización de los establecimientos hospitalarios, que encontrará su expresión más plena en el siglo XX.

A la vez, proporciona los argumentos para indicar la complejidad que se manifiesta forzosamente en el momento en que la inmovilidad de una concepción ideal común se somete a las influencias de un contexto específico, sea temporal o geográfico.

El propósito del investigador radica en analizar, en cada caso, el valor que la referencia tipológica asume en relación al programa constructivo, a las exigencias comunicativas, a los requisitos ambientales.

El carácter comparativo de nuestro análisis permitirá arrojar luz sobre ciertos mecanismos de divulgación y exportación de nuevos modelos formales y conocimientos tecnológicos con los cuales se ha logrado el avance de la ciencia de la construcción en el ámbito del Antiguo Régimen. Incluso nos permitirá adentrarnos en el debate sobre la significación de términos como tipo, modelo o copia.

Finalmente, sobre la sistematización del complejo de conocimientos alcanzado, se quiere definir la aproximación metodológica y de intervención más oportuna que garantice una revitalización funcional apropiada de esta arquitectura, proponiendo como caso estudio el hospital granadino de los Reyes Católicos.

Resumiendo, las finalidades de nuestra investigación se pueden definir en los siguientes puntos:

- análisis exhaustivo y definición de la tipología de los hospitales en forma de cruz, de sus elementos invariables y de los aspectos cambiantes;
- estudios de las correspondencias entre formas arquitectónicas, programas asistenciales e incumbencias sociales;
- análisis de los mecanismos con los cuales el entorno social, las estructuras económicas, los sistemas políticos y las condiciones culturales influyen en la definición y difusión de los modelos arquitectónicos;
- definición del modelo/modelos de referencia y descripción de los procesos de transformación que sufrió a lo largo de los siglos;
- análisis de las relaciones entre las dinámicas de asunción del

modelo y la peculiaridad de las prerrogativas contextuales en territorios precisados;

- definición de un catálogo de ejemplos de referencia;
- descripción y comprensión de la matriz espacial y de la lógica constructiva del caso granadino del Hospital Real;
- determinación de un ábaco de instrumentos de intervención consistentes con este tipo de arquitectura en temas de reconversión funcional y patrimonial.



1.4 Metodología

El soporte teórico de todo el estudio es la labor de acercamiento al tema del hospital cruciforme a través de una consulta general de la bibliografía elaborada hasta hoy. Hemos constatado que existe una literatura de estudios monográficos de los edificios hospitalarios más importantes. Los aportes de estas publicaciones a nuestra investigación han sido, sin duda, muy valiosos, aunque se caractericen por una mirada casi localista y se mantengan muy a menudo en el campo de los estudios aislados. Por lo tanto, hemos tenido que dirigir nuestra atención a todo tipo de trabajo científico que tratara, aunque fuera marginalmente, nuestros argumentos a fin de reunir un corpus de información que fuera suficientemente amplio para construir nuestra hipótesis y valorar el alcance de las tesis. El procesamiento de la información hallada ha sido verdaderamente laborioso, a pesar de que las herramientas telemáticas han aliviado mucho la tarea (nos referimos al uso de los gestores de base de datos como Filemaker). Un apoyo fundamental ha sido la creación de una especie de referencia antológica, con el fin de acotar el objeto

fig.1.14
Hôpital de la
Salpetriere, Paris.



específico del estudio. Debido a la amplitud y complejidad del tema al que nos hemos enfrentado, la aproximación de la investigación no podrá tener sino un carácter multidisciplinar, abarcando los campos más dispares del conocimiento, aprovechando las aportaciones de las disciplinas científicas como la medicina y su historia e incluyendo asimismo las contribuciones de las ciencias sociales como los conocimientos en materia económica y socio-política.

El trabajo de integración y sistematización de la información que es posible deducir desde los estudios publicados hasta hoy por diferentes especialistas, se ha llevado a cabo a través de la consulta in situ de varias bibliotecas, cada una elegida previamente en base a la oferta bibliográfica y en relación con los argumentos afrontados. Estas son:

- Biblioteque National de France en Paris;
- Biblioteca de la École Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Belville (fondo general y fondo Bernard Huet);
- Biblioteca Nazionale de Florencia;
- Biblioteca delle Oblate de Florencia;
- Bibliotecas de la facultad de Arquitectura, de Letras, de Ciencias sociales de la Universidad de Florencia;
- Biblioteca Briganti del Hospital de Santa Maria della Scala en Siena;
- Biblioteca Nazionale Bradiense de Milán;
- Biblioteca central del Politécnico de Milán;
- Biblioteca Nacional de Arqueología y Historia del Arte de Palazzo Venezia en Roma;
- Biblioteca de la facultad de Arquitectura de la Universidad de Roma Tre;
- Bibliotecas de la Universidad de Granada;
- Biblioteca de la Escuela Politécnica de Valencia.

Si bien desde el planeamiento inicial habíamos considerado como

muy útil aproximarnos a la cuestión de los hospitales analizados desde una perspectiva lo más cercana posible, considerando la posibilidad de estancias de investigación en las que definiríamos las capitales de la asistencia occidental (nos referimos, por ejemplo, a París o Milán), según progresaba nuestro trabajo tuvimos que admitir lo imprescindible de visitar directamente las bibliotecas locales debido al hecho de que, en las cuestiones que nos atañen, la obra de divulgación internacional ha sido bien moderada. Efectivamente, observamos que estudios de impacto madurados en un lugar preciso no cruzaban los confines del país y, en muchos casos, no salían del enclave regional, manteniéndose, con mucho perjuicio para los investigadores, en un ámbito muy limitado y menguando, asimismo, el potencial de tales aportaciones.

A la consulta in situ se añade el análisis de los recursos telemáticos ofertados por las mencionadas instituciones y la bases de datos de que las mismas disponen, entre las cuales se ha dado prioridad a las que tienen como objeto las disciplinas artístico-humanistas, la historia social y la historia de la medicina, la cultura arquitectónica y la teoría de la restauración.

A las fuentes bibliográficas se suma la documentación icnográfica que, en nuestro caso específico, asume un valor fundamental para la reconstrucción de las etapas evolutivas de los hospitales, así como para el examen de las morfologías espaciales, la funcionalidad de los recorridos etc. A falta de levantamientos actuales, estas informaciones, cuidadosamente interpretadas en relación a la época de redacción y al tipo de documento (cartografía histórica, grabados, láminas de tratados), han resultado de mucha utilidad y han permitido reconstruir con cierta precisión la imagen de los establecimientos sanitarios en las diferentes épocas. A este propósito se han utilizado fuentes de archivo, al igual que las reproducciones ya publicadas, algunas de las cuales son de mucha calidad.

El registro de las fuentes indirectas se ha completado con el vaciado del material hemerográfico. Como ya hemos tenido la oportunidad de señalar, el estudio del patrimonio hospitalario constituye un dominio relativamente nuevo en muchos aspectos si lo comparamos, por ejemplo, con la extensa literatura que se ha dedicado a iglesias y palacios públicos en el ámbito de la arquitectura

urbana. Todo esto hace que mucha parte del debate sobre estos asuntos se desarrolle en el marco de las revistas especializadas, las cuales los defienden desde distintas perspectivas. Se ha hecho un sondeo exhaustivo de las mismas, dando prioridad a los artículos que abarcan temas estrechamente relacionados con el objeto de esta tesis, como por ejemplo los escritos que tratan explícitamente de los hospitales en forma de cruz, si bien desde puntos de vista muy diferentes.

Por otro lado, una herramienta de conocimiento significativa ha sido el análisis y la observación directa de los objetos arquitectónicos concretos, considerando que en ellos se conservan los testimonios más valiosos para descifrar sus lógicas compositivas y la evolución de sus características constructivas. Hemos visitado los hospitales más destacados, logrando una mayor conciencia de los objetos arquitectónicos, los cuales, pese a la linealidad y organicidad del planeamiento originario, presentan verdaderos enigmas desde el punto de vista distributivo, constructivo, funcional y artístico. Es un hecho que las reproducciones iconográficas y los levantamientos parciales que hemos podido manejar de ninguna manera pueden acotar las significaciones ocultas en la materialidad de los monumentos, de modo que el trabajo de campo ha sido esencial para poder justificar, con cierto margen de garantía, la fiabilidad de las interpretaciones propuestas.

Este trabajo se configura como un estudio por tipos; por ello, la primera problemática encontrada ha sido aclarar su marco teórico.

El concepto de tipo y su definición como categoría intelectual, ha ocupado la actividad de muchos ideólogos desde el siglo XIX que, si bien querían proporcionar una herramienta práctica de trabajo, se han movido peligrosamente en el límite entre la experiencia empírica y las doctrinas de la filosofía epistemológica, lo que ha animado un debate que aún continúa a día de hoy, aunque sumamente simplificado. En nuestro examen hemos seguido el razonamiento del ilustre Quatremère de Quincy, pasando por Giulio Carlo Argan, Aldo Rossi y Saverio Muratori, Gianfranco Caniggia etc. Consideramos el estudio tipológico como una herramienta crítica de conocimiento y como medio de clarificación de la complejidad de las experiencias arquitectónicas producidas por el hombre. Identificamos en el concepto de “tipo” distintos niveles

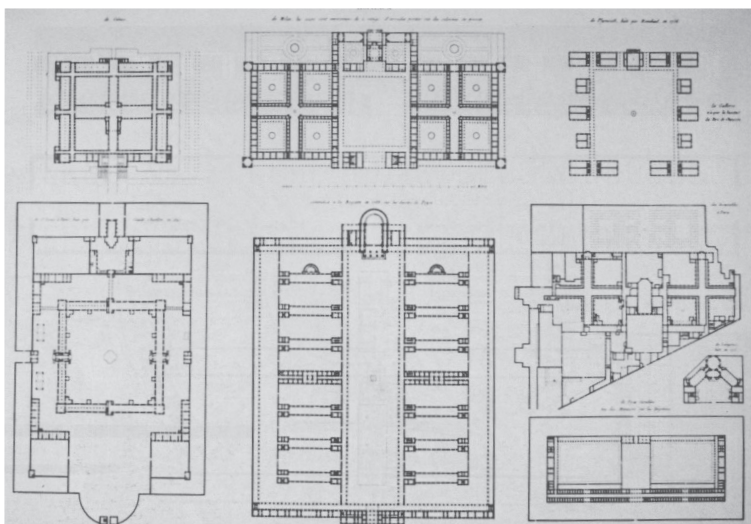


fig. 1.15
Comparación de
diferentes plantas de
hospitales. J.N.L.
Durand, 1799.

de “tipicidad”, los cuales sugieren diferentes aproximaciones al objeto de estudio, así como diferentes herramientas para desarrollar el análisis.

Un primer fundamento metodológico que ha guiado la investigación es la convicción de que un análisis de la arquitectura hospitalaria en forma de cruz, desarrollada según un método que prioriza el dato cronológico, sería cuanto menos equivocada. De hecho, las discrepancias entre datación absoluta de los edificios seleccionados y características constructivas, morfológicas y formales podrían engañar el juicio del historiador más concienzudo. La observación de ciertos mecanismos divergentes dentro de la unidad del organismo construido, si bien dan razón de la complejidad de atributos que lo caracterizan, también puede complicar extremadamente la tarea de sistematización y catalogación de los innumerables ejemplos hallados en la cultura occidental. Además, hay que resaltar que muchos hospitales cruciformes tienen una característica común: la peculiar desemejanza entre el diseño geométrico de las plantas y el programa formal de su desarrollo estético. Por decirlo con otras palabras: unas plantas geométricas impecablemente estructuradas contra unos alzados vagos y de difícil lectura. Este aparente “retraso del gusto” respecto al rigor del programa de recorridos funcionales es un elemento que queremos investigar y aclarar. Parece, pues, que no responda a la norma general de deformidad del proceso histórico

acompañado por los indefinidos reordenamientos de los edificios a lo largo de muchos siglos, con la alternancia de modas y estilos. Más bien nos atrevemos a hablar de una “desproporción endémica”, que nace contextualmente con la ideación del proyecto.

Asimismo, cabe destacar que la tendencia a la homogeneización perpetrada por la práctica de la restauración contemporánea ha ocultado, en algunos casos, la excepcional complejidad de la construcción histórica, simplificando asuntos de otra magnitud.

Por consiguiente, el dato cronológico ha sido incorporado al estudio, bajo el lema de una estricta contextualización, como categoría crítica de análisis. Si es posible identificar unas características referentes a la dimensión temporal de los edificios, esta actitud sólo se hace viable definiendo unos modelos abstractos de estudio que interactúan entre sí para alcanzar una comprensión global de la cuestión.

Con este convencimiento, y partiendo de la hipótesis de que una tipología de hospital cruciforme se haya ideado con conciencia en una determinada época y se haya desarrollado paulatinamente alrededor de tres siglos, se han generado unas categorías abstractas de referencia. Estas categorías, íntimamente entrelazadas entre ellas, constituyen un medio operativo en fase de estudio y una herramienta útil para ordenar los contenidos en fase de redacción.

Cada una de estas categorías pretende interpretar un conjunto de informaciones que derivan del edificio y de la literatura, general y específica. En un principio hemos intentado simplificar la cuestión especificando cuatro categorías interpretativas:

El contexto cronológico

Si bien por un lado resulta fundamental delimitar un ámbito histórico dentro del cual resulte posible ajustar el desarrollo del hospital cruciforme, por otro hay que admitir cierta flexibilidad en la definición de sus límites. Podríamos afirmar que los primeros ejemplos de hospital en forma de cruz aparecen en la segunda mitad del siglo XV y resultan ya inadecuados a principios del siglo XVIII. Sin embargo, habrá que tener en cuenta las experiencias arquitectónicas que se produjeron en franjas temporales próximas al ámbito

cronológico considerado, así como sus características históricas. Definir un tipo arquitectónico, utilizando parámetros cronológicos nos parece interesante si se acepta una visión transversal del periodo examinado. La determinación de un marco histórico de referencia, construido según la filosofía estructuralista del devenir, nos ayudará a precisar su dimensión temporal, así como nos proporcionará mucha información sobre cómo ciertos acontecimientos han influido en el nacimiento, desarrollo y, finalmente, desaparición del tipo. Nos apremia subrayar el carácter abstracto de esta categoría de análisis: lo que definimos como tipo cronológico no coincide con ninguno de los ejemplos reales, pero los comprende a todos con un grado altísimo de heterogeneidad. Se trata de construir un metafórico árbol genealógico de la tipología arquitectónica estudiada, cuya progresión evolutiva actúa de manera discontinua, según saltos y regresiones, rechazando cualquier actitud de matriz historicista.

Contexto territorial

Otro elemento importante a considerar es el contexto territorial. Al igual que los parámetros cronológicos, las coordenadas geográficas figuran como componentes normativos que intervienen de manera más o menos patente en la definición del tipo. Esta categoría mantiene cierto grado de abstracción: no sirve para situar con precisión un edificio efectivamente construido, sino para describir el entramado más o menos denso de relaciones extraterritoriales que contribuyen a influenciar su lógica. El objetivo es delinear una red ideal (“inmaterial”) de vínculos y conexiones que ligan entre ellas varias regiones, independientemente de sus distancias reales. Está claro que esta categoría de estudio está íntimamente ligada al contexto cronológico y comparte con él muchas herramientas de trabajo, a las cuales añade las contribuciones de disciplinas propias, como por ejemplo la geografía política y la morfología urbana.

Condición funcional

El tema de la función para un instituto hospitalario podría aparecer como un argumento cuyas implicaciones están completamente resueltas en la tarea de la asistencia al enfermo. Esta aparente elementalidad de la cuestión esconde numerosas



fig.1.16
 Detalles del Hospital
 de la Cruz de Toledo.
 Monumentos
 arquitectónicos de
 España: publicado a
 expensas del Estado,
 1859.

incógnitas que sólo un análisis específico puede clarificar. En lo que concierne al concepto de programa funcional, hemos observado dos problemáticas fundamentales: la dicotomía entre función técnico-científica y social, muy a menudo ocultada tras una voluntad programática de raíz político-económica, y la dislocación de la función asistencial a escala urbana (las diferentes tareas de la asistencia al enfermo, en todas las etapas del trastorno, superan los límites físicos de los complejos hospitalarios, dibujando una red de apoyos funcionales alrededor del mismo). Además, el tema de la función estrena otra importante cuestión: la ubicación del hospital antiguo parece responder a la voluntad de una inserción orgánica de la arquitectura en el entramado urbano, favoreciendo las líneas de desarrollo del mismo y sus vocaciones comerciales y productivas. Desde esta perspectiva, el análisis urbano asume una importancia sin precedentes, permitiendo la comprensión de muchos interrogantes que plantea la propia lógica funcional del edificio concreto. Como podemos observar, la categoría del “uso”, se distingue por una adhesión más cercana a la realidad tangible, perdiendo parte de la abstracción de las categorías de estudio que se refieren a los conceptos puramente teóricos de tiempo y espacio. Realmente, ya se puede observar cómo una exigencia programática (de diversa naturaleza, técnico-científico o político-social) puede, en cierta manera, diseñar y coincidir con un lugar concreto, así como el conjunto de relaciones funcionales pueden situarlo en un punto preciso del complejo asistencial o de la ciudad.

La condición formal

La última categoría utilizada para el estudio tipológico se refiere al programa “estético” que orienta el proyecto de los centros hospitalarios. El objetivo último es indagar la forma del objeto arquitectónico, es decir, la manera en que todas las categorías precedentes intervienen en la configuración espacial de los ejemplos reales. El rango artístico de los hospitales cruciformes depende directamente de las variables de tiempo, espacio y función, interpretadas a través de principios y conocimientos de carácter matemático, filosófico y simbólico. En la definición del tipo formal intervienen disciplinas o especialidades de diferente naturaleza. Podemos enumerar entre ellas el estudio de los caracteres morfológicos de los edificios, la metrología, el análisis de las técnicas constructivas, la semiótica, el examen de la voluntad decorativa etc.

La observación de las interacciones entre estas variables, nos proporcionará por un lado una serie de conocimientos sobre cómo se han generados los patrones ideales y los respectivos modelos reales y, por otro lado, nos permitirá sufragar la determinación de una macro tipología arquitectónica que contenga una serie limitada de tipologías específicas.

Llegamos a afirmar que la asunción de una tipología específica para el hospital moderno ha motivado el proceso de normalización de los esquemas espaciales en relación a la formación de la cultura médica y a la transformación de las relaciones sociales; de esta tipología, definida por unos caracteres comunes y repetibles, podemos apreciar diferentes ejemplos en el territorio europeo y particularmente en Italia y España.

Una característica peculiar de estas estructuras arquitectónicas es la precisa jerarquía entre diferentes unidades espaciales, con puntos focales que privilegian los esquemas centrales.

Además, parece incluso que las plantas centrales y sus sucesivas modificaciones (cruz inscrita, esquemas poligonales etc.) han tenido una utilidad sin precedentes en la formación de los cuadros panópticos. Esta circunstancia nos invita a volver la mirada hacia referencias tipológicas alternativas que orbitan alrededor del tema

estudiado y que podríamos resumir con la expresión “edificios para la vigilancia”, entre los cuales figuran los lazaretos, las prisiones, los centros de internamiento, los guetos etc.

CAPÍTULO 2

*Organismo y tipo:
claves de lectura para la
arquitectura hospitalaria*



2.1 El tipo en la historiografía tradicional

Independientemente de las opiniones críticas o encomiásticas que los teóricos de la arquitectura han dedicado al problema de la tipología, está universalmente aceptado que hablar de tipología significa ocuparse de una cuestión inherente a la forma de concebir una obra constructiva. Se refiere a su esencia como obra de arte singular, así como a su reproducibilidad como producto de la actividad humana en respuesta a una serie de necesidades primarias.

Sin embargo, desde una perspectiva cognoscitiva más general habrá que contar con diferentes orientaciones en la tradición de los estudios sobre los caracteres tipo-morfológicos de los edificios, no sólo de carácter interpretativo, sino de tipo conceptual, dependiendo de la clase de finalidades específicas a las que se apunte.

En primer lugar, habrá que señalar cómo un enfoque de tipo teórico ha contribuido a fijar el concepto de forma en cuanto idea abstracta, fruto del intelecto y su definición epistemológica se remonta a la época de los pensadores griegos.

fig.2.1
Composizione per il
cimitero di Modena.
Aldo Rossi, 1975.





fig.2.2
Carátula del
*Dictionnaire
historique
d'architecture.*
Quatremere de
Quincy, 1852.

proceso de tipificación, de las normas de repetición filológicas, de la incorporación de los elementos innovadores en la base de la evolución de los caracteres preceptivos, destacando el dinamismo de los recursos tipológicos.

En este apartado vamos a indicar las posiciones que la historiografía tradicional ha ido asumiendo, desde mitad del siglo XIX, acerca del concepto de tipología y tipo, y que han contribuido a forjar nuestra postura crítica, pero sin tener la presunción de valorar la mayor o menor legitimidad de las aportaciones en un debate que está todavía lejos de resolverse. Por lo tanto, no pretendemos enunciar exhaustivamente todos los juicios que los teóricos han proporcionado en lo que ha sido una discusión larga y polémica desde que el tema de la crítica tipológica se ha convertido en objeto de atención por parte de los círculos intelectuales. Para un asunto tan complejo aconsejamos una exploración bibliográfica específica¹.

Veamos, muy brevemente, como se ha desarrollado a partir del siglo XIX la concepción “positiva” de tipo por medio de sus

Esta aproximación compete más al campo de las disciplinas filosóficas y en nuestro estudio, por razones obvias, se utilizará sólo parcialmente en relación al análisis de las significaciones semióticas que subyacen en el proyecto de los complejos hospitalarios como canales para la comunicación de valores éticos, religiosos e intereses políticos.

En segundo lugar, nos referiremos a los aspectos fenomenológicos, es decir el complejo de atributos a través de los cuales la idea se manifiesta en el organismo construido. Centraremos nuestra atención en los mecanismos que conducen a la objetivación del fenómeno, así como en el análisis de su fisonomía material.

Finalmente, nos ocuparemos del

¹ Para una síntesis de carácter general Rafael Moneo, “*On Typology*”, 1978, pp. 22-45 y *I terreni della tipologia*, número monográfico de la revista Casabella, n°509-510, 1985.

protagonistas, para luego presentar las orientaciones interpretativas que se ofrecen en la actualidad.

Quatremère de Quincy (1755-1849) reconoce al tipo el valor de una referencia ordenadora frente al capricho del caso, y polemiza con todos aquellos que lo rechazan como una especulación quimérica, considerando vacuo el intento de hallar un principio originario o una causa común en la indefinida complejidad del ambiente construido. El tipo, en la crítica de Quatremère, es una categoría abstracta que resalta las normas de la naturaleza, la razón del orden frente a la brutalidad del caos. En términos pragmáticos, se traduce en una metáfora inspiradora, en una imagen intelectual que tiene que guiar la actividad constructiva como un complejo de conocimientos y hábitos repetidos y arraigados que se coagulan en un factor regulador, del cual mana la buena regla del arte.

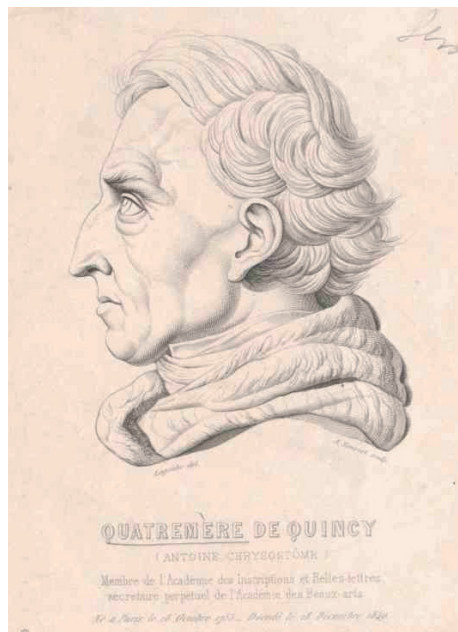


fig.2.3
Quatremère
de Quincy,
Österreichische
Nationalbibliothek.

El modelo es cosa bien distinta: es un objeto completo y no permite otra acción sino la imitación, si bien elaborada a través de una interpretación que admite un margen más o menos amplio para la libertad imaginativa.

Según Quatremère de Quincy “todo es preciso y dado en el modelo; todo es más o menos vago en el tipo”². A pesar de la precisión de sus argumentos, la visión del teórico francés no carece de cierto acento místico o contemplativo; como bien destaca Rafael Moneo, en Quatremère el tipo “forma una especie de conexión metafórica con el momento en el que el hombre enfrenta, por primera vez, el problema de la arquitectura y la reconoce en una forma”. El hito primigenio es para Quatremère una preocupación apremiante y no es de extrañar, ya que todo su complejo programa ontológico surge

2 Quatremère de Quincy, A. C., *Dizionario Storico dell'Architettura*, Venezia: Marsilio, 1985.

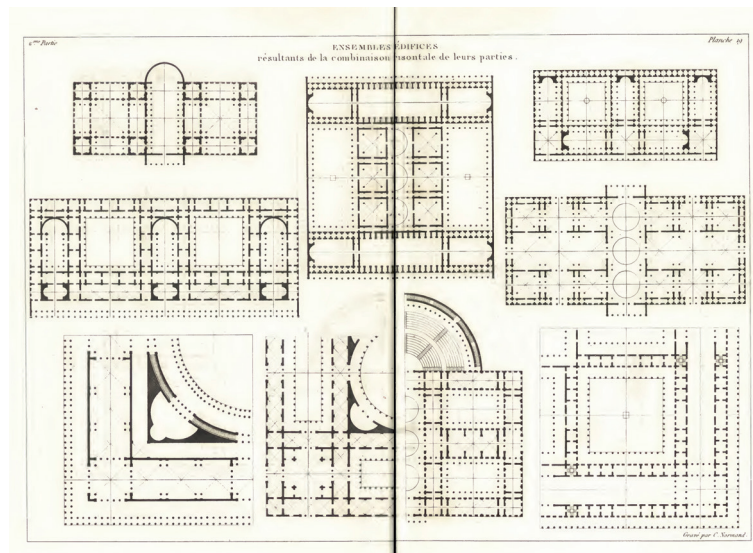
3 Rafael Moneo, *On typology, Oppositions*, 1978.

en una época de crisis de valores en la que los recursos tecnológicos desmiembran las disciplinas tradicionales, avanzando, sobre todo en el ámbito de la construcción, un albedrío tal que podría inducir a la anarquía en la adopción de los recursos formales.

Tras las críticas motivadas por el concepto de tipo de Durand (1760-1834), se asiste a una paulatina banalización del concepto de tipo operada por los tratadistas decimonónicos, los cuales, por su parte, consideraban más urgente facilitar un material idóneo para los profesionales, de fácil consulta y directamente aprovechable en las nuevas obras. La única clasificación aceptada era la que facilitaba esquemas espaciales imprecisos para programas funcionales específicos. Realmente lo que se presentaba abundantemente en los manuales del siglo XIX era un repertorio de modelos directamente aplicables en la práctica constructiva y que requerían una habilidad compositiva bien exigua si se compara con el que había inspirado la obra de Durand.

El movimiento moderno apoyó la crítica exacerbada hacia la idea de tipo tal como se había cristalizado en el transcurso de las últimas décadas del XIX. Dos argumentos encabezaban la disputa: el primero veía en la categorización de los esquemas históricos un desacierto para la organicidad de los organismos arquitectónicos;

fig.2.4
J. N. L. Durand.
*Nouveau précis des
leçons d'architecture.*
Lámina 19. París,
1813.



según el segundo, la nueva arquitectura tenía que escaquearse de todo tipo de dogma arcaico e historicista y actuar con total libertad a fin de facilitar un lenguaje nuevo para la generación del futuro.

Los teóricos y arquitectos de las primeras décadas del siglo XX exaltaban el momento creativo del artista, resaltando la unicidad del objeto arquitectónico, pero a la vez alaban la producción industrial en serie; esta supuso una fuerte contribución al establecimiento de nuevas relaciones entre la fabricación de piezas seriales y la singularidad de la obra artística. Sin embargo, como escribía Walter Benjamin, esta “técnica reproductiva desvincula lo reproducido del ámbito de la tradición”⁴ por lo que, si bien de manera algo contradictoria, estos aspectos caracterizan de manera acorde la ideología del Movimiento Moderno, y conducen a rechazar el concepto de tipo como clave para comprender las dinámicas de los organismos arquitectónicos en su evolución histórica⁵.

Paradójicamente, en el ámbito del mismo Movimiento Moderno maduran unos principios que permitirán, alrededor de la mitad del siglo XX, rehabilitar parcialmente las categorías tipológicas, una vez superada la visión abstracta de Quatremere y la perspectiva didascálica de los tratadistas. El funcionalismo y el racionalismo que animan las reuniones del CIAM a partir de los años veinte, reconocen una estructura formal que aúna las expresiones arquitectónicas del hombre y las definen en términos de función y eficiencia. El tipo no es una categoría absoluta e inmóvil sino un instrumento para la planificación racional de las acciones humanas; no es producto inapelable del pasado, sino uno de los medios con los cuales garantizar el desarrollo equilibrado de las funciones urbanas.

En relación a la problemática de la evolución histórica de los centros metropolitanos, el tema de la investigación tipológica volvía a cobrar peso cuando, al término de la segunda guerra mundial, los arquitectos se enfrentaron a un grado de destrucción inimaginable hasta entonces, teniendo que planear con urgencia el problema de la reconstrucción de los cascos históricos, arrasados por los bombardeos.

4 Benjamin W., *Discursos interrumpidos*, Madrid: Taurus, 1990 y Benjamin, W., *La obra de arte en la época de su reproducción mecánica*, 2010.

5 Rafael Moneo, Op. cit., 1978.

Recordemos a este propósito que entre el invierno y el verano de 1943, el fuego de los aliados, destruía en Milán alas enteras del Hospital Mayor, dejando el edificio en condiciones lamentables. De ello nos da testimonio Liliana Grassi: “luego llegaron los bombardeos en febrero y en agosto de 1943 y fue un desastre; fue derruido el frente hacia la calle Festa del Perdono; fue destruida casi la mitad de la fachada hacia la calle de Francisco Sforza; fue arrasado uno de los claustros del siglo XV; fueron descorchadas las crujías de las enfermerías; fue destruido en su mayor parte el gran claustro central de Richini y fue comprometida la estabilidad de las estructuras de elevación. Todo esto bastaba para dar la idea de cómo de irremediable era la situación”⁶.

La situación de muchos núcleos históricos europeos era tan dramática, y tan débiles fueron las respuestas de los movimientos vanguardistas, derrotados de hecho por la tragedia bélica, que los intelectuales empezaron a buscar nuevos soportes teóricos al problema de los instrumentos de análisis y de gestión de la ciudad con una peculiar atención a la característica continuidad formal y estructural de los cascos históricos, que se asumía como un valor a tutelar.

El mayor teórico de esta nueva visión fue, sin duda, el italiano Saverio Muratori (1910-1973). En la base del proceso de formación del ambiente antrópico está el concepto de tipo. En su obra *Per una operante storia urbana di Venezia*, el tipo explica un procedimiento de desarrollo estructural y real de la ciudad, siendo la condición primaria del mecanismo de agregación entre partes, pero se configura también como elemento calificador del crecimiento individual de tales partes, que se integran progresivamente en las diferentes escalas de la ciudad siguiendo un principio de desarrollo activo. El tipo es, a juicio de Muratori, la norma que liga el todo (la ciudad) a cada una de sus partes (hasta las células habitacionales) en un altísima síntesis orgánica.

En los años sesenta, Giulio Carlo Argan (1909-1992) extiende ulteriormente el pensamiento de Muratori, trasladando el núcleo de la cuestión desde una óptica urbana a una visión que abarca las

6 Grassi L., *La Ca' Granda: storia e restauro*, Milano: Università degli studi, 1958.

problemáticas arquitectónicas, la morfología de los edificios y la lenta conformación de los tipos en el ámbito de la cultura milenaria de la construcción. Sin embargo, como él mismo anota en uno de sus escritos, “la cuestión de la procedencia no es relevante cuando se considera el problema en el curso de la historia: está claro que, cuando el significado simbólico preexiste al tipo y lo determina, este se transmite ligado a ciertas formas arquitectónicas al igual que, en el caso inverso, la concatenación histórica de las formas transmite, de forma más o menos consciente, los contenidos simbólicos”.

Argan retoma los argumentos de Quatremere, puliendo su típica abstracción platónica, en tanto que utiliza la indeterminación del tipo, no como instrumento de invención compositiva ni como parámetro para juzgar el valor de las formas, sino como medio para explicar la formación y reformación continua de los organismos arquitectónicos: “el nacimiento de un tipo viene, pues, condicionado por la previa existencia de una serie de edificios con evidentes analogías formales y funcionales entre sí. Dicho en otros términos, cuando un tipo se fija en la práctica o en la teoría arquitectónica, existe ya en una determinada condición histórica de la cultura como respuesta a un conjunto de exigencias ideológicas, religiosas o prácticas”.

Con Argan se pasa del concepto de tipo a la definición de tipología como estudio de los esquemas espaciales según la sucesión de las fases operativas (planta, sistemas constructivos, decoración). El proceso de formación de los tipos no es simplemente clasificatorio o estadístico, sino que busca precisas finalidades comunicativas, formales o estéticas; es el momento de una íntima conexión con el pasado y con la sociedad; es, por lo tanto compromiso, hacia el futuro.

En cuanto a la libertad del arquitecto y al concepto de innovación tipológica, el tipo, como imagen mental, como señal formal, no puede de ninguna manera condicionar el proyecto creativo. Al contrario, “mediante la reducción al tipo, el artista se libera de la

7 Argan G. C., *Proyecto y destino*, Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca, 1969, Pág. 149. Véase la voz “tipología” en la *Enciclopedia dell'arte*, Venecia: Instituto per la Collaborazione Culturale, 1958-1984. Vol. XIV.

8 Argan, *proyecto y destino*, Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca, 1969, Pág. 150.



fig.2.5
Boceto de proyecto
de la escuela de Broni,
Italia. Aldo Rossi,
1979.

influencia condicionante de una determinada forma histórica, neutralizándola; asume el pasado como un hecho consumado y, como tal, no susceptible de desarrollo. Ateniéndose a la definición de Quatremère, puede decirse que el tipo surge en el mismo momento en que el arte del pasado cesa de proponerse como modelo condicionante para el artista que opera”.

A finales de los años sesenta, con la actividad especulativa de Aldo Rossi (1931-1997), se vuelve a la más elevada problematización de la cuestión tipológica desde una perspectiva teórica. En *Arquitectura de la Ciudad* afirma: “Pienso, pues, en un concepto de tipo como en algo permanente y complejo, un enunciado lógico que se antepone a la forma y que la constituye”.

En el discurso de Rossi, el tipo incluye y define la lógica intrínseca de la forma, pero no desde un punto de vista funcional o tecnológico, sino ontológico; es, pues, la prefiguración mental de la anatomía arquitectónica y urbana. Por ello “es constante y se presenta con caracteres de necesidad; pero aun siendo determinados, estos reaccionan dialécticamente con la técnica, con las funciones, con el estilo, con el carácter colectivo y el momento individual del hecho arquitectónico”.⁹

La imagen del tipo vuelve a cobrar una dimensión mística que interpreta ciertos anhelos de la cultura postmoderna. El neo-humanismo de Aldo Rossi engendra imágenes atemporales, reconstruye un pasado ideal como nunca ha existido, intenta componer la dialéctica entre pasado y futuro en un lenguaje poético muy evocador, pero también en una auto-referencialidad culta cuya comunicación con la realidad caótica de la actualidad contemporánea desvela su idealismo, su inviabilidad operativa.

Las exigencias pragmáticas de la sociedad empujaban a los arquitectos hacia otro tipo de aproximación, y el fuerte desarrollo de las ciencias y de las nuevas tecnologías relegaban el análisis

9 Ibidem Pág. 152.

10 Aldo Rossi, *La Arquitectura de la Ciudad*, Barcelona: Gustavo Gili, 1999.

11 Ibidem.

tipológico a un repertorio de formas, cuya única alternativa era la reproducción mimética.

En la disociación endémica entre la historia y el gesto arquitectónico, descontextualizado y masificado, aumentaba la desconfianza hacia la perspectiva tipológica que en las décadas anteriores había defendido los mecanismos de continuidad en los procesos históricos.

Sobre esta desconfianza y sobre las razones sociales y culturales que las han motivado, se basa una nueva iniciativa de investigación en las escuelas italianas que describe el panorama actual acerca de los estudios tipológicos.



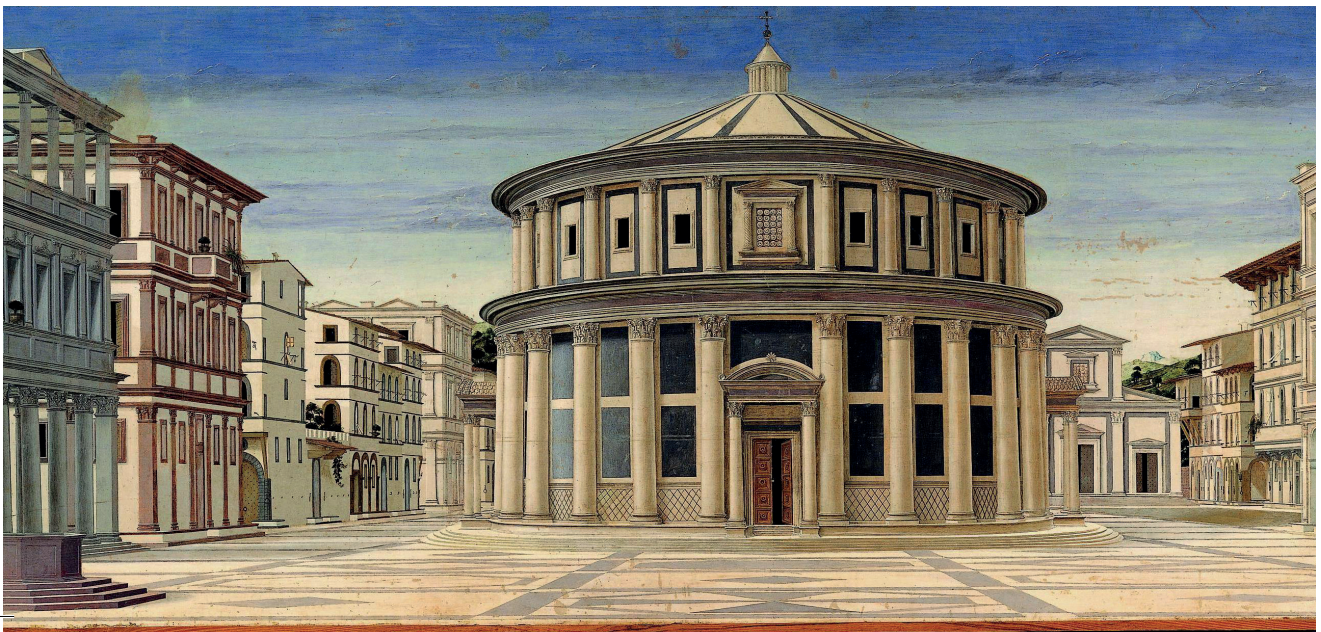
2.2 La crítica contemporánea: hacia una revisión teórica

La cultura arquitectónica contemporánea se ha enfrentado con las problemáticas ligadas a los temas de conservación, recuperación y transformación del patrimonio histórico, revelando la importancia de la investigación de los procesos tipológicos y constructivos como guía para la redacción del proyecto contemporáneo. En particular los métodos de análisis histórico – críticos han determinado el nacimiento de una disciplina que considera la arquitectura como producto de una historia material milenaria, más allá de los éxitos puramente formales, cuyo protagonismo ha caracterizado muy a menudo la historiografía tradicional.

La actitud de la crítica postmoderna ha coincidido con una rotura semántica con el lenguaje de la producción tradicional, poniendo en crisis los mecanismos de un procedimiento de ideación y construcción secular justificado por la noción de *unidad arquitectónica*.

fig.2.6
La ciudad Ideal.
1475 h. Anónimo.

1 Para el concepto de “unidad arquitectónica” véase G. Strappa, *Unità*



Sin embargo, la constante especialización de las reflexiones teóricas a través de los recientes estudios que tratan cada vez más de definir la exactitud científica de los parámetros críticos, así como la precisión terminológica de las categorías interpretativas, permiten estrenar un proceso de análisis objetivo de las discrepancias y oposiciones entre las prácticas de construcción pre moderna, moderna y postmoderna. El fin de esta revisión teórica es encontrar un compromiso aceptable sobre el cual fundar la profesión del futuro arquitecto y su específica responsabilidad en los procesos de transformación urbana. La ausencia crónica de un sustrato tradicional genera una confusión peligrosa a nivel metodológico y práctico, como atestiguan muchas actividades actuales en el ámbito de la edificación.

Estas reflexiones se revelan aún más fundamentales, si se refieren a las disciplinas de la restauración y conservación de los monumentos: ninguna intervención puede alcanzar resultados cualitativamente reconocidos sin la comprensión profunda de los mecanismos que regulan el origen, la evolución y las permanencias en un determinado contexto urbano de las características específicas de la arquitectura antigua.

El programa de estudio tipológico no puede más que arrancar de la definición, o mejor dicho, de la recuperación de un modo *integral y práctico* de construir según las reglas del arte. Conferir un nuevo sentido moderno a las prácticas arquitectónicas antiguas – hasta remontarse a los principios vitruvianos y a las normas contenidas en los tratados renacentistas – significa buscar un punto de encuentro entre los valores tradicionales y contemporáneos de la construcción, dirigido a la reconquista de una significación de la arquitectura como representación y explicación del orden del *cosmos*.

El primer problema al cual nos enfrentamos es, por lo tanto, de orden metodológico y reside en la multiplicidad de lecturas posibles del organismo arquitectónico y en la complejidad de términos a través de los cuales puede ser descripto.

El estudio tipológico nos permite encontrar los elementos invariables que ligan entre sí edificios que se desarrollan en puntos geográficamente lejanos. Hablando, por ejemplo, de las iglesias de planta central, podemos sin duda afirmar que la iglesia de San

dell'organismo architettonico, 1995.



Pedro de Roma se presenta como inicio tipológico (de esta manera vamos a referirnos anticipadamente al concepto de *modelo*, cuya significación es en sí misma objeto de nuestra investigación). Entre la gran cantidad de historiadores del arte y de la arquitectura que se han ocupado de su estudio, hay también tres arquitectos muy ilustres como son el francés Durand y los exponentes del movimiento moderno Le Corbusier y Wright que nos han dejado unas interpretaciones muy diferentes y peculiares. El hecho de que el interés hacia esta admirable arquitectura transcurra en un periodo histórico tan amplio (pues ya los cronistas renacentistas se habían ocupados de su diseño y proporciones) hasta nuestros días, nos demuestra dos cuestiones que nos parecen especialmente interesantes:

Este interés común es, indudablemente, testimonio de la potencia del *modelo*.

Wright y Le Corbusier, aunque opondan dos tesis muy diferentes, se refieren ambos a la Iglesia de Santa Sofía de Constantinopla como posible matriz figurativa y espacial de San Pedro; esta extraña coincidencia de opinión denota una consideración común procedente de una clasificación general de las obras de arquitectura, que estaba en la base de la formación cultural de ambos.

Este ejemplo nos ayuda a comprender, aunque sea simplemente de una manera intuitiva, la importancia fundamental del estudio de las tipologías edilicias en el ámbito general de la cultura arquitectónica antigua y contemporánea.

El concepto de tipología está intrínsecamente unido a la noción de forma en su acepción científica como el conjunto de los aspectos geométricos y materiales que caracterizan concretamente un objeto. El estudio de las formas pertenece al campo teórico de las investigaciones sobre las características espaciales de las estructuras arquitectónicas y su objetivo es definir una genealogía de matrices de referencia que constituyen el esqueleto normativo del cual derivan los diferentes ejemplos reales. Sin embargo, el camino cognoscitivo para el alcance de los resultados previstos discurre según sensibles saltos disciplinares, buscando aportaciones que derivan de los campos más dispares, y reúne contribuciones sectoriales que hasta hoy han quedado separadas o marginadas (desde la historia de las

religiones, hasta la evolución de la ciencia y de la técnica). Nos apremia señalar que la tipología está íntimamente ligada a aquel complejo de atributos históricos, sociales, políticos y artísticos que han visto el nacimiento y el desarrollo de una determinada arquitectura que resulta, por lo tanto, por ellos caracterizada.

A las tendencias analíticas de la crítica contemporánea nos gustaría oponer el espíritu de síntesis, como comprensión profunda de la complejidad lograda por un proceso de razonamiento lógico y científicamente válido. Por ello, la investigación tendrá un curso no homogéneamente progresivo, sino más bien formado por continuas vueltas lógicas y temporales: un camino diacrónico y *meta-histórico*, desde el tipo hasta el organismo construido y viceversa.

Esta aproximación conduce a un salto significativo a nivel metodológico. La nueva problemática se define como el acto de volver a conectarse con la fuente original del tipo, es decir, superar la acepción temporal y geográfica que se logra por medio de un estudio puramente historiográfico (la lectura de las fuentes históricas) y alcanzar, por el contrario, el valor más puro y esencial de la obra arquitectónica, más allá de todo aquello que es, por así decirlo, casual, ornamental.

El primer elemento que nos permite una reflexión sobre la noción de tipo edilicio es el propio diseño², pues el diseño constituye un instrumento de conocimiento de las prácticas arquitectónicas y de definición de las normas constructivas, además de una herramienta de representación. El análisis del valor de las normas geométricas y métricas que se encuentran en la base del desarrollo constructivo de la arquitectura permite fijar, a través de un recorrido lógico y racional, las significaciones más escondidas de las formas; es decir, permite alcanzar las huellas tipológicas a partir de la lectura de las matrices (*modelos*).

Esta concepción del dibujo arquitectónico se remonta a la primera época renacentista: L. Benevolo nos habla de la importancia capital del *dibujo* y del descubrimiento de sus potencialidades como

2 En primera instancia nos referiremos a la definición básica de diseño.
Diseño: traza o delineación de un edificio o de una figura (Diccionario de la Real Academia Española).

instrumento para la práctica del arquitecto moderno durante la primera mitad del siglo XV:

«El diseño gráfico logra en este período una función muy amplia; estando la ciencia y las técnicas ligadas prevalentemente a la descripción geométrica de los objetos, sirve como instrumento para la transmisión del conocimiento y, en cierto momento – a finales del siglo XV –, parece sobrepasar la importancia del texto escrito»³.

La modificación de la jerarquía de valores de la cultura renacentista y la nueva disputa sobre el carácter mecánico o liberal de la arquitectura⁴ están vinculadas al gran desarrollo de las ciencias exactas, del procedimiento matemático y de la geometría, disciplinas que se acercan cada vez más a los estudios de humanidades (gramática, filosofía etc.)⁵.

La supremacía del diseño como fundamento teórico antes que

3 Leonardo Benevolo, *Storia dell'architettura rinascimentale*, 1968. Pág. 102.

4 La cuestión había animado también el debate medieval aunque el nivel de las controversias nunca alcanzó los tonos críticos de la época renacentista. Ya Alberto Magno se había preguntado sobre el valor de la arquitectura, reconociéndole un carácter intelectual considerable. Sin embargo este juicio nacía en ambiente aún muy tradicional en relación a los procedimientos exactos que constituían el fundamento de la práctica gótica.

5 Alberti en el proemio del *De Pictura* dice: "(...) piglieremo de' matematici quelle cose in prima quali alla nostra materia appartengono (...)". Esta voluntad programática, que en la obra de Alberti cede frecuentemente a contradicciones metodológicas, está ligada al proceso de reevaluación de las ciencias exactas.

fig.2.7
El sacrificio de
Isaac, cuarterón
para el Baptisterio
de San Juan. 1401.
Florencia. Filippo
Brunelleschi.



como herramienta de expresión, tuvo un largo éxito, como atestigua la copiosa literatura que trata las temáticas del dibujo: si Pier Paolo Vergerio, en su *De ingenius moribus et liberalibus adolescentiae studiis liber*, trata de la enseñanza de esta nueva disciplina junto a las otras artes liberales, así también Vasari en sus escritos vuelve repetidamente al concepto de diseño, destacando su importancia como instrumento privilegiado para la materialización de la *idea*.⁶

La renovación del método tradicional aportada por Brunelleschi, incluyendo las contribuciones de pintores como Masaccio y Piero Della Francesca, abrió un camino absolutamente novedoso en el ámbito de la ideación y representación arquitectónica: las artes del dibujo conocían finalmente un planteamiento innovador íntimamente ligado a la revolución general del clima cultural. Con el descubrimiento de la perspectiva se asigna más relevancia a las componentes geométricas del proyecto arquitectónico, más que a las características cromáticas, y, entre las propiedades geométricas, logran prioridad las relaciones proporcionales respecto a los datos puramente métricos.⁷

El dibujo, gracias a los estudios revolucionarios sobre la perspectiva desarrollados por Brunelleschi, se convierte en instrumento predilecto para la definición de las formas arquitectónicas. En este sentido hay que leer también el recurrente elogio a la pintura en las obras de L. B. Alberti, que representa de manera extremadamente explícita el prototipo del artista renacentista que descubre las aportaciones de varias disciplinas científicas y las pone al servicio del nuevo arte.

Durante el Renacimiento, el concepto de espacio, se refiere a la distancia medible entre dos elementos más que a las calidades

6 La mención a estos pensadores pertenecientes a dos generaciones distintas nos sirve para ilustrar el largo arco temporal en el que permanece el concepto de dibujo como fundamento de la arquitectura. En 1402, Vergerio escribe una obra que se pondrá como referencia para la actividad didáctica sucesiva, formalizando la conquista de una precisa dignidad teórica para las técnicas figurativas. Por otro lado Vasari, voz de una cultura humanista ya dirigida hacia el manierismo, afirma: *“Il disegno, padre delle tre arti nostre, Architettura, Scultura e Pittura, procedendo dall'intelletto, cava di molte cose un giudizio universale; (...) si può conchiudere che esso disegno altro non sia che una apparente espressione e dichiarazione del concetto che si ha nell'animo, e di quello che altri si è nella mente immaginato e fabricato nell'idea”*.

7 Leonardo Benevolo, Op. cit. Pág. 90.

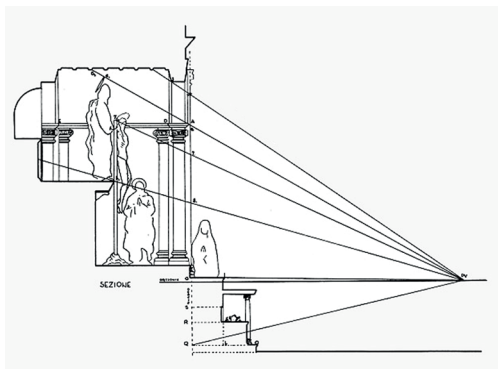


fig.2.8
La Trinidad. Fresco
en Santa Maria
Novella y estudio de la
perspectiva. 1426 h.
Masaccio.

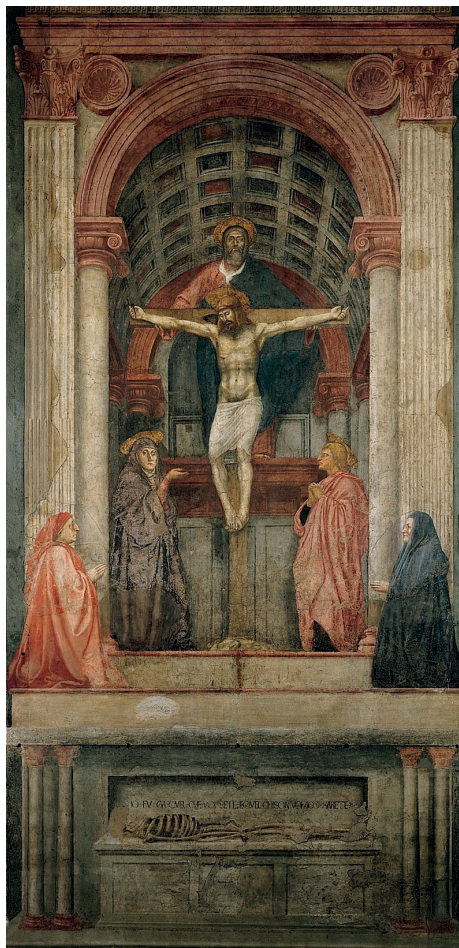
generales de un edificio. La concepción del dibujo se relaciona con las ideas de medida, proporción y ritmo (fig.2.9).

La cultura italiana del siglo XV nos ofrece muchos ejemplos de arquitecturas concebidas según normas de origen musical. La atención de los teóricos se dirige hacia los argumentos matemáticos y numéricos de este arte,

buscando en ellos una legitimación para el dibujo arquitectónico no solamente estética, sino cosmológica y divina⁸.

En efecto, durante las décadas de los años 60 y 70 del siglo XV, la arquitectura y las artes figurativas alcanzan un nuevo equilibrio cultural entre diferentes disciplinas del conocimiento humano, proporcionando un horizonte inédito de formas organizadas

8 La cultura del Renacimiento opera una síntesis intelectual entre los estudios de Pitágoras y la filosofía platónica, uniéndolos al espíritu cristiano. A propósito de las relaciones con la teoría musical, Wittkower habla de *teoría de la proporción armónica* que garantiza la belleza de la arquitectura y su adherencia al orden del cosmos. Véase Wittkower R., *Architectural Principles in the Age of Humanism*, 1996.



correspondiente al orden mental instaurado por los humanistas.

Alberti, en un formidable esfuerzo de aclaración terminológica fruto de su tenaz afán teórico, había identificado en las normas geométricas, un vínculo intrínseco con los principios de armonía y proporción que atraviesan cada manifestación de la naturaleza⁹.

El artista tiene que sacar de la naturaleza, considerada como un principio objetivo, una imagen coherente y unitaria: “la *concinntitas universarum partium* se halla en la misma naturaleza como motivo racional reconocible por el intelecto humano, o bien en los ejemplos clásicos, en cuanto que los artistas antiguos han cumplido esta operación de reconocimiento y de síntesis”¹⁰.

Para Alberti, la representación es “la transferencia de una forma espacial de una materia a la otra y se puede describir únicamente en términos geométricos”¹¹. En la base del proceso de ideación de la arquitectura se encuentran las instancias geométricas: de esto deriva que la arquitectura esté implicada en el mismo campo intelectual que las otras artes figurativas. Es más: esta singularidad genética de la disciplina hace que la obra construida se configure como el más

9 Para Leon Battista Alberti la medida es: “(...) uno stabile certo e fermo avvertimento e notamento, per il quale si conosce e mette in numeri e misure, la habitudine, proporzione e corrispondencia”. *Della Statua*, traducción italiana de C. Bartoli, Bologna, 1782, Pág. 326.

10 *Ibidem*. Pág. 100.

11 *Ibidem*. Pág. 190.

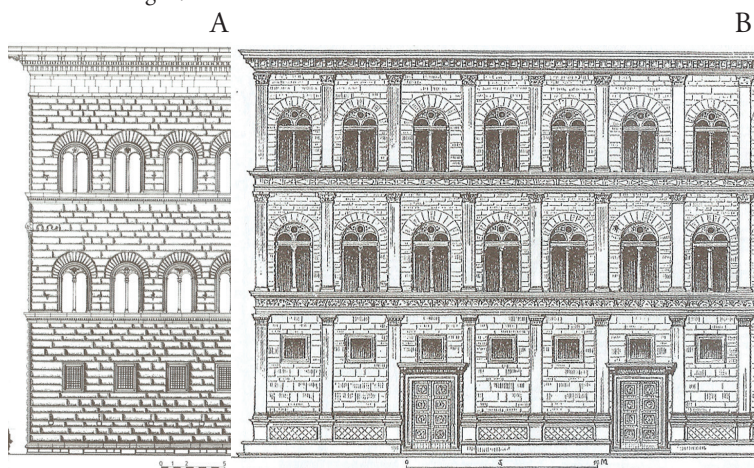


fig. 2.9
Ejemplos de fachadas
ritmadas.
A. Palacio Strozzi.
1489.
B. Palacio Rucellai.
1446 h.
Florencia.

alto momento de síntesis especulativa, condensando aspiraciones prácticas y contemplativas.

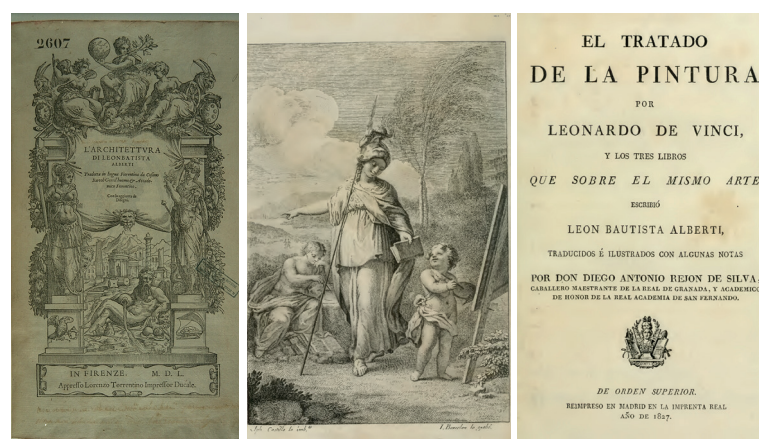
En la construcción del nuevo método de ideación y representación de la arquitectura, que se configura como análisis de la realidad y síntesis artística, concurren aportaciones heterogéneas ligadas por un fin de orden práctico: igual que los filólogos estudian minuciosamente los códices antiguos en busca de una nueva *koiné* lingüística, así mismo los arquitectos renacentistas operan un examen meticuloso de las forma visibles para proporcionar un nuevo universo de matrices espaciales al servicio del futuro desarrollo de la sociedad.

Este breve paréntesis teórico sobre las significaciones del dibujo, además de constituir una valiosa ayuda para la delimitación de un campo semántico específico y la oportunidad para una clarificación terminológica indispensable para una investigación metodológicamente válida, contiene fines prácticos concretos:

Reanuda la disertación de las problemáticas de unidad de la arquitectura, que constituye la hipótesis básica de nuestro trabajo, hipótesis que iremos confutando a lo largo del estudio.

Nos permite introducir los conceptos de forma y de análisis morfológico sobre los cuales fundar el programa de conocimiento de la tipología.

fig.2.10
A. *Tratado de Arquitectura*. Edición florentina de 1600.
B. *Tratado de la Pintura*. Edición madrileña de 1827.
Leon Battista Alberti.



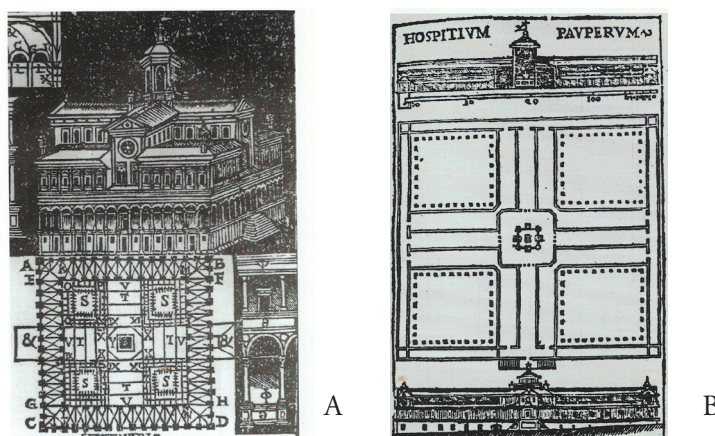


fig.2.11
Plantas de hospitales
cruciforme.
A. Vitruvius. *De
Architectura libri
decem*. 1521.
B. *Hospitium
pauperum*. Planta,
Alzado y sección. C.
Perez de Herrera.
1598.

El estudio sobre la tipología hospitalaria en forma de cruz arranca de las experiencias maduradas durante la redacción del plan director de restauración del Hospital Real de Granada¹². Tras lo que acabamos de ilustrar – aludimos al complejo de recursos metodológicos que califican la concepción humanista de *dibujo* –, no parece tan extraño que todo el proyecto desarrollado por el equipo del profesor Francisco Javier Gallego Roca se haya cimentado en un minucioso levantamiento métrico del edificio¹³ del cual han partido, a través de un intrincado proceso de desarticulación analítica, los estudios científicos de carácter multidisciplinar.

Las operaciones de levantamiento permiten seleccionar los argumentos considerados como más significativos entre los indefinidos puntos que componen la imagen material de la arquitectura; la realidad heterogénea y discontinua es interpretada a través de un esquema que reduce su complejidad y la hace inteligible por medio de la restitución gráfica.

La construcción de *eidotipos*¹⁴ interpretativos está íntimamente

12 El proyecto, encargado por el Rectorado de la Universidad de Granada ha sido desarrollado por un equipo multidisciplinar coordinado por el Prof. Francisco Javier Gallego Roca.

13 El programa de levantamiento métrico para el Plan Director del Hospital Real de Granada ha sido dirigido por el Prof. Antonio Gómez Blanco, docente del departamento de Expresión Gráfica de la Universidad de Granada.

14 Con este término nos referimos a un modelo del edificio objeto de levantamiento generado a través de croquis parciales y esquemáticos. Estos croquis permiten un acercamiento a las problemáticas geométricas, técnicas y constructivas

ligada a la definición de *tipo* por un constante trasvase de información del modelo abstracto al ejemplo tangible y viceversa.

La operación de levantamiento no se limita a una medición incontrolada de puntos para obtener esta información planimétrica y datos altimétricos, sino que, al contrario, se configura como el momento de lectura de la fábrica y de sus más íntimas cualidades; permite describir la características morfológicas del edificio, la organización tipológica y las anomalías respecto al modelo originario y registra las estratificaciones que la arquitectura ha sufrido en el tiempo, siendo un preciosa ayuda al estudio histórico¹⁵.

Así, el levantamiento se convierte en un proceso de lectura crítica del inmueble que permite alcanzar una descripción de un modelo complejo, pero finalmente compresible, y se configura como el primer paso hacia el conocimiento completo del objeto arquitectónico.

Alcanzar el conocimiento de la geometría de la arquitectura significa comprender la unidad de las conexiones entre espacio y estructura con las que el proyecto del edificio fue concebido. La necesidad de desenredar la trama de las relaciones geométricas y proporcionales de la arquitectura ha resultado aún más fundamental en el caso del Hospital Real de Granada (*fig.2.12*), que debe su grandiosa monumentalidad a la revolución operada a principios del siglo XVI, por su trazas planimétricas que, acogiendo la lección del neoplatonismo albertiano sobre el tema de la planta central y la utilización del cuadrado, inauguran en España el descubrimiento del tratado de Vitruvio que ya animaba el debate intelectual en Italia desde las últimas décadas del siglo anterior.

La fábrica del Hospital Real en la forma estratificada con la que ha llegado hasta nuestros días es el resultado de un complejo proceso

de la arquitectura y facilitan la comprensión de las relaciones proporcionales entre las partes. Para el concepto de *eidotipo* finalizado al levantamiento arquitectónico, véase: Maestri, D., Docci M., *Manuale di rilevamento architettonico e Urbano*, 1993.

¹⁵ Como ejemplo de estudio histórico razonado elaborado con el soporte del análisis de las trazas planimétricas y del diseño volumétrico de la tipológicas hospitalaria, nos gustaría señalar el interesante trabajo que, desde hace unos años, viene desarrollando en Granada el arquitecto Fernando Acale Sánchez. Véase Acale Sánchez, F., *Estudio histórico-arquitectónico del Hospital Militar de Granada, antiguo Palacio del Almirante Aragón*, 2003.

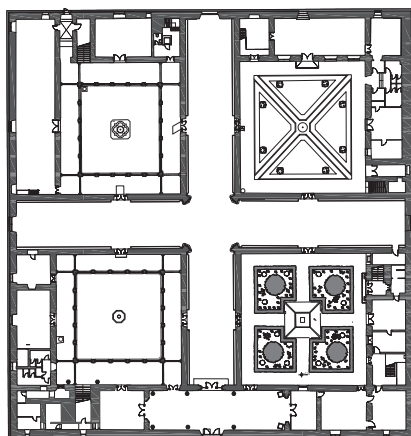


fig. 2.12
Hospital Real. Planta
Baja. Granada.

de ideación y construcción durante una época caracterizada por unas referencias culturales, políticas, sociales y técnicas particulares y también de un proceso de transformación y adaptación de la forma original a las nuevas exigencias que iban surgiendo. El estudio tipológico relacionado con las nociones de *organismo* y *tipo* concierne a aquellos caracteres constantes y comunes de los edificios que dependen de códigos *unitarios* y *persistentes*. Esto significa que el mismo programa de conocimiento de las características tipológicas de una arquitectura se configura como un proyecto de síntesis, ya que identifica el intercambio dialéctico entre las diferentes diadas a través de las cuales podemos caracterizar una obra de arquitectura y sus potenciales integraciones (recinto/cubierta; elementos portantes/portados¹⁶ etc.).

La definición de categorías interpretativas para describir las características de una arquitectura antigua con el objetivo último de destacar las potencialidades efectivas de las preexistencias en términos de aprovechamiento funcional, nos proporciona un sólido soporte teórico y clarifica la imposibilidad de alejar la matriz formal – identificada con el auxilio de la geometría y de la metrología – de aquella funcional sin caer en un equívoco metodológico que falsearía enormemente los resultados de la investigación.

Hay que especificar que los criterios de clasificación desempeñan un cometido principalmente didáctico en relación al concepto de unidad de la arquitectura, que ha sufrido una profunda crisis a

16 Véase G. Strappa, Op. cit.

partir de las operaciones de deconstrucción por parte de la crítica post-moderna. Parece interesante indagar, bajo la perspectiva de una posible reconciliación histórica, de qué manera las componentes tradicionales pueden resultar útiles para la comprensión de la lógica constructiva antigua, siempre que la intervención contemporánea se configure necesariamente como *crítica*¹⁷ de las formas heredadas del pasado. Por lo tanto, la cuestión es: ¿en qué modo es admisible una actualización de la triada vitruviana y según qué instrumentos?

Françoise Choay¹⁸, historiadora de las teorías y formas urbanas y arquitectónicas, afirma que ya Alberti, en el *De res aedificatoria*, había operado una revolución semántica respecto a la obra de Vitruvio, definiendo un método racional para concebir y realizar los edificios sobre la base de la secuencia de *firmitas, utilitas y venustas*. El intelectual florentino establece, con el auxilio de la literatura clásica, un nexo con la práctica del mundo construido, desconocido durante la época medieval e incluso en la antigüedad clásica, y que sólo la cultura europea de aquí en adelante tendrá la valentía de promover. La obra de Alberti no consiste en una simple mejora de los cuatro libros de Vitruvio, sino que más bien abre un nuevo ciclo histórico, reconciliándose con el pasado e indicando un camino futuro.

Este ejemplo manifiesta una voluntad programática precisa y una realidad incontestable: la construcción del ambiente humano a través de los siglos no se configura como el resultado de la alternancia de innovaciones forzosas, sino como el producto de «procesos formativos colectivos y civiles¹⁹», a través de la mediación intelectual de los operadores profesionales. Este largo desarrollo produce un sustrato tradicional de modelos como instrumentos de concepción a priori del espacio construido.

La configuración en planta y volumétrica de los hospitales en forma de cruz inscrita en un cuadrado tienen su origen del debate renacentista sobre las formas más dignas para representar al hombre en relación a la divinidad. Estas matrices espaciales son las que más

17 Nos referimos a este término en su acepción etimológica, despojados de sus significaciones despectivas:

Crítica: Examen y juicio acerca de alguien o algo (diccionario de la RAE).

18 Françoise Choay, *La Règle et le Modèle*, 1996.

19 G. Strappa, Op. cit.

se aproximan a la perfección de la naturaleza, tema central de la filosofía humanista de principios de siglo XV.

Alberti sostiene que hay que diseñar los edificios imitando la naturaleza, es decir, al hombre, considerado el producto más perfecto del *cosmos*. El cuerpo humano adquiere durante el Renacimiento una considerable importancia, ya que cada de sus partes concurre necesariamente a las otras en un equilibrio y en una sintonía logradas mediante unas relaciones de necesidad y proporciones insuperables. La idea del cuadrado como matriz formal ideal aparece en los estudios de diferentes exponentes de la cultura humanista, como el mismo Alberti, Francesco Di Giorgio y Leonardo, cuyas investigaciones sobre las proporciones humanas y la fisonomía son muy célebres (fig.2.13).

Los conceptos de unidad y armonía, que surgen de la reconquista en ámbito crítico de la tríada vitruviana, implican el empleo de matrices geométricas simples para alcanzar el perfecto equilibrio formal y funcional del edificio en cada una de las partes que lo

bus conspiciuntur idea existens, ea quæ magis ipsi accedunt, perfectius
 . Cum igitur Deus sit intelligibilis sphaera, et mundus hic totum se præ-
 dibet figura conspiciendum, homo etiam, qui inter Deum, mundumque
 dium tenet, eadem figura terminari necesse est: et imitari intellectu-
 a sphaeram in anima, sensibili-
 in corpore: ut hæc præsens
 docere potest: A cuius um-
 :undum aliquos, sed à peccati
 tius est) si circumducatur
 ille perfectè cõducitur: Un-
 corporis mensura à rotundi-
 uenire, et ad ipsam tendere
 ut. Caput enim rotundum
 , et orbi simile, inquit La-
 : Corpus quoque omne cor-
 :ensura proportionatissima:
 : extremitate lacerti uersus
 ubi pulsus agitur, ad pol-
 :irculari mēsurā reueritur



fig.2.13
 Homo ad circum.
 De Armonia Mundi.
 Francesco di Giorgio
 Martini, 1545.

componen. Nace así la noción de *módulo* (el cuadrado) como fundamento del sistema proporcional general del edificio, y las trazas ortogonales como guías geométricas y científicas para el alcance de la *commensuratio*. La complejidad de las relaciones volumétricas y en planta se reduce a una sutil interacción de matrices sencillas encajadas perfectamente en un sistema reticular geométrico, de tipo podríamos decir cartesiano, que representa el elemento organizador y regulador del espacio.

El dibujo de la planta del Hospital Real de Granada se compone por una cruz griega central, que tenía que acoger la crujiás de los enfermos y los espacios de servicios (cocinas, almacenes etc.) que se desarrollaban simétricamente alrededor del eje central, formando cuatros patios.

Buscar la matriz original de esta forma (la cruz inscrita en un cuadrado) e investigar de manera profunda todo el complejo aparato de significaciones simbólicas y filosóficas originarias significaría volver a analizar una fase primitiva de la historia del hombre. El tema de los valores ancestrales de la cruz merecería una disertación particular con implicaciones derivadas de los campos más dispares del conocimiento (de la historia del pensamiento religioso y de sentimiento político del hombre primitivo hasta la historia material). La *forma* es el resultado de un intrincado proceso que opera por sincretismos, contaminaciones y lentas evoluciones de *imágenes primigenias*.

Por lo tanto, en calidad de arquitectos y restauradores, juzgamos más útil referirnos a los conceptos de *forma* y *tipo* tal como se han transmitido en la materialidad del entramado urbano.

Por otra parte, reconocimos el valor de una regresión histórico – filosófica hacia tiempos muy lejanos como son los estudios desarrollados en el ámbito de la crítica arquitectónica por los pensadores de la Ilustración. Laugier estudia la cabaña primitiva con el fin de fijar las leyes de la construcción que gobiernan desde siempre el ambiente antrópico; estas normas de carácter práctico, pero también simbólico, se nos presentan como verdades absolutas mas allá de los cambios interpretativos que padecen cuando se trasladen de una área cultural y geográfica a otra.

Hacer referencia a un arquetipo normativo significa también referirse al concepto de *organismo*, asunto básico del estudio de los caracteres tipológicos y morfológicos de la arquitectura cuya definición es fruto de una tradición humanista secular. Su significado no implica un determinismo mecánico, sino que más bien representa la manifestación integral de la unidad como suma coherente de partes reconocibles, pero no autosuficientes. La analogía etimológica que mantiene con la palabra “organización” y con el verbo “organizar” demuestra la escala de valores inherentes a su más íntima significación, describibles en términos de leyes reguladoras y normas de distribución de la partes respecto a la totalidad²⁰.

El organismo arquitectónico es aquel conjunto de elementos ligados entre sí por una relación de necesidad y que concurren juntos para alcanzar el mismo objetivo: la satisfacción de los requisitos funcionales y formales y el establecimiento y permanencia del conjunto mismo en el tiempo.

El estudio que vamos a desarrollar no proporcionará una catalogación exhaustiva de las estructuras asistenciales. Considerando cada caso como *organismo* independiente, identificaremos las huellas (los *tipos*) a partir de las matrices formales heredadas de nuestra *memoria constructiva*. Es decir, definiremos el *tipo* como el patrimonio de los caracteres comunes que se pueden transmitir en áreas geográfica y culturalmente lejanas. Por otra parte, nos referiremos a ejemplos concretos, siendo estos análisis de gran interés, ya que el edificio construido describe en un tiempo y un lugar precisos los caracteres generales de la tipología a la cual pertenece, es decir, identifica histórica y espacialmente el tipo.

Hemos señalado la importancia de la unidad de la arquitectura, aún a riesgo de caer en una tediosa repetición. Quizás no parezca ineficaz nuestro razonamiento si finalmente pensamos que los mismos mecanismos de intrínseca coherencia regulan el crecimiento

20 Véase G. Strappa, Op. cit. Este autor utiliza una metáfora botánica para explicar el significado de organismo arquitectónico. Compara el edificio con un árbol, constituido de partes diferentes, coherentemente relacionadas y todas igualmente “útiles”. Ya a partir de las reflexiones de los filósofos neoplatónicos, los humanistas, habían buscado el valor de la arquitectura en las perfectas proporciones de la naturaleza y del cuerpo humano.

de la ciudad histórica. Ningún momento puede definirse como totalmente autónomo, sino como parte de una trama de relaciones y actos constructivos que han configurado la imagen actual.

Sin embargo, hay que tener presente que el ambiente antrópico no siempre es el resultado de una conciencia espontánea colectiva, sino que también es producto de una iniciativa individual precisa, dictada por un complejo conjunto de exigencias culturales, sociales, políticas y técnicas.

En relación a la progresión gradual de las técnicas, el cambio o revolución tipológica actúa en el momento en que la tradición precedente es leída según un razonamiento crítico. Muy a menudo, el nuevo tipo coincide con la obra de arte. Esta reflexión vale únicamente para la arquitectura histórica, ya que hoy en día la revolución de las formas, la búsqueda de nuevas matrices compositivas, es un hecho común y frecuente se ha transformado en la praxis de la arquitectura. Esta no contiene un sustrato tradicional que pueda revelar su necesidad y deviene simplemente un ejercicio estético.

Desde esta perspectiva, adquiere un claro sentido la práctica de la conservación de edificios que han perdido el complejo de elementos superestructurales que generaron la concepción de su proyecto original, ya que la arquitectura pre moderna, como sistema de tipos y modelos históricamente afirmados, está caracterizada intrínsecamente por la aspiración de cambiar y permanecer en el tiempo, apropiándose cada vez de nuevos valores.

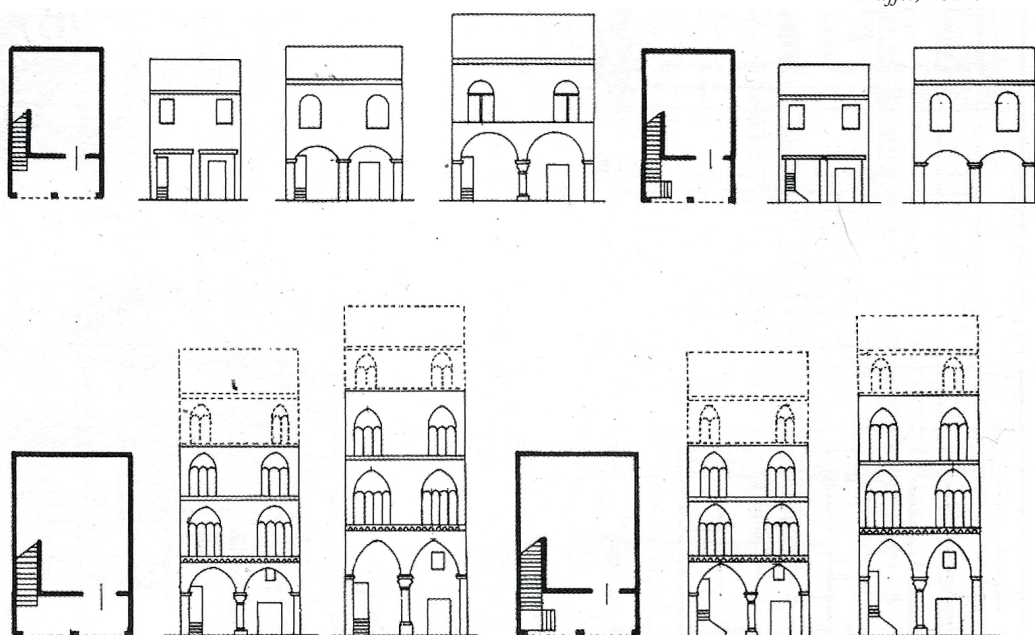
2.3 El tipo en la arquitectura especial

A partir de la obra de Saverio Muratori, las disciplinas de los estudios tipológicos y morfológicos han centrado la atención en la *procesualidad* de los fenómenos de formación urbana, en una visión escalar que, arrancando de la dimensión territorial, llega a explicar los mecanismos operativos que se encuentran en la base de la actividad constructiva.

Como admite Gianfranco Caniggia, la definición de un nuevo enfoque en la consideración de las problemáticas arquitectónicas y compositivas mana de una profunda crisis de las ideologías tradicionales, crisis que supone, a la vez, un esfuerzo por parte de los profesionales para reequilibrar las relaciones entre la demanda social en el ámbito de los servicios urbanos y la capacidad de facilitar respuestas solícitas y eficaces.

Caniggia destaca cómo las codificaciones de la actividad constructiva ofrecidas por el movimiento moderno se habían revelado desastrosas, decretando el declive del mismo frente a las crisis

fig.2.14
Estudios del proceso tipológico en el casco histórico de Génova.
Maffei, 2011.



cíclicas del siglo XX. El autor responsabiliza de este decaimiento a la disposición antagónica y destructiva hacia todas las formulaciones teóricas de la tradición, hasta la negación programática de su legado.

A pesar del rechazo hacia los academismos y cualquier especie de norma, la excesiva atención dada a la obra individual había, de hecho, generado un fenómeno de imitación estéril de los llamados maestros del Movimiento Moderno, con el único resultado de una estratégica sustitución de una academia arcaica por una igualmente dogmática, pero de aspecto rejuvenecido.

La adopción del personalismo como categoría para interpretar los fenómenos arquitectónicos creaba un evidente conflicto en la lectura de lo existente, a partir del hecho de que la presunta excepcionalidad del gesto personal del arquitecto se mantenía más bien disimulada en las estructuras urbanas tradicionales, bajo una lógica de homogeneidad y permanencia sobre la cual pesaba el dogma del veto modernista.

Todo ello tenía la infausta consecuencia de que se privilegiara la arbitrariedad individual en detrimento de todos los procesos de formación histórica y de la complejidad de la imagen urbana, también en aquellos contextos históricos cuyo máximo valor insistía en la coherencia de una acción coral.

Se promovía así la hipertrofia del gesto solipsista, prescindiendo del valor de un repertorio de formas materiales y de conocimientos abstractos que habían contribuido orgánicamente a la construcción del ambiente antrópico.

Este complejo patrimonio cultural y arquitectónico es lo que Caniggia define como legado de la “conciencia espontánea”, distinta de la “conciencia crítica”, que actúa desde el rango intelectual interpretando los intereses de las clases dominantes y de la cultura impuesta coercitivamente a eslabones más bajos de la sociedad.

En esta separación Caniggia halla el vicio de la historiografía tradicional, que tiende a exaltar la manifestaciones de la segunda, desvinculando los hechos registrados por las crónicas de las

1 Según la definición de Gianfranco Caniggia, la consciencia espontánea es “la inclinación del sujeto que actúa para adaptarse, en su obra, a los principios civiles heredados, sin la necesidad u obligación de un ejercicio previo de mediación o selección”. Caniggia, G., Maffei, G. *Il progetto nell'edilizia di base*, 1984. Pág. 46.

conductas cotidianas y de las colectividades que las han producido. El autor aclara la cuestión con una hábil metáfora: “una historia de la literatura que sea independiente de la *procesualidad* de la lengua hablada, de la cual la literatura deriva necesariamente, no sería historia cultural, ni civil, ni historia de la sociedad, sino un elenco de personajes y productos singulares”².

Según el docente romano, con el cual compartimos el juicio crítico, en la cultura arquitectónica contemporánea todo se define bajo el lema de la “emergencia”, faltando en la práctica constructiva de los arquitectos una razón vinculante que relacione la obra de unos a las intenciones de otros, creando una especie de monotonía de lo excepcional continuamente superada por un mecanismo de obsolescencia con ritmos cada vez más cerrados.

En la rutina de la anomalía, la arquitectura ha disipado la oportunidad de comunicar mensajes claros a través de la configuración jerárquica de los organismos urbanos.

Tomando como base estas consideraciones, Caniggia proporciona una serie de recursos teóricos y prácticos para superar una crisis que dura desde el siglo XIX. Su programa se articula en dos fases: la primera, de carácter cognoscitivo, se refiere a la lectura del hábitat construido; la segunda, a la composición tipológica.

Desvincular una de otra sería volver a los ejercicios intelectualistas del siglo XIX o bien inferir con otras disciplinas, como la de la historia del arte, que tiene un campo de acción muy bien definido, un programa de indagación preciso y recursos metodológicos y científicos para cumplirlo.

El procedimiento de lectura arranca de la consideración de que el ambiente antrópico es “un organismo unitario de organismos componentes”. En la base de las formaciones urbanas actuales están una serie de matrices elementales que es posible reconocer a nivel de componentes de tipos más complejos. Es decir, la compleja y a menudo caótica estratificación de la realidad sigue amparando una serie de formas primordiales pertenecientes a la cultura colectiva y a la conciencia espontánea de las comunidades, formas que es posible hallar a través del análisis tipológico y que constituyen

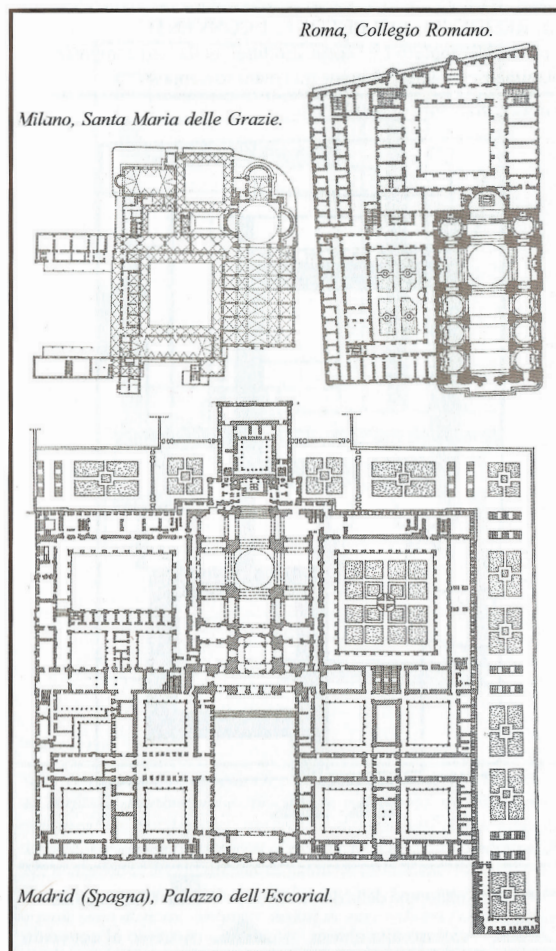
2 Ibidem. Pág.46.

la materia aglutinante de los núcleos históricos. El tipo aúna un “sistema de cogniciones integradas, asumidas de manera unitaria, para resolver en cada momento la necesidad a la cual el objeto tiene que responder”³.

En cuanto al tipo edificatorio, Caniggia admitió dos aproximaciones. Una es, por así decirlo, de carácter estadístico y clasificatorio (fig. 2.15 y 2.16): dentro de la continuidad de un frente urbano antiguo, reconocemos que algunos organismos, una vez despojados de todos aquellos elementos de carácter ornamental que los definen

3 Ibidem. Pág.53.

fig.2.15
Lámina de resumen
de estudio tipológico.
Las residencias
colectivas: los
conventos.
Maffei, 2011.



en su individualidad, están caracterizado por unos elementos “estructurales” comunes; en base a esta observación macroscópica distinguimos los edificios destinados a residencia de otro que tienen fines específicos. Este procedimiento de identificación es de carácter empírico y permite afinar progresivamente las categorías interpretativas, involucrando la observación de subcategorías funcionales, los caracteres compositivos y distributivos etc. Se trata de seguir un sencillo diagrama lógico que nuestro mismo intelecto nos facilita, ordenando las indefinidas imágenes que la ciudad proporciona a través de los signos claros de que las edificios disponen (así, podemos fácilmente distinguir una iglesia, de una

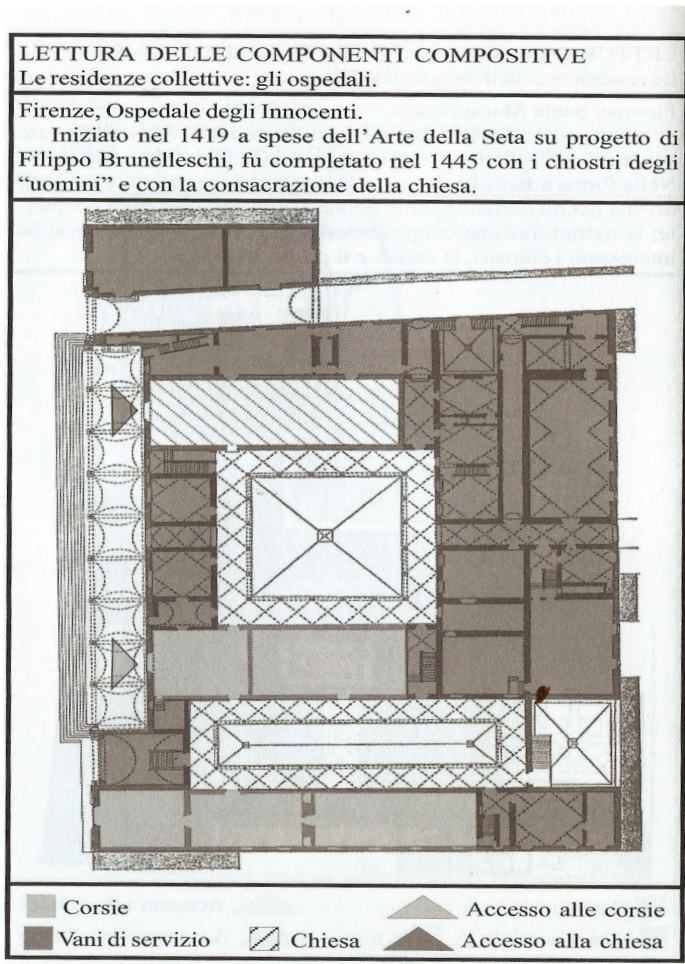


fig.2.16
Ficha de estudio.
Las residencias
colectivas: los
conventos.
Maffei, 2011.

residencia común, de un estación etc.).

Hay una segunda aproximación que, una vez identificados los tipos en el contexto construido, se pregunta sobre el por qué de su existencia.

Evidentemente, si la arquitectura comunica informaciones claras (nos referimos, por ejemplo, a la posibilidad de distinguir la iglesia de la estación) esto se debe a que sus signos hablan a una idea que existe a priori en el imaginario inmaterial que se ha venido formando en la mente del hombre, lo cual equivale a decir que los tipos existen como conceptualización de los programas edificatorios antes de que estos vengan materialmente actuados y los preceden por voluntad de la conciencia espontánea. El “concepto de tipo” es, por el contrario, el resultado de una interpretación crítica e indirecta. Ambas, conciencia espontánea y crítica, han actuado y actúan, según diferentes grados de implicación dependiendo de la índole del problema constructivo al que se enfrenta el arquitecto o constructor y de la presencia de recursos culturales que puedan dar una respuesta satisfactoria.

Llegamos, pues, a la distinción fundamental entre *los tipos de base* y *los tipos especiales*: con el primer término nos referimos a las edificaciones con carácter residencial, tema que excede los límites de nuestra investigación; con el segundo, definimos el complejo “de los edificios que sobresalen del contexto construido y constituyen las emergencias, es decir los elementos de cualificación urbana que comúnmente llamamos servicios. De ello son ejemplos los palacios, las iglesias, los conventos, los hospitales etc”⁴.

Evidentemente, tal clasificación resulta obvia, por lo cual lo que interesa es trazar una metodología de lectura que tenga en cuenta las especificaciones y problemáticas que los edificios especiales presentan a la atención de los arquitectos y administradores públicos.

En primer lugar, hay que destacar que el proyecto y ejecución de los edificios destinados a acoger funciones de apoyo a la colectividad como son los hospitales, supone una mayor inclusión de la intención de un grupo reducido, de los promotores y constructores, los cuales asumen amplios poderes deliberativos en el ámbito del programa

⁴ Maffei, G., Maffei M. *Lettura dell'edilizia speciale*, 2011. Pág. 15.

previsto. Este se ejecuta a través de un procedimiento en el que los caracteres de espontaneidad que califican las obras residenciales son muy reducidos, aunque no totalmente ausentes, siendo muy vinculantes otros factores de tipo especulativo cuya complejidad crece al aumentar la especialización a la cual el edificio responde.

Esta condición hace que el concepto de evolución tipológica o proceso tipológico se redefina para la arquitectura especial, ajustándolo a la noción de “proceso de la intencionalidad”⁵.

En la arquitectura hospitalaria será fundamental analizar tanto los aspectos que derivan de una adhesión a las necesidades naturales, por ejemplo los que definen la forma del lecho, como los aspectos que derivan de las dinámicas de inversión y provecho, como los mecanismos para optimizar el número de camas en relación al espacio.

Es posible indicar una lógica consecucional también en las obras intencionales que los arquitectos disponen para funciones específicas y que requieren cierto raciocinio para cumplirlas. Para hacerlo habrá que analizar la evolución de las necesidades humanas que llevan a la aparición de nuevos tipos que antes no existían o estaban incluidos de forma general en otros menos especializados.

Puede que el grado de avance deseado esté ya desarrollado en otras áreas culturales a menudo limítrofes, por lo cual se accede a una importación de modelos extranjeros, siendo esto lo que adviene en la mayoría de los casos durante la época del antiguo régimen en la cual la especialización de carácter tecnológico es más bien exigua.

De aquí deriva que la arquitectura especial esté menos ligada a la cultura autóctona y tenga una tendencia general a la “imitación” de los hábitos constructivos de los enclaves territoriales más pujantes en cada momento.

Hablando del proceso de colonización formal y funcional que ha condicionado el lenguaje arquitectónico europeo desde los albores de la época moderna y que adviene no casualmente a raíz de la circulación de modelos especiales (desde los palacios de la nobleza del siglo XV hasta las manufacturas especializadas del XIX), habrá que señalar la profunda diferencia entre la actitud de las sociedades

5 *Ibíd*em Pág.17.

preindustriales y la de las sociedades post-capitalistas.

Hoy día, lógica de importación de modelos átopicos tiende a cancelar el contenido de los procesos históricos, de los dialectos constructivos locales, activando mecanismos de alienación cultural cada vez más evidentes.

Sin embargo, no siempre ha sido así. A lo largo de la historia, en los momentos de crisis ligados a movimientos de expansión económica y socio cultural, las relaciones entre áreas culturales diferentes han operado en la dirección de un equilibrio entre la introducción de modelos importados y la supervivencia de las tradiciones locales.

Desde siempre hemos observados en la historia de la arquitectura cómo una reacción intensa y colectiva a la colonización artística ha contribuido al progreso de la cultura constructiva. La conciencia crítica, acompañada de la permanencia de los valores autóctonos, ha llevado a la formación de un lenguaje adecuado a las necesidades de la sociedad en un preciso contexto territorial. Caniggia nos propone el ejemplo sugerente de la adopción del gótico en ambiente florentino; aquí, la inclusión de los sistemas norte europeos se ha limitado a la escala ornamental, manteniendo la tradición plástica y masiva local; el renacimiento toscano surge a raíz de la estructuración coherente entre corrientes locales y costumbres generalizadas a nivel global. Es sugerente, pues, que en este caso no se hable de crisis, sino de revolución artística.

Es a partir de 1700 cuando los modelos exóticos provenientes de la cultura oriental empiezan a circular de manera absolutamente acrítica, alentando progresivamente una especie de desconfianza hacia el patrimonio de la cultura occidental y una consiguiente confusión comunicativa en la producción arquitectónica europea. Es el momento en que comienza la paulatina escisión entre la naturaleza del lenguaje artístico empleado y el objeto del mensaje que se quiere dirigir a la comunidad. Por decirlo en palabras de Caniggia, se rompe por primera vez el proceso tipológico espontáneo, que queda disimulado bajo “las componentes intencionales que el arquitecto añade a la obra”⁶.

⁶ Caniggia, G., Maffei, G. *Il progetto nell'edilizia di base*, Venezia: Marsilio Editori, 1984. Pág.32.

De estas observaciones deducimos la importancia del análisis de diferentes contextos culturales para comprender las modificaciones del tipo hospitalario.

Asimismo, veremos cómo estas modificaciones, progresan de manera lenta y discontinua en una era de bajo perfil tecnológico y tendente a la permanencia de las costumbres locales, por lo cual habrá que considerar intervalos temporales amplios para apreciar las dinámicas de cambio.



2.4 El tipo hospitalario

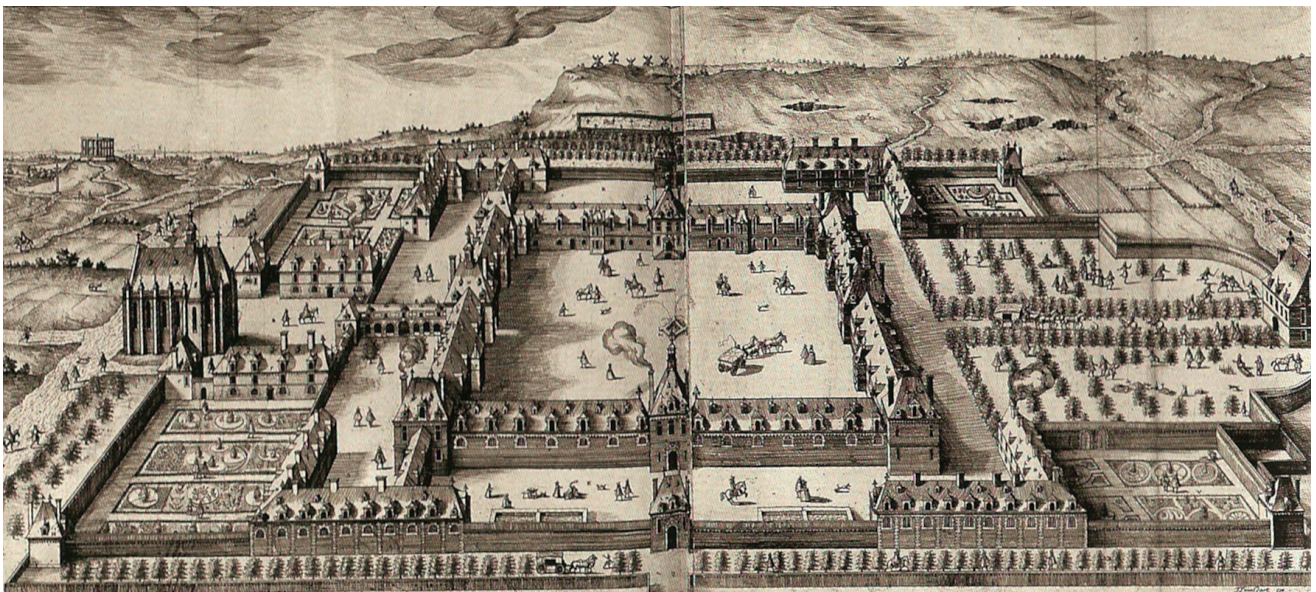
Veamos en este apartado en qué consiste el tipo hospitalario y qué caracterizaciones estructurales lo distinguen de otros servicios de que la ciudad dispone para la utilidad pública.

Un primer elemento que nos permite un acercamiento directo a la problemática de la arquitectura hospitalaria es su vocación funcional.

Según M. López y S. Romero “un hospital es la edificación o serie de edificaciones dedicadas a prestar una determinada forma de asistencia sanitaria. De ser una nave-depósito de enfermos y desamparados en la época de las cruzadas o una de las alas palaciegas en el Renacimiento, el hospital ha pasado a ser hoy en día uno de los edificios más complejos y tecnificados, una auténtica “máquina de curar” dominada por complejos sistemas de instalaciones y servicios técnicos”¹.

fig.2.17
Vista de pájaro
del Héopital de
Saint Louis, Paràis.
Bibliothèque
National de France.

1 López, M., Romero S., *Arquitectura hospitalaria*, en Boletín Académico de la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de A Coruña, n. 21, 1997. Pág. 31.



Esta definición, muy general, de los hospitales invita al investigador a una primera y fundamental reflexión de carácter teórico. No se puede hablar de unos servicios estáticos en relación a la encomienda funcional que caracteriza terminantemente el edificio, sino de un proceso de especialización funcional, continuamente cambiante y responsable de la evolución del proceso tipológico.

Así, el tipo hospitalario surge a raíz de una progresiva especialización de funciones genéricas referidas al amparo y cuidado de indigentes, creando paulatinamente las condiciones de singularidad necesarias para poder hablar de un filón tipológico independiente².

Deriva de ahí la necesidad de plantear un estudio de la historia de la actividad sanitaria y médico-terapéutica en sus diferentes fases históricas.

Sería pues posible, observando el creciente nivel de definición técnica de los servicios especiales, recorrer el desarrollo tipológico de los edificios de interés colectivo a la inversa, hasta alcanzar la génesis primitiva de cada tipo, coincidente con alguna forma residencial básica. Sin embargo, en el caso de la arquitectura especial clasificable por medio de la definición de filones tipológicos, el análisis suele detenerse en el momento en que en un preciso modelo se fija la matriz fundamental de la función específica.

Por ello, arrancamos nuestro análisis desde el momento en que la cultura médica se ha implantado, aunque de manera algo primitivo en los establecimientos hospitalarios, que en este momento mudan significativamente sus epítetos, distinguiéndose de los genéricos hospicios y casas para el amparo indiferenciado de todo tipo de necesitados.

Efectivamente, lo que se manifiesta como tecnificación de competencias básicas definidas por altos niveles de generalidad, puede que engendre identidades tipológicas autónomas durante el proceso de formación de los tipos.

Todo ello hace que modelos del mismo filón tipológico sean más

2 Los filones tipológicos son “categorías distintas de edificios especiales que se diferencian por el tipo de servicios a los que están destinados”. Maffei, G., Maffei M., *Lettura dell'edilizia speciale*, 2011. Pág. 27.



fácilmente comparables, aunque difieran por localización temporal y espacial, respecto a edificios coevos o geográficamente cercanos que pertenezca a una rama diferente de progreso funcional. De hecho, el tipo hospitalario resulta cómoda y rápidamente exportable ya en época antigua, quedando la caracterización local definida por medio de códigos lingüísticos peculiares más que por variaciones estructurales significativas.

Obviamente, el progreso funcional es motivado por el avance de las ciencias y por la transformación de los programas sociales como resultados de momentos de expansión económica y crecimiento demográfico. Por esta razón, el impulso de los cambios sufre una neta aceleración con el paso de la época preindustrial a la era de la industrialización en masa.

En la evolución de la tipología hospitalaria han influido tanto los avances en el ámbito de las ciencias naturales como el perfeccionamiento de las disciplinas sociales, lo cual motiva el hecho de que las mutaciones tipológicas significativas surjan en áreas que encabezan el progreso económico y político a nivel internacional y que varían a lo largo de los siglos.

En estos contextos se producen filiaciones tipológicas que tienden a mantener caracteres comunes con la matriz. Por ejemplo, en el caso de los hospitales observaremos cómo al pasar de la casa de cura genérica a los hospitales para incurables, se mantendrán los modelos antiguos pertenecientes a una misma categoría tipológica originaria.

El primer indicio en la evolución del tipo hospitalario es observable en el incremento de la complejidad compositiva y no únicamente en el crecimiento dimensional, si bien este también constituye un factor significativo.

Ocurre pues, que un modelo normalizado en un contexto con alta densidad de población se emplee en áreas menos pobladas con una necesaria adaptación escalar, manteniendo todos los atributos que definen el modelo matriz. Igualmente ocurre que la circulación intensa de modelos, así como la adopción de los mismos en enclaves culturalmente menos avanzados, determina la implantación de estructuras sobredimensionadas y desproporcionadas respecto a las exigencias reales del contexto.

Hemos observado cómo estas anomalías son una constantes del proceso evolutivo del tipo hospitalario, lo cual, si bien en ciertos momento determina una disfuncionalidad clara que se manifiesta en tiempos de ejecución interminables y en la imposibilidad de cumplir el programa planeado, por otra parte ha decretado una suerte de adelanto de las estructuras hospitalarias respecto a la previsión de crecimiento urbano, resultando conveniente en ocasión del repentino incremento de la demanda social. Este tipo de lógica ha justificado la permanencia de los recintos hospitalarios, motivada también por las dificultades intrínsecas en la obra de desmantelamiento de complejos de notables dimensiones. El hospital tiende a ocupar superficies extensas dentro del núcleo habitado, transformándose en una especie de recinto aparte, ciudad dentro de la ciudad.

Como hemos señalado, el nacimiento de un tipo especial está relacionado íntimamente al nivel de desarrollo civil, a las condiciones coyunturales, mientras que su normalización se debe al fenómeno de exportación e interpretación. En el momento en que el modelo se traslada a otra área geográfica, hablamos de variación diatópicas.; Estas variaciones contribuyen al perfeccionamiento del tipo. Sin embargo, podemos afirmar que este tipo de mecanismo resulta significativo en las épocas más recientes, cuando un eficiente sistema de comunicación ha permitido la exportación simultánea de los modelos en varios contextos, mientras que, para la primera época moderna, hablaremos más bien de variaciones diacrónicas en base a las interpretaciones locales de los modelos. Las modificaciones diatópicas son muy pocas veces sincrónicas, con la excepción de las experiencias que maduran en un contexto muy acotado donde sí es posible indicar una vivaz experimentación simultánea sobre el mismo tema funcional, compositivo y constructivo. Desde el momento en que estas variaciones dependen de un modelo inspirador, zonas limítrofes tendrán más características comunes que zonas lejanas en la que intervienen culturas arquitectónicas diferentes. Así, Milán y Roma tendrán una mayor continuidad tipológica que Roma y Santiago, y Santiago estará, a su vez, más ligada a Toledo etc.

Veamos ahora brevemente los elementos que caracterizan la tipología hospitalaria, los cuales nos servirán de referencia para el estudio de los modelos.

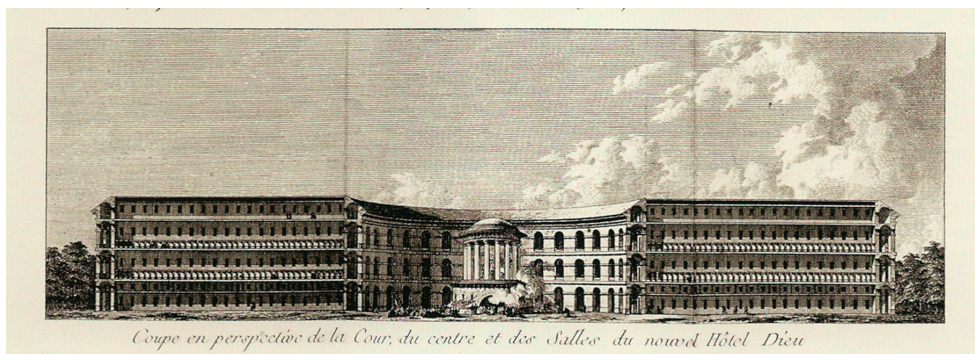


fig.2.18
 Proyecto del Héotel
 Dieu de París.
 B.Poyet, 1785.

En primer lugar, se trata de edificios seriales “en cuanto a que en su conformación prevalecen las componentes repetitivas del organismo edificatorio y, en su máximo desarrollo, en la seriación de las diferentes partes puede indicarse una jerarquía de algunos elementos, sobre todo en posición de ejes internos”³. En los establecimientos hospitalarios existe una concreta distinción entre las salas para la hospitalización de los enfermos, que tienden a repetirse de manera modular, y las dependencias para los servicios, integrados en un sistema de vinculación recíproca.

En segundo lugar, son edificios o complejos antipolares; la tendencia a la sucesiva gemación de los espacios y la relativa colmatación de las franjas intermedias exigen la ocupación de amplios solares, cuya elección depende también de sus características ambientales. En cada zona de implantación los complejos hospitalarios tienden a formar manzanas especializadas dentro del cuerpo urbano por crecimientos sucesivos.

El emplazamiento de los hospitales varía en relación al desarrollo de los conocimientos terapéuticos y la vocación funcional específica de los recintos. En todos los casos, la regla que subyace a las dinámicas de disposición de los equipamientos sanitarios depende del radio de acción de cada establecimiento, concepto que la moderna teoría urbanística ha definido como factor indispensable para la previsión y planeamiento de los servicios.

La ubicación de los complejos hospitalarios depende también de la lógica de explotación de sus espacios y está íntimamente

3 Maffei, G., Maffei M. *Lettura dell'edilizia speciale*, 2011. Pág. 41.

ligada al proceso de crecimiento modular de la ciudad. En general, la función hospitalaria tiende a ser expulsada hacia el exterior del conjunto metropolitano. Cuando los complejos monumentales que se encuentran englobados en el sector céntrico, mantienen la función sanitaria, procuran que se convierta el núcleo histórico de la institución para temas administrativos y de representación promocional. De esta manera se crea una precisa jerarquía de los organismos hospitalarios, diferentemente localizados dentro de la ciudad.

La índole de las relaciones que se instauran entre la ciudad y el hospital se reflejan en el ordenamiento interno de este, disponiendo un mecanismo complejo de recorridos y relaciones jerárquicas, que se complican al aumentar la especialización funcional. Estos recorridos internos pueden igualmente definirse en términos de nodalidad o antinodalidad, según modalidades compositivas que dependen también de las características orográficas de los solares.

Por lo que acabamos de relatar, podemos afirmar que la forma planimétrica de los complejos hospitalarios se define por interacción de módulos. Con este término no queremos aludir a las significaciones que se introducen en la cultura arquitectónica renacentista y que hacen referencia a una forma racional de componer el organismo edificatorio, sino al concepto de célula elemental de la cual derivan, por un fenómeno de multiplicación progresiva, los sistemas más articulados. Sin embargo, la complicación funcional del tipo conduce, en muchos casos, a la pérdida de las características estructurales de estos módulos, por lo cual se tiene que dar prioridad, en primera instancia, a una lectura orgánica y completa del objeto arquitectónico (*fig. 2.18*).

Finalmente, lo que permite definir las singularidades de los edificios hospitalarios es el estudio de las acepciones semánticas con las cuales los promotores quieren comunicar mensajes a la colectividad. Esta peculiaridad lingüística facilita la identificación de los complejos hospitalarios y condiciona en cada momento la acción de arquitectos y constructores, pues estos actúan en todo momento en una realidad que está subordinada a conceptos unitariamente asumidos por la sociedad y que se asocian a la figuración consolidada que el edificio ha adquirido en el tiempo, en

el imaginario mental colectivo⁴. La habilidad del arquitecto consiste en interpretar adecuadamente esta herencia conceptual, definiendo soluciones originales pero fácilmente comprensibles.

Para los hospitales hasta el siglo XIX, la complejidad de la expresión formal depende de la antinomia constitutiva inscrita en la voluntad comunicativa: si bien la caridad cristiana se propone como vector de todos los procedimientos prácticos que se llevan a cabo conjuntamente dentro de los recintos, la introducción desde una época muy temprana (ya desde el siglo XV) de programas de coerción social, de formación educacional, además de las instancias científico-terapéuticas y de representación política, han motivado una vivaz experimentación lingüística, extrayendo los motivos inspiradores de la manera artística de tipos especiales diferentes (palacios señoriales, complejos eclesiásticos y recintos universitarios) e integrándolos en una síntesis formal de lo más interesante y peculiar, cuya identificación, catalogación y caracterización se ha revelado como una tarea muy laboriosa para los investigadores y historiadores.

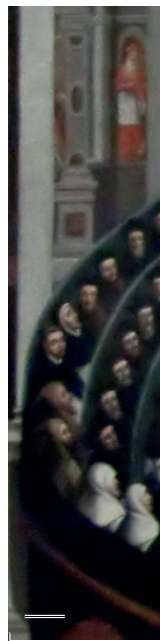
Programas funcionales, exigencias constructivas, motivaciones económicas y políticas, conductas sociales e intenciones artísticas interactúan de forma extremadamente compleja en los edificios hospitalarios históricos, difuminando en muchos casos el límite entre las prerrogativas de unos y los dispositivos de otras.

Descomponer cada una de estas piezas y descifrar la entidad de sus relaciones recíprocas es una labor minuciosa pero imprescindible para la comprensión global de las problemáticas de los edificios hospitalarios.

4 Maffei, G., Maffei M. *Lettura dell'edilizia speciale*, 2011. Pág. 63.

CAPITULO 3

*El proceso tipológico del hospital:
contexto histórico*



3.1 La evolución del marco jurídico-institucional de los hospitales hasta el Concilio de Trento

La falta de interés de la historiografía tradicional hacia la organización del sistema asistencial y la carencia de estudios específicos de la tipología hospitalaria antigua radica en la característica ambigüedad de las instituciones caritativas que, desde siempre, han encarnado el encuentro y el contraste entre el sentimiento religioso y las aspiraciones profanas y científicas.

Esta incongruencia atávica, que se remonta al sistema cultural de la Grecia antigua¹, resulta ser un asunto aún más problemático si es

1 En la Grecia antigua, no existían lugares organizados en concreto para la curación de los enfermos y, sin embargo, el historiador griego Pausania delinea un mapa muy cuidado de los templos de la salud dedicados al dios Asclepio, hijo de Apolo, cuyas cualidades eran σωτηρ (salvador) and ιατρος (curador). Las prácticas curativas se limitaban a las abluciones y al ayuno, y se completaban con el sacrificio al dios; terminadas las tareas religiosas, el paciente era trasladado a un lugar de descanso y confiado a la benevolencia de Hypnos, semidiós de la hipnosis; en la tranquilidad del sueño incubador y en el éxtasis de las visiones oníricas propiciadas por Oneiros, los enfermos intuían el milagro de la curación o, más prosaicamente, la autoridad

fig. 3.1
"El concilio de trento", retablo conservado en el castillo de Trento, Italia.



referido a una particular época histórica, la del *Quattrocento*, en la que el proceso general de laicización de la sociedad y el nacimiento de un nuevo concepto unitario y universal de arquitectura aflan las contradicciones entre anhelos místicos y propósitos terapéuticos.

El análisis etimológico nos da una primera idea de la antinomia propia de la tipología hospitalaria a lo largo de su lenta evolución histórica y de la complejidad de las características funcionales y formales a las que los modelos tipológicos tienen que responder: el término hospital, así como hospicio y hotel, derivan de las voces latinas *hospes*, *hospitalitas* que se refieren a la práctica caritativa individual de ofrecer amparo a los indigentes y asilo a los viandantes². En la cultura hebraica, el deber ético se transforma en precepto religioso y pasa, a través de la revolución cristiana, a permear la civilización occidental.

En el período paleocristiano, se asiste a un cambio sensible debido al desarrollo del pensamiento cristiano: el concepto de *hospitalitas*, conocido y practicado en época antigua, se eleva a fundamento ético, mandamiento universalmente válido de benevolencia hacia el *pauper infirmus*. Sin embargo, las primeras estructuras surgidas en respuesta al desarrollo de la nueva *caritas* cristiana, los *xenodochia*, resultan todavía tipológicamente poco caracterizados, limitándose a salas que surgían junto a los primeros edificios de culto.

El primer momento de rotura, no solo simbólica sino también a nivel jurídico y administrativo, con la tradición pagana precedente, ocurre con la legalización del culto romano por iniciativa del emperador Constantino en 313 d. C.: bajo la voluntad del novel obispado romano y gracias a las primeras donaciones de facultosas

del sacerdote a cuyo cuidado se abandonaban con un renovado positivismo.

2 En la antigua Roma, termas y gimnasios eran los lugares predispuestos al cuidado del cuerpo. Sólo en ámbito militar se asistió al nacimiento de una institución hospitalaria embrional: los valetudinaria, que surgen como clínicas de campaña, frecuentemente en el seno de la organización castrense, para la asistencia de los legionarios heridos; los restos arqueológicos permiten reconstruir organismos muy sencillos, de planta rectangular con patio en el eje. El desarrollo sucesivo se puede ya leer entre líneas en lo que a propósito de ello escribe el autor latino Columela en el *De Rustica*: la exigencia de un perfecto mantenimiento de las condiciones higiénicas de los valetudinaria responde a la finalidad de una utilización de los mismos, también en época de paz, para la asistencia a los esclavos en los grandes latifundios romanos; por lo tanto, también se puede hablar de un uso civil.

familias, las casas de curas se multiplican a partir de los comienzos del siglo VI, de tal manera que es ya posible individuar una cierta especialización funcional.

La primera mención de los *xenodochia* en ambiente institucional se hace durante el concilio de Nicea en el 325. El canon LXX establece que cada ciudad tenía la obligación de disponer un recovery destinado a la acogida y cura de los peregrinos enfermos, ubicado en un lugar aislado y custodiado por un monje.

Como señala Emilio Nasalli Rocca, es gracias a la institucionalización de su postura política ante la autoridad civil que la iglesia puede empezar las tareas de reglamentación de las instituciones benéficas y sentar las bases para la formulación de un corpus jurídico en materia asistencial y, aunque a nivel embrional, en temas de política sanitaria, en los cuales además no faltarán la participación e intromisión del Estado como garante de poder público.

Durante largo tiempo, los historiadores han infravalorado la implicación de las fuerzas civiles en la cuestión caritativa, lo cual, desde nuestro punto de vista, ha creado ciertas rigideces críticas, muy a menudo contrastantes, a la hora de explicar las enérgicas iniciativas laicas del siglo XV. Si bien es indiscutible que, desde el punto de vista puramente normativo, hay que apelar principalmente a las doctrinas del derecho canónico para entender las naturaleza de los hospitales en su génesis institucional, asimismo habrá que considerar las copiosas disposiciones civiles como signo de un arraigado interés de la sociedad civil o de los grupos más eruditos de ella, hacia el problema de la beneficencia, sea esta propósito moral o más bien estrategia política. Estos preceptos, si bien no vinculantes a nivel legislativos, tendrán muchas repercusiones en la edad moderna en el proceso de concentración de las instituciones hospitalarias, e igualmente se desarrollarán en todo el territorio europeo aunque en medida y según modalidades distintas.

El Códex Justiniano, publicado en Constantinopla en 529 d. C., recoge una serie de disposiciones dictadas por los emperadores de los siglos V y VI en materia de administración de hospitales: pues los nosocomios, desde su desarrollo inicial, aparecen, en cierto modo, como una parte distinta y peculiar del patrimonio eclesiástico,



Fig.3.2
Código Justiniano.
Bibliothèque
Nationale de France.
Principio del siglo
XIV.

aunque dependan de la tutela administrativa y religiosa del obispo. Dice J. Imbert: “en primer lugar, los tratamientos terapéuticos [...] dispensados a los enfermos, otra cosa no son sino una manera de curar el alma; por otro lado el obispo, que hubo un papel decisivo en la organización de las diaconías y de los primeros hospitales, mantendrá siempre entre sus ministerios la posibilidad de elección a nivel jurídico y administrativo en la estructuras caritativas por lo menos durante la época de la baja Edad media”.

La legislación justiniana se preocupa de señalar la autonomía de las instituciones asistenciales en general y de las casas de cura en particular, respecto a los centros religiosos (abadías, conventos, parroquias etc.), concediendo privilegios jurídicos y exenciones fiscales y tutelando la capacidad decisional y los intereses de estos entes frente al poder episcopal. Esta postura, en una realidad fuertemente permeada de una simbiosis entre derecho civil y religioso, entre poder temporal y potestad eclesiástica, no puede más que caracterizarse por su conducta sutil, por su actitud cómplice, siempre atenta a las consecuencias que pudo tener y de hecho tuvo en los delicados equilibrios diplomáticos y en los juegos de poder³. En la constante obra de vigilancia de los cometidos de los administradores

³ Imbert, J. *Hôpitaux de France*, 1986. Pág. 11.

⁴ De hecho hubo una convergencia de intentos entre la legislación imperial y las disposiciones conciliares para ciertos preceptos jurisdiccional como la inalienabilidad del patrimonio hospitalario, por lo cual se prohíben ventas, permutas, enfiteusis o cualquier tipo de actividad lucrativa a título personal del rector, de los administradores, o de las familias hospitalarias que se amparan en las casas de acogida y de cura.

de los hospitales se denota la intención del legislador imperial de limitar el control directo por parte de la iglesia, competencia que el mismo poder eclesiástico se preocupará constantemente de afirmar en su derecho constitucional. Por otra parte, se exhorta a los administradores para que incrementen las rentas de los hospitales, concediendo el derecho de rechazar las donaciones consideradas no beneficiosas. Estas disposiciones nos dan una primera idea de cómo las instituciones de beneficencia y los hospitales en particular, se desarrollaron como contenedores de un superávit financiero, lo cual será motivo de controversias y conflictos, pero también impulsará aquel programa de reforma que se refleja primeramente en el salto tipológico del siglo XV.

El hospital nace como *locus religiosus*. Su fundación a nivel jurídico es mencionada entre las causas pías, de manera que sus bienes resulten invendibles e inalienables, si no es a través de numerosas y complicadas actas formales: así mismo, la destinación de fondos económicos dispuestos por el benefactor tiene que ser respetada *ad aeternum*. Además, las instituciones benéficas estaban exoneradas del pago de impuestos ordinarios y extraordinarios y podían estar relacionadas con pequeñas fábricas para la producción de alimentos primarios⁵.

Por lo tanto, ya la caracterización de las primeras instituciones hospitalarias implicaba un singular contraste entre los conceptos religiosos y las exigencias de una administración en parte laica como precaución para evitar que se dilapidaran los ingentes bienes a causa de una gestión perjudicial de estas complejas estructuras. Sin embargo, hay que remarcar que, en época antigua, la mayoría de los lugares de cura no están sujetos a ninguna reglamentación oficial; más bien se dejan a merced de la iniciativa privada de los benefactores. El hecho de que esta libertad jurídica se mantenga

5 El régimen jurídico de las rentas que las instituciones benéficas van acumulando desde las organizaciones de las diaconías, se funda en el concepto de “la caridad espontánea, y paralelamente de exclusión de cual sea forma de comunismo que en su espíritu mortifica (...) la forma voluntaria, merecedora de esta virtud moral”. Véase Emilio Nasalli Rocca, *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, 1956. Pág. 32.

6 El historiador francés Jean Imbert nos informa que en la sala hospitalaria del complejo conventual de Angers en Francia se producía vino en notables cantidad. Imbert, J., Op. cit.

inalterada por lo menos hasta que la dirección del sistema sanitario pase a manos del estado social, se explica por una sencilla razón de carácter económico: la iglesia, haciéndose voluntariamente cargo del delicado problema de la *sanidad*, alivia notablemente el peso pecuniario de las tesorerías estatales. Por otro lado, la contrapartida de este sistema exige que se aseguren donaciones económicas regulares, tanto por importe como por periodicidad.

Debidos a diferentes causas políticas, entre ellas las migraciones germánicas, entre los siglos V y VII se multiplican las instituciones hospitalarias, concentrándose sobre todo en territorio francés. Sucesivamente, la guerra contra el reino de Al-Ándalus y la crisis económica y política que siguieron arrastrando en todo occidente las categorías sociales más pobres, impuso un freno al desarrollo del sistema asistencial. Será gracias al interés del emperador Carlomagno que se avanzará un nuevo programa para que las antiguas instituciones hospitalarias recuperen el esplendor perdido. Sin embargo, entre los siglos IX y X no tenemos noticia de donaciones ingentes a hospitales ni de fundaciones de nuevos nosocomios.

La legislación de los capitulares carolingios en lo que concierne a la asistencia, cuyo impacto fue relevante sobre todo en Francia⁷, se inspira en los estatutos de época imperial, introduciendo muy pocas variaciones estructurales y actúa en la dirección de un sustancial acuerdo entre poder religioso y civil. Aunque su labor reformadora pueda calificarse de blanda si se compara a sus predecesores, las fuentes carolingias resultan interesantes por las propias características compositivas, ya que asistimos a un gradual abandono del término genérico xenodoquia en favor de una

7 A esta época se remonta probablemente la primera fundación del Hôtel Dieu de Paris por voluntad de Saint Landry. Imbert, Op. cit.

8 A este propósito hay que abrir un paréntesis de orden metodológico. En nuestro estudio quisimos presentar el proceso evolutivo de una peculiar tipología hospitalaria, considerando las aportaciones que cada experiencia singular pudo ofrecer al panorama común que, efectivamente, funcionó de cuadro de referencia. Desarrollando la investigación, nos dimos cuenta de que es lícito hablar de caracteres universales que es posible exportar y que, de hecho, se exportaron, teniendo consecuencias a veces dispares en ciertos contextos históricos y geográficos y que fueron responsables de las singularidades de cada "ensayo" anclado a este universo de práctica colectiva. El hacer referencia a una escala local, como es el caso de la legislación francesa, responde a una aproximación de carácter comparativo que es la base epistemológica de nuestro estudio.

terminología más conscientemente moderna. Consideramos que este cambio lingüístico, especialmente en ámbito burocrático, más allá de la cuestión puramente filológica, sobrentiende una evolución de carácter funcional de las casas de beneficencia: los términos hospital y hospicio entran a formar parte del lenguaje común, estrenando una trayectoria de desarrollo de los hospitales como lugares específicamente pensados para el cuidado de los enfermos, que tendrá sus mayores logros entre finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX. Por otra parte, los documentos de época carolingia parecen querer marcar la preeminencia de la voluntad estatal sobre las competencias de la autoridad religiosa. Nasalli Rocca habla incluso de tono amenazador y así tenían que sonar para la Iglesia las sentencias del 793: “administren virtuosamente los rectores sus hospitales y sino dejen el cargo a quienes plazca a Dios o al Rey”. Además, el mismo Rey prescribe la obligación para abades y obispos de renovar los antiguos hospitales que necesitaran reformas y se les incita a fundar nuevos hospicios⁹.

A partir del siglo XI, un fuerte incremento demográfico, además de las necesidades de asistencia aumentadas por la aparición de nueva enfermedades y por el difundirse de terribles epidemias, conduce a una nueva intensificación de las actividades asistenciales. Durante un largo tiempo, estas tareas ocupan los espacios dispuestos dentro de los recintos monásticos.

En el alto Medioevo, las famosas palabras de San Benedicto¹⁰ hacen de la asistencia a los enfermos una obligación imprescindible del monje. Los enfermos, categoría que incluía a cualquier individuo indigente en el cuerpo o en el espíritu, eran asistidos en las abadías, diseminadas en el campo o en las ciudades, cerca de los nuevos complejos parroquiales.

Del 829 es un famoso documento donde se reproduce el plano

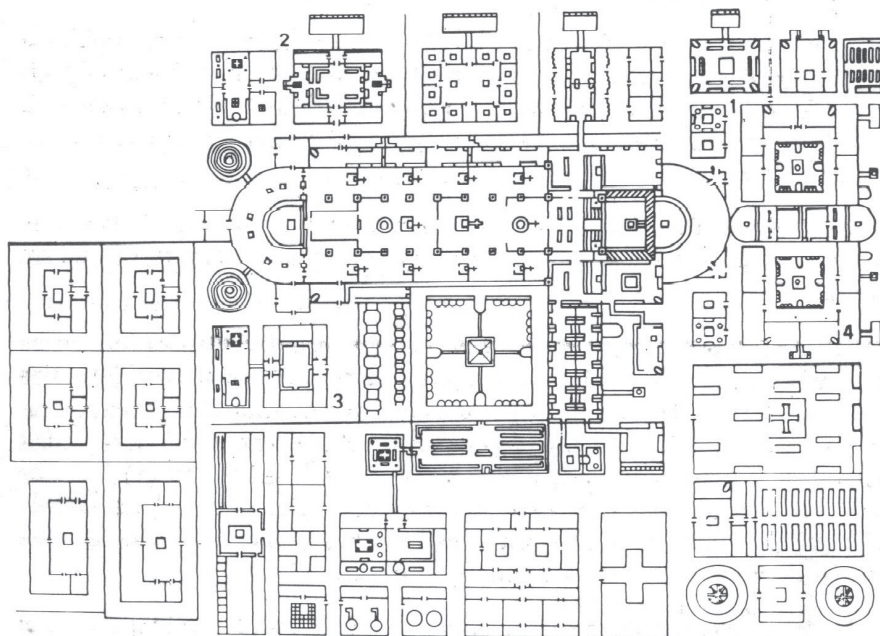
9 Norma presente en el Capitular itálico del rey Pepino. Viora M., Enciclopedia Treccani, 1930.

10 En la Regula Benedicti se afirma “[...]prima di tutto e sopra tutto bisogna curare l’assistenza agli infermi, dimodoché si serva a loro proprio come a Cristo in persona, poiché egli ha detto: ‘Ero malato e mi avete visitato’ e ‘ciò che avete fatto a uno di questi piccoli, lo avete fatto a me’. D’altra parte però i malati tengano presente che vengono curati per onore a Dio e quindi non impazientiscano i monaci che li servono con le loro pretese; essi ad ogni modo devono essere sopportati pazientemente poiché per mezzo loro si guadagna una ricompensa maggiore”.

ideal de San Gallo en Suiza. La organización funcional está ya claramente definida, con las habitaciones para los peregrinos al sur de la ábside, una casa de acogida para los huéspedes notables al norte, la enfermería para los enfermos y los monjes ancianos, con una capilla y un patio de propia pertenencia, desplazado al límite oriental del complejo. La abadía de San Gallo poseía, además, un jardín-huerta para el cultivo de las hierbas medicinales y una sala dotada de un *armarium* donde se custodian los medicamentos y los libros de medicina.

De hecho, los monasterios fueron centros importantes de cultura médica: los monjes no sólo se empeñaron en una minuciosa labor de traducción de los textos antiguos y de las obras maestras de los filósofos árabes, sino que también fueron vivaces experimentadores de nuevas curas.

Varias ordenes monásticas se dedicaron con particular dedición al problema de la asistencia: el sentimiento de filantropía incondicional que animó la doctrina católica durante la Edad Media, con la repetida imagen del Cristo vagabundo y doliente, impulsó la creación de cofradías, hermandades, ordenes militares cuya tarea principal era el acudimiento de los peregrinos y enfermos. Estas comunidades se preocuparon, además, del mantenimiento de los sistemas de comunicaciones terrestres, soldando durante largo tiempo el binomio entre asistencia y reocupación antrópica del territorio. La importancia política que estas órdenes adquirieron como consecuencia de las campañas de las cruzadas por su apoyo militar y estratégico, hizo que prosperaran como realidades singulares, fuertes con un amplio margen de autonomía decisional y jurisdiccional, con considerables privilegios políticos y económicos y una gran consideración por parte del poder eclesiástico central de la cátedra de Roma. El progresivo decaimiento de las órdenes hospitalarias medievales fue debido, por una parte, al sensible cambio de las condiciones políticas y de los equilibrios entre poder religioso y temporal y, por la otra, a la evolución de la conciencia social en el ámbito de la asistencia pública. Por lo tanto, si bien es cierto que las soluciones arquitectónicas planteadas en los hospitales dispuestos por estas comunidades resultan todavía ancladas en la tipología conventual, con muy pocas variaciones estructurales, sin embargo sus peculiaridades en la gestión administrativa y burocrática



les harán pioneros para las futuras experiencias asistenciales y, particularmente, para los temas de derecho hospitalario¹¹. Es más, lo que nos parece especialmente sugerente en relación a las fundaciones de las órdenes hospitalarias, medievales y también renacentistas, es la contribución que aportaron al nacimiento de un sistema europeo de beneficencia, y, como se atreven a decir algunos autores, al desarrollo de un sentimiento europeísta¹².

fig.3.3
Reconstrucción ideal
de la planta del
Monasterio de San
Gallo (Suiza).

La reforma de las órdenes monásticas alteró de manera sensible esta hegemonía en el campo de la investigación sanitaria: si bien la revisión cluniacense establecía una valorización de la medicina tal que hacía del monje médico una figura profesional diferenciada respecto a la ética monacal, la transformación cisterciense predijo

11 Cavalieri di Altopascio, Orden jerosolomitano, Orden de Santo Espirito, bibliografía y referencia a las excavaciones arqueológicas para el conocimiento de estas antiguas estructuras. Spicciani, A., *L'ospedale lucchese di Altopascio. Storia economica e finanziaria nei secoli XI-XII*. Firenze: Ets, 2006.

12 Para las relaciones entre cruzadas, órdenes militares, hospitales y cultura europea véanse las actas del congreso de Parma *Itinerari medievali e identità europea. atti del Congresso internazionale. Parma, 27-28 febbraio*. 1998.

un desinterés total hacia las ciencias y las prácticas curativas, a la par que hacia las ciencias humanas, anteponiendo a ellas las virtudes de la humildad y de lo esencial.

Estas tendencias culminaron en el bienio 1131-32 con los sínodos de Clermont y de Reims que introdujeron la prohibición absoluta para los monjes de practicar la medicina o de dedicarse a su estudio, tanto dentro como fuera de los monasterios.

Asistimos, pues, a un cambio cultural profundo en la aproximación a la problemática de las actividades asistenciales. Varios historiadores se han preguntado si es plausible – y en qué medida – hablar de laicización del universo científico anticipada respecto a la revolución general, ocurrida con la cultura humanista del siglo XV. Sin duda, resulta particularmente arduo avanzar una hipótesis cronológica válida que individúe con absoluta certidumbre el comienzo de una postura científica y terapéutica laica y moderna.

En primer lugar, existe una cierta disparidad a nivel político-social y geográfico, por lo que este estudio obliga, en la reconstrucción del proceso de crecimiento del hospital como entidad de carácter jurídico e institucional, a delimitar algunas realidades que, finalmente, puedan definirse como casos excepcionales dentro de un aparente *continuum* histórico caracterizado por reglas similares de desarrollo del sistema asistencial en la extensa área cultural que constituye la Europa católica.

En efecto, ya en el año 1090, tenemos noticia de una primera donación hecha para el *xenodoquium* y hospital de la iglesia madre de Santa María en Siena. De este documento se deduce una importante distinción entre el edificio de culto y sus dependencias con fines asistenciales específicos; además, se separan los conceptos de hospicio y hospital. Es interesante notar cómo la variante lingüística utilizada en un documento oficial puede leerse como una brecha en aquel sistema funcional indiferenciado que es el hospital medieval o cómo una singular toma de consciencia por parte de aquellos que, de distintas maneras, toman parte en su vida. Sin embargo, hay que señalar que aquella donación se refiere al *xenodoquium* que se situaba

todavía en los espacios predispuestos en el recinto de la catedral. En 1148, la canónica compra su primera casa en frente de la Catedral, mientras que hay que esperar al 1186, para que, en la bula de Papa Urbano III, se mencione el desplazamiento del hospicio “ante gradus ecclesiae”. Paralelamente al traslado del instituto asistencial, se asiste a una primera intromisión de una entidad laica en los derechos eclesiásticos de la gestión administrativa y financiera del ente senés. El pretexto para una nueva definición jurídica del hospital es la disputa que estalla entre el capítulo religioso y los hombres del hospital por un asunto de carácter patrimonial. Alrededor del 1195, el hospital se dota de un primer marco institucional, definiendo unas figuras predispuesta para representar de manera independiente los intereses de la comunidad hospitalaria en sede política ante la parroquia y el gobierno civil.

Más allá de algunos casos paradigmáticos cuyo análisis no deja de despertar nuestro interés, podemos afirmar que es la acción conciliar el instrumento más directo utilizado para el control y reglamentación de los hospitales y de los institutos asistenciales, por lo menos hasta el culmen de la baja Edad Media, cuando el dinamismo del ejercicio laico empieza a cobrar cierto vigor. Los asuntos asistenciales y sanitarios van tomando cada vez más importancia y aparecen con mayor fuerza en los textos oficiales de los concilios ecuménicos: las normas dictadas por Clemente V durante el Concilio de Viena de 1311, si bien por una parte marcan la necesidad de una normas claras y transparentes para evitar la mala gestión de los hospitales, por otra cristalizan el derecho de la ingerencia episcopal en materia asistencial, independientemente de que se trate de instituciones laicas, religiosas, comunales etc. Las prerrogativas ratificadas en el sínodo vienés permearán las disciplinas del derecho hospitalario al menos hasta finales del siglo XVIII, junto con las continuas querellas por la dilapidación de las ingentes rentas acumuladas por las instituciones eclesiásticas en la labor de auxilio a pobres y enfermos¹³.

13 Toda la tradición legislativa de la Baja Edad Media en tema de asistencia está recogida en la Constitución promulgada por Clemente V en 1313. Este corpus jurídico-legal, que inspirará toda la sucesiva actividad constitucional de la Iglesia, ratificada en el Concilio de Trento, se articula en algunos punto fundamentales:

-Conservación del derecho episcopal sobre hospitales e instituciones benéficas.

Además, la circulación de elementos europeos debida, por una parte, al auge de los peregrinajes a grandes distancias y, por otra, al fermento comercial de los siglos X-XIII, dio un fuerte empuje a la renovación de los centros hospitalarios y del sistema sanitario. Se asiste a un progresivo y definitivo declive de los hospitales episcopales y a la multiplicación de hospitales locales, sobre todo en áreas geográficamente estratégicas, en los que intervienen de manera conjunta, directa o indirectamente, los sujetos protagonistas del nuevo orden social: la autoridad religiosa (en las personas de los obispos o directamente en el albedrío papal), las fuerzas laicas (los señores locales, las cofradías, las corporaciones y gremios etc.) y el gobierno civil (las autoridades comunales, las señorías, el Rey etc.).

L. Sandri¹⁴ afirma que, ya a principios del siglo XV, podía darse por concluido el proceso de laicización de las estructuras hospitalarias. Por otro lado, F. Albini¹⁵ rechaza perentoriamente esta tesis, individuando en su aproximación una visión bastante reductiva respecto a la clara permanencia en la sociedad del siglo XV de un sentimiento religioso vivo y totalizante que implica varios ámbitos de la actividad humana.

Las dos posiciones, aparentemente contradictorias, resultan ser ambas validas si son reconducidas a un análisis general no mermado por prejuicios de carácter histórico o metodológico. Nos unimos al juicio que, hace ya mucho tiempo, Emilio Nasalli Rocca avanzaba para estas cuestiones:

“Antes de todo, la discusión sobre la supremacía del elemento laico o eclesiástico aparece anacrónica, ya que vemos en los hospitales medievales elementos casi siempre eficientes que no pertenecen a la orden sacerdotal y, al mismo tiempo, casi nunca encontramos verdaderos laicos en el sentido actual del

-
- Reformas de los establecimientos existentes.
 - Vigilancia sobre la conducta moral de los administradores y de la familia hospitalaria.
 - Limitación de las exenciones fiscales y de los privilegios jurídicos a favor de los hospitales.
 - Conservación de los derechos sacramentales (concesión de iglesia y cementerio para los frailes y hospitalizados).
 - Exclusión de los establecimientos de las órdenes hospitalarias.

14 Véase L. Sandri, *Aspetti dell'assistenza ospedaliera a Firenze nel XV secolo*. 1990.

15 Se confronte F. Albini, *Carità e governo delle povertà: secoli XII – XV*. 2002.

término, en cuanto todos los hospitales son considerados por sus fines como obras pías (...), sujetos a la legislación eclesiástica más o menos centralizada”¹⁶.

La misma diatriba de carácter cronológico sobre la participación laica en la administración del fenómeno asistencial parece ociosa, analizando los estatutos de los establecimientos hospitalarios que, a partir del siglo XIII, van surgiendo en muchos núcleos en pleno desarrollo urbano. Según estas fuentes (hacemos referencia a los Estatuto Milaneses del Hospital del Brolo, a los de Siena, Pisa, Pistoia etc.), el director de los institutos, nombrado de diversas formas con los términos magíster, rector, prior etc., puede ser elegido indistintamente entre personalidades laicas o religiosas. A él se atribuyen amplios poderes; su cometido dentro de la institución es extremadamente activo, sus responsabilidades considerables, lo que le otorga prestigio también fuera de la *domus* hospitalaria. A él se van sumando, ya durante la Baja Edad Media, varios operadores cada vez más especializados como cirujanos, barberos, garzones, boticarios etc.

A este propósito resulta útil abrir un breve paréntesis para lo que concierne al estudio de la actividad médica durante la Edad Media. En general, se puede afirmar que el sistema terapéutico antiguo era, en gran parte, inadecuado a las necesidades reales de la sociedad; sin embargo, hay que hacer una distinción precisa entre una Alta Edad Media, caracterizada por una carencia casi total de médicos, en la que las curas estaban relegadas al ámbito monástico y a las creencias populares y una Baja Edad Media, desde el siglo XII en adelante, época en la cual se conoce un cierto desarrollo de la ciencia médica y, en consecuencia, se denota una presencia significativa de personal sanitario¹⁷.

En las Universidades se educan nuevas figuras profesionales instruidas sobre los textos clásicos y árabes. Estos médicos noveles no rechazan las posibilidades de la curación milagrosa, aunque no participen de los preceptos de la medicina *baja*, es decir la medicina que no se sustenta sobre juicios puramente científicos. Es más,

16 Emilio Nasalli Rocca, Op. cit., Pág. 84.

17 Dentro de esta realidad sigue existiendo una sensible diferencia entre los núcleos urbanos y las afueras campesinas, para las cuales la situación cambia de manera evidente. Li Calzi, E. *Per una storia dell'architettura ospedaliera*, 2002.

durante mucho tiempo las actividades terapéuticas quedaron sometidas a la total confianza en la misericordia y potencia divina¹⁸. Esta actitud desmoralizadora se agota progresivamente por dos causas discriminantes:

- El avance de la investigación científica;
- La firme decisión por parte de las instituciones eclesíásticas de dar preponderancia a las actividades propiamente espirituales.

Sin embargo, las nuevas tendencias *racionalistas* se inspiran de igual manera en los textos sagrados y en los mandamientos religiosos. Esto significa que no cambian las referencias culturales, sino las maneras de referirse a ellas¹⁹. Es esta – a partir del siglo XII – la época del desarrollo de la clase mercantil, pero también del auge de la carismática orden franciscana que, si bien revaloriza el sufrimiento como camino de acercamiento a Dios, así mismo descubre el valor del cuerpo como don divino, y predica la cura y la salvaguardia de la salud.

Motivaciones de carácter cultural y modificaciones de la estructura social están, sin duda, en la base de los complejos procesos de concentración hospitalaria del siglo XV a los cuales se dedicará un capítulo específico, dada la envergadura de la cuestión y los efectos que tuvo, no sólo en la organización administrativa de los hospitales, en la regulación y estructuración de la cuestión caritativa y de las políticas sanitarias, sino también por las consecuencias que comportó en la evolución arquitectónica y funcional de los establecimientos. Sin embargo, aquí interesa señalar el significado jurídico que supuso el proceso de renovación del marco institucional de las casas de cura y acogida. En primer lugar, hay que destacar la mayor coherencia en la organización estatutaria de los establecimientos, con un interés particular en las cuestiones técnico-terapéuticas y un gradual alejamiento de todos los asuntos que sobresalían de ellas y que se mantenían vinculantes por razones meramente burocráticas

18 De hecho las actividades de asistencia se inspiran en el versículo 26 del capítulo XV del Éxodo que recita: “Porque yo soy Jehová, tu sanador”.

19 La nueva referencia bíblica está contenida en el Eclesiastés capítulo XVIII, versículo 1: “Da al médico, por sus servicios, los honores que merece, que también a él le creó el Señor”.

ligadas a las voluntades de los fundadores (las cuales, en muchos casos, resultaban incluso obsoletas). En segundo lugar, la mayor complejidad en los organismos directivos, con la introducción de la práctica de la comienda en la gestión de los más altos encargos, permite detener algunas deletéreas prácticas de malversación ligadas al gobierno monopolístico en manos de una persona²⁰. El efecto más directo es una mayor participación de la ciudadanía en las políticas asistenciales a través de los organismos civiles, representantes de una colectividad cada vez más compleja y articulada.

Desde la perspectiva histórico-social que nos atañe, dos puntos nos parecen particularmente interesantes:

- el Hospital Grande, Real, Mayor es, en términos constitucionales, una entidad nueva, fruto de una evolución lenta y que mantendrá su naturaleza jurídica durante aproximadamente tres siglos, con alteraciones modestas. Las mismas indicaciones del Concilio de Trento serán más de carácter moral que no prácticamente estatutarias.
- las nuevas fundaciones tienen un carácter urbano; su constitución es íntimamente pública y su naturaleza colegial y civil, como señala, además, el cambio en su colocación topográfica y en las dedicaciones.

Hemos señalado cómo varios documentos relativos a los concilios y a las constituciones públicas de la época medieval nos informan de la fundación de hospitales por parte de privados laicos o seculares, los cuales muy a menudo se hacían responsables del mal estado de las cuentas. Esto, desde siempre ha obligado al alto clero a disponer una serie de normas para que los obispos, como delegados apostólicos, vigilaran que en los hospitales se tuviera una conducta acorde con los cánones morales y religiosos de la vida monacal asociada (con la obligación entre otras de vestir el “hábito”) y se presentaran periódicamente los informes de las cuentas y los inventarios actualizados de los bienes. Esta postura, que se remonta

20 En Milán, por ejemplo, con la reforma de 1458 se introduce la forma colegial y mientras que el rol de los diputados y especialmente del Magister resulta ser más activo, más contundente, por otra parte se limitan mucho sus poderes con un mandato muy breve, como media de un año. Albini, G, *Guerra, fame e peste...*, 1982.

a la legislación imperial, inspira también las disposiciones del Concilio de Trento, con el que se cristaliza una larga tradición jurídica y constitucional y se ponen los cimientos del futuro del derecho canónico en materia asistencial. Efectivamente, el clima de descontento que se había difundido a finales del siglo XV, enfatizado por la circulación de las ideas reformistas, hacía imprescindible una revisión de los contenidos doctrinales del pensamiento católico también en lo que afectaba a los asuntos de la caridad y de la beneficencia.

En este periodo se abren dos caminos, en muchos aspectos antagónicos, que tendrán secuelas importantes en la futura organización de la sanidad pública en Europa y condicionarán, asimismo, las alternativas en el desarrollo arquitectónico y tecnológico de los edificios levantados para tal fin:

En Alemania, Inglaterra y, por lo general, en Europa del Norte, la adhesión completa a las doctrinas protestantes impulsó una rápida laicización de las casas de cura. El juicio de los historiadores sobre las estrategias adoptadas por las autoridades estatales es algo contradictorio. En principio se asistió a un decaimiento general de las instituciones asistenciales arrebatadas a iglesias y monasterios. Sin embargo, esta situación (que tuvo sus propias excepciones) evolucionó a lo largo de dos siglos tanto que ya a principios del siglo XVIII muchos países de Europa continental y del Reino Unido resultaban muy avanzados respecto a los del ámbito mediterráneo por sus conocimientos técnicos y científicos en temas de medicina y sanidad.

Ateniendo las invocaciones de una reforma disciplinar, reclamada por el mundo católico en un clima de agitación general, la Iglesia católica intentará, con el concilio tridentino, constituir un nuevo ordenamiento jurídico unitario, con el objetivo de conformar de modo unívoco todas las estrategias políticas en materia asistencial en los países del área mediterránea y afirmar definitivamente su derecho constitucional sobre hospitales y casas de beneficencia. Esta actitud tuvo réplicas muy diferentes en relación con las características de cada Estado donde se llevó a cabo: en Italia y España, que habían mostrado una tradicional obediencia y lealtad al poder de Roma, la ingerencia papal encontró fácil consentimiento, comprometiéndose

a tutelar las tradiciones autonómicas de las antiguas fundaciones hospitalarias. Contrariamente, en Francia, país dirigido por una monarquía muy fuerte y socialmente arraigada, las instituciones eclesiásticas se enfrentaron a una maniobra de resistencia tenaz por parte gobierno civil por el control y la gestión de la caridad pública.

La filosofía que inspiró las disposiciones tomadas durante el Concilio de Trento no puede ciertamente definirse como original; su mérito está en el esfuerzo legislativo, queriendo dotar de una firme base de derecho a muchas cuestiones disciplinares que hasta entonces habían sido regulada a través de edictos esporádicos y, por lo complejo, incapaces de acompañar las exigencias reales de la instituciones. Este corpus incoherente de disposiciones, muchas de las cuales eran de carácter local, había incluso alimentado la conducta fraudulenta de muchos administradores y justificado las continuas malversaciones en perjuicio de los enfermos y del prestigio de los organismos de beneficencia. Las visitas periódicas a los hospitales delegadas a los obispos o a sus representantes se reafirman, a través de una clara normalización jurídica, como el instrumento esencial de control por parte de las comisiones episcopales. Nasalli Rocca sintetiza de manera muy incisiva los principios que están en la base de las normas tridentinas:

“El espíritu de estas normas es claro: neto control de los obispos sobre las administraciones, obbligo de efectiva hospitalidad, admisión por fin pacífica y no contrastada de los laicos, disponibilidad de conversión y reconocimiento de la protección soberana, superación de antiguas exenciones, denuncia de viejas costumbres y de los privilegios contra legem, pero también escrupuloso respeto (...) de la voluntad de los fundadores, siempre que esta fuese claramente expresa en estatutos constitucionales (...)”²¹.

La Edad Media tiende cada vez más a conquistar una idea de cura del cuerpo distinta de la cura del alma. La centralidad de la doctrina cristiana permanece también cuando se asiste a una completa especialización de las estructuras hospitalarias administradas por personal laico. El convencimiento de la imposibilidad de aliviar las penas del cuerpo sin curar los tormentos del alma, explica la

21 Emilio Nasalli Rocca, Op. cit., Pág. 133.

estrecha conexión entre religiosidad, caridad, asistencia y medicina; por otro lado, las creencias espirituales justifican la dificultad que la instituciones asistenciales encuentran en distinguir entre debilidad (el peregrino), pobreza (el indigente), e indisposición física (el enfermo).

En el momento en que, gracias a un avance general de la sociedad, se desvanece esta confusión metodológica, se percibe la exigencia de pensar en una nueva configuración arquitectónica que encarne también a nivel de trazados y de volumetría la nueva escala de prioridades del instituto hospitalario. El cambio cultural comporta un cambio de los modelos tipológicos y, por lo tanto, de las tecnologías empleadas para darles forma.

3.2 La peste de 1348 y sus consecuencias sociales.

La “Muerte Negra” que arrasó toda Europa a partir de 1347, traída de Oriente y establecida en occidente como endémica, fue causa de fenómenos pandémicos cuya continuidad a lo largo de cinco siglos hizo que se transformaran en una presencia familiar, aunque temida. Esta presencia obstinada y persistente, así como las altas tasas de mortandad² que supuso, obligó a las fuerzas que administraban el territorio a enfrentarse a nuevos problemas de carácter sanitario y social, impulsando cambios muy significativos. Veremos cómo la crisis impuso toda una serie de nuevas políticas urbanas y contribuyó a definir los presupuestos históricos para el desarrollo de los centros renacentistas.

1 Para una historia de los brotes epidémicos en Occidente desde la antigüedad hasta nuestros días véase Benedictow, O. J., *La peste negra (1346-1353) : la historia completa*, Barcelona: Akal, 2011.

2 En las últimas décadas han sido publicados muchos interesantes estudios sobre el impacto que la peste tuvo en el andamiaje de los coeficientes demográficos; todas estas investigaciones, si bien señalan la dificultad de definir unos parámetros estadísticos precisos, concuerdan en que en Europa falleció cerca de 1/3 de la población.

fig.3.4
Danza Macabra.
Fresco exterior de la
fachada de la Iglesia
de San Vigilio,
Pinzolo, Italia.



Hablar sobre la terrible epidemia del siglo XIV, significa examinar a fondo las condiciones sociales y económicas de la sociedad occidental en una época que coincide con el fenómeno que los historiadores han definido como “crisis del bajo medioevo”.

Como tendremos posibilidad de observar, la dramática pestilencia cogió completamente desprevenido a un sistema sanitario todavía escasamente estructurado y, en muchos aspectos, incluso conflictivo. La situación económica de las sociedades europeas había sufrido, desde el principio del siglo XIV, una neta involución debido a causas de carácter ambiental y demográfico. El formidable incremento de la producción artesanal y de los comercios a escala internacional había impulsado el crecimiento demográfico, favoreciendo el proceso de urbanización del territorio³. Paralelamente, el estancamiento de los salarios y las subidas de los precios de alquiler, entre muchas otras causas, habían provocado la creación de bolsas de pobreza entre la clase campesina, desencadenando fenómenos regresivos detectables en todos los niveles sociales. Por ello, los hospitales fueron llamados a enfrentarse a problemas de carácter social⁴, descuidando el desarrollo de las ciencias médicas y de las actividades terapéuticas⁵. Estas disciplinas se relegaron a espacios de diferente naturaleza como las universidades⁶ y las casas privadas. La hospitalización durante las pandemias de peste (*fig.3.5*) fue largamente insuficiente, a causa de la ineptitud de los operadores sanitarios y a la incapacidad de las estructuras hospitalarias.

En este capítulo examinaremos, por un lado, el incremento de la caridad, animado por una suerte de psicosis colectiva ante un

3 A partir del 1250, el crecimiento de los núcleos urbanos está atestiguado por la construcción en muchas ciudades de nuevas cintas amuralladas, pero también fue importante el desarrollo en las zonas rurales, con las obras de deforestación, bonificación de pantanos, nuevas disposiciones hidráulicas para los cultivos etc. Véase el ensayo de Barbara Harvey en Capitani, O., *Morire di peste*, 1995.

4 Foucault nos habla del gran “encierrro” de los vagabundos y de los indigentes. Foucault, *Vigilar y castigar*, 2009.

5 Vamos a tomar como creíble y justificable el asunto de Leistikow que dice: “ya desde las épocas antigua, el hospital tenía un cometido polimórfico genérico y raramente especializado, aunque se ven ya muy pronto tendencias hacia la selección”. Leistikow, D., *Edificios hospitalarios en Europa...*, 1967.

6 La medicina medieval es la medicina de galeno, aceptada pero no considerada críticamente. Es la medicina árabe la que, a partir del siglo XI, da un empuje hacia una primordial experimentación en el campo médico. La Escuela de Salerno del 1240 tuvo el permiso para experimentar con animales; en 1220 escuela de Montpellier. Cosmacini, 1997.

mal incurable y, por el otro, los efectos que tuvieron las políticas sanitarias puestas en marcha por algunos ayuntamientos y cómo estas contribuyeron a la progresiva especialización de la asistencia pública. Otro tema que nos parece especialmente interesante atañe a las dinámicas de ocupación/desocupación del territorio como consecuencia de los brotes de peste entre la segunda mitad del siglo XIV y finales del siglo XV.

Estos asuntos han sido abordados por los especialistas de todas las disciplinas sociales, médicas y políticas, formando una bibliografía

7 Para el tema de las consecuencias de la peste en la psicología social, véase Carreras Panchón, A., *La peste y los médicos en la España del renacimiento*, 1976. Pág. 130 y siguientes. El autor cita un paso de la Obra del Ciruelo:

“El tercero mal es el aborrecimiento: que todos por amigos y parientes que sean huyen del enfermo como de enemigo suyo: porque su infisión parece que a todos echa saetas de muertes muy crueles como enemigo mortal”.

Se remarcan también las crónicas de Villani y Agnolo di Tura. Villani G., *Croniche di Giovanni, Matteo e Filippo Villani secondo le migliori stampe e corredate di note filologiche e storiche: testo di lingua*. Trieste: Sezione letterario-artistica del Lloyd Austriaco, 1857.

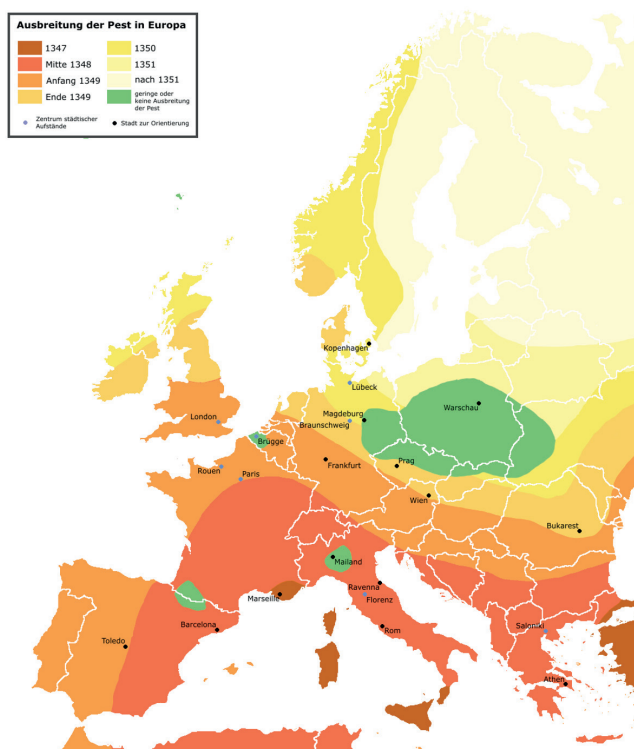


fig. 3.5
Difusión de la peste en Europa de 1347 a 1351. Roger Zennner. *Atlas zur Weltgeschichte*.

abundante y heterogénea⁸. Según nuestra opinión, tal y como se presenta el estado del conocimiento a día de hoy, resulta difícil, además de ocioso, simplificar todo este complejo de aportaciones científicas en un discurso sintético y homogéneo. Por ello, nos limitaremos a señalar, analizando las posiciones historiográficas más relevantes en las diferentes áreas europeas, todos aquellos elementos útiles para explicar las dinámicas de transformación observables en el periodo a caballo entre la Edad Media y la Época Moderna.

El interés general de la crítica hacia los fenómenos pandémicos bajomedievales, justificado antes de todo por la generosidad de las fuentes antiguas y por la resonancia que tuvo entre los contemporáneos durante más de dos siglos, legitima nuestra

8 De los testigos oculares recordamos: Michele della Piazza (Sicilia), Giovanni Villani (Florencia), Agnolo di Tura (Siena), Boccaccio (Florencia), Alfonso XI (Gibraltar). Ellos describen el impacto demográfico (y en esto los cronistas florentinos son muy escrupulosos) y el psicológico. Particularmente expresivo el pasaje de Agnolo de Tura:

fig. 3.6
La Peste. Heliografía.
Siglo XVIII.

“(…) el padre abandona al hijo, la mujer al marido, el hermano al hermano, yo mismo enterré a mis cinco hijos con mis propias manos”. Di Tura, A., *Cronache senesi* a cargo de Lisini, A., Iacometti E F, 1931.



convicción de que fue un acontecimiento de suma importancia y que resulta conveniente tratar con más detenimiento ciertos aspectos a él ligados, si queremos interpretar con exactitud no sólo el proceso evolutivo de las instituciones asistenciales en sus aspectos gestores y arquitectónicos, sino también el desarrollo del nuevo sentir laico- burgués, al cual se vincula la aparición de los nuevos tipos hospitalarios.

Los historiadores han debatido por largo tiempo si la plaga del 1348 fue el factor desencadenante de la recesión económica y del brusco viraje que sufrió la tendencia de crecimiento del Alto Medioevo o si, simplemente, la peste, como las persistentes hambrunas que la precedieron y siguieron, fue parte y producto de un proceso de autorregulación demográfica, tal como lo teoriza Maltusen⁹.

Independientemente de las diferentes opiniones críticas acerca de los complejos principios causantes de la grave crisis del siglo XIV, cuyo análisis sobrepasa las intenciones de este estudio, nos parece incuestionable el argumento de que la peste, aparecida en un entorno económico, social y cultural dirigido hacia un desequilibrio sistémico, constituyó un factor de acentuación de conflictos preexistentes y duraderos.

A principios del siglo XIV se concluye aquel proceso de expansión económica que se había caracterizado por:

- - un aumento general de los tráficos por tierra y por mar;
- - un consiguiente aumento demográfico;

9 Según Omrán existen tres tipologías de salud y proceso de mortalidad, que corresponden a un desarrollo cíclico en las diferentes fases históricas:

- i. Fase de las pandemias y grandes carestías. Se caracteriza por una alta tasa de mortalidad, pero con un alto factor de fertilidad en la población. Esta fase es típica de las sociedades preindustriales que se caracterizan por un analfabetismo extendido y casi total falta de sistemas sanitarios específicos.
- ii. Fase de recesión pandémica. Disminuyen los fenómenos de enfermedades endémicas, contemporáneamente a las epidemias y a las carestías cíclicas. Se mantiene alta la fertilidad, generando un notable crecimiento demográfico. Esta fase mana del fuerte empuje de la revolución agrícola e industrial.
- iii. Enfermedades crónicas y degenerativas.

Veáse Vanzan Marchini, N E., *Rotte mediterranee e baluardi di sanità*, 2004. Pág. 195.

Según Emilio Mitre Fernández “La bisagra que separara en Europa el ciclo demográfico antiguo del moderno suele situarse en torno a 1700”. Mitre Fernández, E., *Fantasma de la sociedad medieval: enfermedad, peste, muerte*, 2004.

- - la extensión de las tierras cultivadas;
- la multiplicación de centros urbanos y el crecimiento de los centros ya existentes.

Si bien es verdad que asistimos también a una mejora general de los sistemas agrarios, con pequeñas innovaciones, por otro lado es innegable que el problema de enfrentarse a las exigencias alimentarias de una sociedad en pleno desarrollo demográfico, se resolvió con medidas impropias, que finalmente acabaron incrementando el problema.

Un primer factor de crisis se puede detectar en la carestía de 1315-17, que sacudió violentamente la sociedad europea, cobrándose en pocos meses miles de víctimas. Así pues, síntomas del empobrecimiento y un cambio en la tendencia de desarrollo continuo de la Alta Edad Media se aprecian ya a principios del siglo.

La trayectoria de expansión del siglo XIII había animado a los feudatarios latifundistas a emprender obras de deforestación de amplias franjas de bosques para incrementar la producción. Tras un inicial aumento de las cosechas, estas tierras se revelaron como muy poco fértiles, volviendo contraproducente la onerosa inversión infraestructural. Además, parafraseando las fuentes originales de la época, es legítimo pensar que las caprichosas oscilaciones en el rendimiento de los cultivos y en la calidad de las cosechas fueran debidas a una serie de imprevistos cambios climáticos. A mediados del siglo XIV, frente a un intenso incremento de la tasa de natalidad, los recursos naturales y los medios tecnológicos disponibles se habían demostrado largamente insuficiente para una sociedad cuya economía seguía dependiendo básicamente de la actividad agrícola. Todo esto tuvo un inmediato impacto en la población, como demuestran las fluctuaciones demográficas de este periodo.

El empobrecimiento general se debía también a la nueva política monetaria que ejercía un control sobre la población de campesinos a través de los precios de alquiler. En 1340, pocos años antes de manifestarse la plaga, el volumen de negocios internacionales se vio drásticamente reducido a causa del colapso financiero de los centros italianos¹⁰ que detentaban el monopolio de los recursos económicos, con los que reyes y señores financiaban las empresas

10 Para una idea general sobre la crisis financiera y mercantil de Florencia y Siena y sus consecuencias en la sociedad, Meiss, M. *Pintura en Florencia y Siena después de la peste negra*, 1988.

bélicas y las políticas urbanas de las principales ciudades europeas. Por consiguiente, el brote pestífero de 1348 agredía a una sociedad inestable, fuertemente debilitada por el hambre, los conflictos y la estrechez económica.

Desde el punto de vista de las secuelas sociales, nos interesa señalar cómo los brotes epidémicos, sembrando el pánico entre la comunidad, tuvieron como consecuencia conductas muy extremas: en primer lugar se asistió a un renacimiento de los sentimientos de devoción, impulsado sobre todo por la labor de la Iglesia.

A este propósito, Miccoli (citado por Giuliana Albini) afirma:

“El acercarse y el difundirse de la peste infunde dramaticidad y urgencia a la “devoción”: la ilusión de que Cristo y la Virgen como recompensa para la penitencia protejan de la plaga, se hace durante un tiempo el tema central de la devoción; la esperanza de la salvación física y de la salvación eterna vuelven a coincidir, mientras que el terror hacia la muerte inminente destaca el peso real que tiene ese tema en la práctica religiosa de esta época: ‘Quien así actuara, se librará de esta pestilencia y no morirá de muerte repentina’”.

Uno de los testimonios de la “exacerbación de la religiosidad” son las procesiones y la constitución de grupos religiosos autónomos inspirados por ideas inconformistas como los Blancos y los Flagelantes.

Los historiadores de la medicina han señalado cómo las romerías fueron, inconscientemente, motivo considerable de la propagación de la peste. La práctica de los peregrinajes tenía una tradición muy antigua que, a finales del siglo XIV, iba gradualmente declinando debido a la mutación de las condiciones culturales y a la difusión de un nuevo concepto de piedad religiosa. El cambio había sido fomentado por la mayor participación de los laicos en las funciones religiosas, cuyas corporaciones se habían institucionalizado en cofradías y confraternidades. Estas comunidades, exponentes de la nueva clase media, se dedicaban a la caridad hacia los más necesitados, mostrando un vivo interés civil hacia la problemática de la asistencia y, en consecuencia, del orden y del decoro público. En efecto el fenómeno de la multiplicación de las *scholae* está íntimamente ligado a la cuestión del pauperismo, del que se hablará dilatadamente a propósito de las circunstancias que llevaron a la concentración hospitalaria en el siglo XV.

Las cofradías impulsaron la fundación de muchos hospitales privados, cuya actividad era constantemente controlada por la

curia y por las autoridades ciudadanas. Estos establecimientos se presentan como “entidades intermedias”, que actúan en una peculiar ambigüedad estructural entre sociedad religiosa, oligarquía del poder y colectivos civiles. Los hospitales fundados a lo largo del siglo XIV, nacían como lugares de acogida y amparo para los indigentes, pero se habían ido trasformando y habían introducido prácticas propiamente terapéuticas como atestigua la contratación de médicos, cirujanos y barberos en los principales hospitales de Siena, Florencia, Milán, París, etc. La difusión de la peste obligó a las instituciones civiles a ocuparse de manera más directa de los asuntos de los hospitales, ya que, por primera vez, al gobierno civil y no a la Madre Iglesia se le pedía resolver un aspecto asistencial, la incómoda cuestión de los apestados, que se presentaban en número cada vez más impresionante.

La acción de la Iglesia, que en Viena había reiterado su voluntad de control sobre las entidades caritativas (eclesiásticas o laicas), unida a la labor de las confraternidades, hizo que se verificara un incremento en las donaciones y en los legados testamentarios, incluso por parte de los señores en el poder. Encontramos el caso de la dinastía Visconti¹¹, cuya participación en el incremento de las rentas de varios hospitales milaneses esconde un nuevo interés hacia el tema de la asistencia como asunto público. Estas donaciones contribuyeron a acrecer un patrimonio ya ingente. Evidentemente, la autoridad estatal pedía a los hospitales que se ocuparan de delicados problemas de carácter sanitario y de resonancia pública, que se habían hecho de improvisto actuales y urgentes. En Milán, gobierno y hospitales empezaron una disputa sobre quiénes tenía que hacerse cargo de los que habían enfermado de peste en las ciudades y de los que, por seguridad, habían sido expulsados y se amparaban en las cercanías. Las quejas de las instituciones hospitalarias que, más aún en temporadas de crisis epidémicas, no conseguían hacer frente a la presión de las necesidades de la sociedad, demuestran la situación de incertidumbre a la que estaban abocados por la excepcionalidad de los acontecimientos y también por la impericia de la administración. Muchos hospitales, además de conventos, se utilizaron como lugar de amparo para las víctimas de la peste, sin

11 Giuliana Albini nos habla de la fundación de hospitales en Milán por parte de la familia Visconti: ya en 1323, Galeazzo I o Azzone Visconti fundan el hospital de San Giacomo al que, una década después, se añaden importantes propiedades. En 1335, una compañía de mercaderes funda el hospital de Santa Caterina. Bernabò Visconti se encargará de construir el hospital de Santi Pietro e Paolo (tenemos noticia de él desde 1383), confiando su administración a una cofradía laica. Albini G., *Carità e governo della povertà*, 2002.

que el cuidado de los píos voluntarios pudiese poner remedio a la propagación incontenible de la plaga.

La imprevisibilidad del mal, el espanto que generaba, la consiguiente desestabilización de todos los ideales tradicionales que habían forjado la sociedad medieval, tuvieron como consecuencia directa la inmediata radicalización de los principios que regían las comunidades premodernas.

Se multiplican masivamente los actos de caridad, las donaciones, los legados testamentarios, las demostraciones de religiosidad (misas de sufragio, votos, procesiones). Esta actitud surge de la desesperación y del sentimiento de culpa que atormenta a los feligreses por desatender los preceptos de la moral católica, especialmente el cuidado de los enfermos. Además, hay que señalar el papel que desempeñaron las órdenes mendicantes en el aumento de las prácticas de devoción, argumento que volverá a verse repetidamente en nuestro estudio.

El sentimiento religioso se confirma como medio exclusivo de salvación en su dúplice acepción terrenal y ultraterrena. En las visiones más mundanas o en las conductas más ascéticas, las acciones terrenales se interpretan en virtud de la posibilidad de lograr la gloria eterna o la salvación perpetua.

En la nueva postura filosófica, influenciada por la lectura de los clásicos latinos y griegos, el tema del *momentum mortis* cobra un insólito protagonismo, estrenando contenidos hasta entonces inexplorados: una nueva escatología “urbana” trasforma la perspectiva ante la defunción, concentrando el interés en los signos tangibles y materiales del misterio de la muerte, el dolor, la agonía, la descomposición de la carne. En un momento en que la comunidad asiste impotente a la tragedia de un exterminio desconsiderado a escala mundial, se rompen los lazos de mutua solidaridad que mantenían unidos a los miembros de la sociedad. La metamorfosis de las estructuras comunitarias se encamina, por medio de la fragmentación de las condiciones éticas tradicionales, a un temprano individualismo.

En un primer momento, la iglesia pretende hacerse vehículo de estos cambios, canalizando la reacción colectiva ante el pánico de una muerte súbita hacia un proceso de adoctrinamiento religioso como medio de autofinanciación. Sin embargo, la secularización de las conciencias, debida también a las tímidas señales de recuperación que afloran ya a partir de las primeras décadas del siglo XV, acelerará

ciertos mecanismos de transformación radical del orden impuesto, decretando el triunfo de las prerrogativas del individualismo neoburgués¹².

La nueva actitud del hombre moderno, cuya intensificación desembocará en la reforma protestante, actuará de caldo de cultivo para la laicización de muchas experiencias y ocupaciones humanas, entre ellas la gestión del problema sanitario y asistencial. Sin embargo, es importante destacar cómo la conversión de ciertos hábitos sociales fueron el producto de una crisis de la mentalidad medieval que se vino gestando desde el siglo XIV o antes, en la decadencia del sistema feudal, en la inestabilidad económica, en la degeneración de las costumbres del clero secular, por lo que la catástrofe pandémica sirve de elemento multiplicador.

Está claro que la urgencia del problema sanitario que se había presentado con las epidemias de peste bubónica, unido a la acentuación de todas las problemáticas que habían derivado de la regresión económica de principios de siglo, aceleraron la toma de medidas públicas en defensa del equilibrio demográfico, económico

fig. 3.7
Procesión de
flagelantes a Doornik.
Tournai 1349

12 Sobre el tema del individualismo, de su génesis y de las peculiaridades de su pensamiento social, véase Meiss, Op. cit. Pág. 79.



y social de los condados de toda Europa, sensibilizando a mucha parte de la sociedad civil hacia el problema de la asistencia, si no desde una perspectiva científica y terapéutica, sí desde el punto de vista organizativo. Se podría hablar, en este caso, de un anticipo en la gestión, diferenciación y especialización de ciertas funciones hospitalarias más genéricas o referidas a cuestiones de carácter social, respecto de los asuntos médicos. Estos adelantos, se explican considerando la simbiosis entre contagio y desosiego de la comunidad.

Además, las medidas de carácter puramente logístico, sugieren soluciones muy ventajosa desde la óptica médico-científica: en Milán, durante la ola epidémica de 1447, la práctica de la expulsión y del aislamiento condujo a considerar como lugar adecuado de acogida para los infecciosos la *Domus Montanee*, área que algunos años después será elegida como solar para la construcción del Hospital Mayor por su salubridad y por sus apropiadas condiciones climatológicas y ambientales.

Existe una tesis que afirma que hubo una distancia entre las teorías médicas, que infravaloraban la importancia del contagio (en su significado moderno) y las creencias populares, que anticiparon y dieron fuerza a este concepto. Esta presunta distancia se produce por el hecho que los conocimientos oficialmente aceptados por la comunidad de médicos medievales, cuyos portavoces eran los ilustres hombres de las universidades de París, Salerno, Padua etc., estaban mermados por creencias astrológicas y de la escolástica aristotélica, desconocían los agentes patógenos animales y descuidaban el factor de transmisión humana¹³.

Al contrario, se observa en ciertas medidas precautorias tomadas primero de manera individual y espontánea por los vecinos y luego burocratizadas por los administradores, unas actitudes diríamos más razonables, como el encierro, la prohibición de contactos con los extranjeros y la fuga. Ejemplos de esta postura se hallan en la actividad legislativa de muchos centros europeos.

Nuevamente, Milán nos proporciona una circunstancia paradigmática: aquí, Gian Galeazzo Visconti intentó prohibir las procesiones (por ejemplo, prohibió la entrada en Milán de los “Blancos”), consiguiéndolo solo en parte en razón de la impopularidad que esta disposición encontraba en una sociedad fuertemente permeada por el credo católico. En virtud de ese descontento, en el 1400, recibiendo la noticia de que un grupo de

13 Véase Mitre Fernandez Op. cit. Pág. 124.

peregrinos infectos habría transitado en el ducado dirigiéndose a Roma, el señor de Milán ordenó que se dispusiera un camino a 5 millas de la ciudad, y que se levantaran hospicios para los viandantes para disuadirlos de entrar en los poblados para comer o encontrar refugio por la noche.

Desgraciadamente, las políticas de Gian Galeazzo no pudieron evitar que mucha gente falleciera, no sólo a causa de la peste, sino por las condiciones desesperadas a las que se veía abocada la comunidad por las reiteradas guerras y carestías. Como hemos señalado, estos fenómenos fueron concomitantes a lo largo de la Baja Edad Media y, acompañándose de otras causas de origen climático y ambiental (sequías, inundaciones terremotos, etc.), empeoraron una situación ya dramática.

Giuliana Albini, en su estudio para el territorio de Milán, destaca cómo la estrategia política se desplegó en dirección a la detención de los fenómenos emigratorios y la incentivación de la inmigración a través de exenciones en el pago de impuestos. La autora habla en su larga disertación de una inquietud política por parte del Duque para disponer, a partir del 1386, proveimientos eficaces destinados a asegurar la conservación de adecuados niveles demográficos para el rescate económico. Las medidas adoptadas por Gian Galeazzo Visconti¹⁴ se tradujeron en un proceso de urbanización de la capital: el crecimiento del núcleo metropolitano y de las actividades urbanas con él relacionadas, si bien por una parte comportaron el auge de las fuerzas civiles y laicas, por otra justificarán también el papel que Milán protagonizó en las reformas asistenciales del siglo XV.

Efectivamente, muchos historiadores observan, durante los primeros veinte años del siglo XV, una inversión de las tendencias precedentes de calado demográfico, tendencias que se pudieron reequilibrar gracias a los flujos migratorios, aunque, advierten, la recuperación fue muy lenta y discontinua. Otras maniobras políticas trataban de contener la fuga en masa dictada por la psicosis colectiva. Así, durante la ola epidémica de 1424, el gobierno invitaba a toda la gente que había huido a regresar a sus casas y a sus actividades, con proclamas oficiales, bandos publicados y notificados a todos los pueblos de la campaña. En ese momento, la peste, que ahora golpeaba con menos vehemencia, había obligado

14 El Visconti confirmó la exención de los impuestos para los padres con doce hijos y para los comerciantes y profesionales que, abandonada la ciudad, quisieran volver a establecerse en ella (para ellos el alivio fiscal tenía una duración de cinco años). Albini, G., 1982. Op. cit.

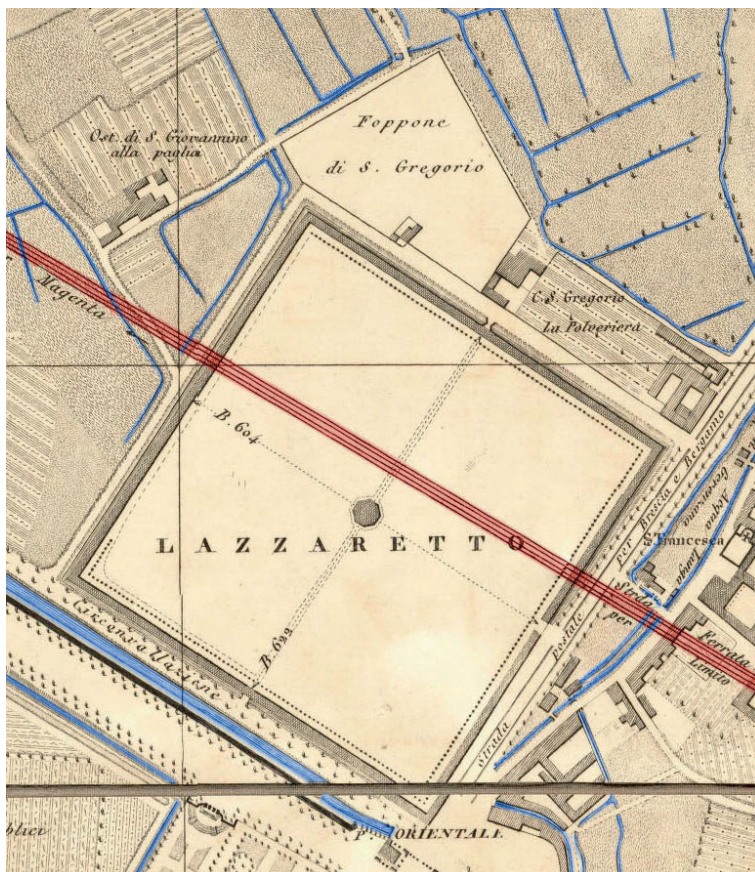


fig.3.8
Detalle del plano de
la ciudad de Milán
de Giovanni Brenna.
1860. Lazareto,

a ingresar a algunos infectados en el Hospital civil del Brolo. Estas medidas trataban claramente de mitigar las consecuencias sobre el desarrollo de la ciudad. Con el ascenso al poder de Francisco Sforza volvió un periodo de estabilidad en el ducado que favoreció la recuperación económica. La política del nuevo príncipe emuló a la de su predecesor, prosiguiendo la urbanización de la capital en detrimento de los centros limítrofes, que habían jugado un papel decisivo en los acontecimientos políticos de los años precedentes. Esto explica el por qué Milán se impuso como capital exclusiva también en lo concerniente a la asistencia sanitaria. En su momento, este obstinado centralismo se consideró como la única forma de favorecer un restablecimiento de los recursos humanos para reactivar la producción a escala local y, sucesivamente, en todo el reino. Por primera vez, ante unos ciclos de crisis repetidos y constantes, las autoridades tratan con todo esmero de mantener operativas las



fig. 3.9
Traje de médico para
protegerse de la peste.
Bartolin Thomas,
1661.

funciones más urbanas, previniendo el proceso de pulverización de las ciudades con vocación de polaridad y considerando estas como el motor para el desarrollo futuro de todo el territorio.

Para enfrentarse a los insistentes ataques de peste, algunas ciudades se plantearon el problema de disponer un lugar para tratar a la gente que iba enfermando, para aislarlos con fines profilácticos. La historia de la evolución de los lazaretos (fig.3.8) merecería un estudio detallado y monográfico; no es este el lugar para abarcar un tema tan complejo. Sin embargo, lo que nos interesa subrayar es cómo la sucesión de las olas epidémicas ha revelado la insuficiencia de las estructuras hospitalarias, debido en parte a su naturaleza de institutos indiferenciados. Las dificultades con las que tuvieron que enfrentarse las administraciones públicas impulsan nuevas reflexiones sobre un tratamiento específico para cada una de las enfermedades epidémicas y crónicas, procurando catalogar y cualificar sus características, diríamos hoy, nosológicas. Venecia fue la primera ciudad en dotarse de un lazareto en 1423, al cual siguieron

ejemplos en toda Europa y, sucesivamente, en las colonias de ultramar¹⁵.

Retomando nuestro argumento, las fuerzas cívicas, al finalizarse el siglo XIV, habían polarizado su interés sobre la asistencia de aquella categoría social que se reunía bajo el lema general de los *pauperes infirmi*. De este modo, se había introducido y fortalecido el concepto de la participación laica en una materia que constituía tradicionalmente una prerrogativa eclesiástica.

15 Ferrara, donde en 1438 los canónigos solicitan que se construya un nuevo lazareto fuera de la ciudad (noticia de Emilio Mitre Fernadez, 2004). En Milán, a finales del siglo XV, se construye el lazareto del Brolo (?1489). En Ancona, en 1733, Vanvitelli diseña un lugar para los apestados sobre una planta pentagonal.

Una de las principales tareas de los hospitales, por las que se le concedían privilegios fiscales, era la distribución de las limosnas¹⁶. Analizando las fuentes documentales que se refieren a las incumbencias caritativas de las instituciones eclesiásticas, se observa que los administradores muy a menudo eludían esta obligación o la cumplían de manera que sus repercusiones sociales eran poco relevantes, como atestiguan las continuas quejas por parte de las clases más desfavorecidas. Es decir, la organización asistencial de la Edad Media no había conseguido desarraigar ciertos conflictos que surgían de la pobreza, de las enfermedades y de las desigualdades estamentales. Si bien la participación laica, cada vez mayor, había sentado las bases para una renovación de las políticas sanitarias, no había alterado los fundamentos éticos, burocráticos y científicos sino de manera más bien ineficaz. En este sentido desde 1348 “(...) la significativa participación de las autoridades civiles para hacer frente a la difusión de las epidemias estrena un nuevo empeño en el campo asistencial”¹⁷.

Aunque todos los historiadores coincidan en la afirmación de que la Peste Negra fue un fenómeno que afectó indistintamente a todos los grupos sociales, muriendo por su causa personalidades de toda condición¹⁸, a principio del siglo XV epidemias y pobreza no podían considerarse como problemas separados. Desde este punto de vista hay que hacer otra importante consideración: la difusión de la peste había intensificado los problemas de orden público y policial. Los conflictos de aquellos que Mollat define como “presencias embarazosas e inquietantes” habían desvelado la precariedad de la acción de los hospitales y la incapacidad, a pesar del empeño, de crear un red verdaderamente eficiente y cooperativa. El problema del pauperismo se presentaba cada vez más irremediable, atrayendo el interés de los administradores públicos y abriendo el camino para aquel enérgico proceso de reforma sanitaria que culminará en la segunda mitad del siglo XV con el fenómeno de las concentraciones hospitalarias.

En realidad, en algunas ciudades que habían cobrado importancia en el florecimiento económico a escala internacional del siglo XIII,

16 Para esta finalidad los hospitales recibieron muchas donaciones y acumularon un ingente patrimonio en rentas, fincas e incluso en liquidez monetaria.

17 Véase Giuliana Albini, 1982. Pág. 68.

18 Según Robert Gottfried el 75% de las familias nobles inglesas no pudieron criar herederos varones durante algo más de dos generaciones. Gottfried, R., *La muerte negra : desastres naturales y humanos en la Europa medieval*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica , 1989.

se había asistido a una progresiva especialización de las fundaciones hospitalarias, que contaban con muchas casas de acogida, además de casas de cura con sus respectivas sucursales suburbanas que formaban una red tupida y bien estructurada en todo el territorio europeo.

La implicación de elementos laicos y la asimilación de principios neo-burgueses, alentando el desmembramiento de la esfera espiritual de la esfera habitual administrativa, determinaron “una nueva esperanza en la posibilidad de ofrecer una asistencia sanitaria”. Por primera vez se había introducido la idea de que, a través de un proceso de racionalización de los recursos disponibles, se podían alcanzar soluciones ventajosas a problemas de orden práctico. Mollat afirma que, finalmente, “se desarrolla la idea de que fuera posible curarse”¹⁹.

Aunque algunos hospitales de firme tradición y de reconocido prestigio (muchos en el distrito norte de la península italiana y varios centros franceses de antigua tradición hospitalaria) se hubieran encaminado espontáneamente hacia la especialización terapéutica, las fuentes documentales resultan bastante más oscura a la hora de precisar los lugares destinados al tratamiento de los apestados durante las primeras crisis epidémicas. Los hospitales los admitían con desgana, bajo la amenaza del señor o del gobierno en los momentos de mayor apuro. “Cada ayuda fornida [por parte de los hospitales] en tal sentido [para el cuidado y cura de los apestados], así como soluciones particulares, otra cosa no eran que excepciones dentro de una praxis consolidada (...): pues el estado asumía la carga y la organización de la prevención y de la cura y cada contribución de los hospitales era una delegación por motivos contingentes - sobre todo por necesidad de hombres y medios (...)”²⁰.

19 Una referencia curiosa sobre la especialización terapéutica podría hacerse en relación al tema de las enfermedades mentales o psiquiátricas. Si bien también para esta cuestión una aproximación verdaderamente científica pueda verse sólo a partir del siglo XIX, sin embargo varias leyes comunales, ya en el siglo XIV, percibían el problema, aunque lo dejaban frecuentemente a las autoridades policiales encerrando a los enfermos en las cárceles.

20 En la edificación del Lazareto de Milán en 1488, el capítulo del Hospital Mayor actuó sólo como intermediario para solucionar una disputa que se había originado por la actuación del legado de un tal Onofrio Bevilacqua (¿), que se destinara para la construcción de un refugio para apestados. En este legado se nombraba el hospital como intermediario, era una obligación testamentaria.

Todo ello hizo que el poder público se hiciera cargo directamente del problema de la peste y, en razón de ello, de problemas generales de cariz sanitario, lo cual llevó al nacimiento de oficinas y departamentos estables para la prevención, el control y la cura.

La aparición de un morbo tan letal como desconocido tuvo una consecuencia directa en la política asistencial del Estado. En su ensayo, Henderson señala cómo la prontitud y la eficiencia de las medidas tomadas en cada región en Italia y en el resto del continente, no dependió tanto de la densidad de la población (aunque él mismo, en otro estudio, "The hospital in the history", señala cierta correspondencia entre los avances de las políticas sanitarias en el centro norte de Italia y el hecho de que aquí se concentraran los núcleos más poblados de Europa), cuanto de las tradiciones administrativas.

En este sentido, Florencia y Siena se presentan como casos emblemáticos por la peculiaridad de su pasado político. Ya a principios del siglo XIV, las dos ciudades habían sufrido un temprano enfrentamiento entre la nobleza terrateniente y la nueva categoría social formada por mercaderes, artesanos y banqueros. La clase media había conquistado el poder civil, fortalecida por el nivel adquirido por ambos centros como ejes financieros y manufactureros de un vasto cauce territorial.

Millard Meiss, en su ensayo, habla de un espíritu laico y una tendencia democrático-liberal que impera en las repúblicas toscanas y que tendrá un gran impacto en la producción artística bajomedieval de estas regiones. Las consecuencias directas de esta embrional mentalidad burguesa afectarán de manera total a la actividad decisional del gobierno ciudadano durante muchas décadas. Más que otras ciudades, las comunas toscanas muestran un vivo interés hacia las problemáticas asistenciales, anteponiendo los intereses de la comunidad en la gestión de los hospitales con vocación urbana polarizante (los hospitales cívicos).

Al margen de las tareas hospitalarias, en las cuales la participación laica sufrió continuos conflictos con las jerarquías eclesíásticas, las fuerzas civiles presidieron las deliberaciones legislativas a través de la implantación de oportunas comisiones sanitarias. Todas las ciudades principales, así como un considerable número de centros menores, se apresuraron a dotarse de departamentos específicos para garantizar unos recursos mínimos de prevención, higiene y seguridad contra la peste: en Florencia, se nombró una comisión de ocho miembros, mientras que en Siena y Venecia, de tres.

En las medidas tomadas, vuelta a extinguir la “*corruptionem in terra*” (según recita la ley de Venecia), se denota cierta congruencia con los contenidos de los “*Consilia*”, aunque estas compilaciones loimológicas en muchos casos describían los síntomas de la peste de manera muy general, como se podría hacer para muchas enfermedades mortales que circulaban por aquel entonces. Las medidas tomadas hacían referencia, sobre todo en las ciudades-estado de Italia centro-septentrional, al corpus legislativo sanitario que se había formado en el siglo precedente con la epidemia del 1348 y que, a su vez, tomaba como conceptos fundamentales los principios de la tradicional medicina hipocrático-galénica apoyada por la doctrina cristiana.

Si por un lado resultaría equívoco hablar de teorías higienistas a lo largo de la Edad Media (o usar este término que se refiere a precisas doctrinas científicas del siglo XIX), por otro lado hay que mencionar los estatutos que, en 1325, aprobó el gobierno de Florencia para el decoro público. Se trataba de unas disposiciones que prohibían ciertas actividades manufactureras y comerciales dentro de la ciudadela, como por ejemplo la confección de pieles y cuero o la matanza de animales, actividades que producían olores muy desagradables, además de fétidos desechos. Así mismo, las leyes aprobadas preveían la limpieza semanal del mercado y obligaban a los ciudadanos a un cuidado diario de sus espacios. En Bolonia, casi un siglo antes, se prohibía verter los residuos en la vía pública y se obligaba a los ciudadanos de cada barrio a mantener limpios los canales de las arterias urbanas.

Los reglamentos contra la peste editados en Pistoia en 1348, muy parecidos a los que se adoptaron en las áreas toscana y lombarda, tienen la peculiaridad de volver la atención a la entrada abusiva de textiles en la ciudad. Esta orden estaba ligada a la creencia de la corrupción del aire, aunque hoy sabemos que los tejidos eran un peligroso medio de propagación de la enfermedad, ya que en ellos podían anidar las pulgas portadoras del bacilo de la peste.

Una medida común²¹ (aunque su ejecución varía de ciudad en ciudad) fue la de prohibir la entrada de cualquier persona que viniera de regiones ya afectadas: en Lucca, los catalanes; en Venecia, todos menos los embajadores, etc...

Henderson concluye que las leyes de urgencia promulgadas por los municipios incorporaban los preceptos de la teoría médica imperante, integrándolos con ciertos hábitos adoptados espontáneamente por

21 Véase Vanzan Marchini, Op. Cit.

las comunidades vecinales que se habían demostrado útiles para limitar los efectos más nefastos de las enfermedades infecciosas. Es cierto que, ya durante el siglo XIV, muchos hospitales contaban con médicos y que muchos de ellos eran empleados por voluntad del gobierno a título gratuito. Es lícito pensar que estos mismos ofrecieran consejos sanitarios a la autoridad. A tal propósito, el autor habla de “notable nivel de coordinación entre el personal médico y administrativo”.

De los argumentos generales que en este apartado hemos ido desarrollando, es apremiante señalar las siguientes deducciones sintéticas:

- Los brotes de peste golpearon con mayor o menor virulencia a toda Europa a partir de 1347 y durante más de dos siglos. Los efectos fueron igualmente devastadores, por lo que eventuales signos de repunte demográfico en un área más que en otra dependieron de la feliz coincidencia entre la disponibilidad de recursos naturales y la solidez de la tradición administrativa, capaz de hacer frente al desastre.
- El fenómeno pandémico, si bien no actuó de manera directa en la transformación de los espacios hospitalarios (ya que ellos intentaron como pudieron dejar la responsabilidad al gobierno civil), contribuyó de manera decisiva a la especialización hospitalaria, incrementando el interés laico y de los poderes civiles en los temas sanitarios y terapéuticos. Esto tendrá repercusiones importantes en el proceso de concentración y en la edificación de los nuevos hospitales civiles con planta cruciforme.
- Las epidemias de peste que, a partir de 1347, arrasaron a Europa, reinciden con periodicidad constante de 10-20 años y con efectos funestos por lo menos hasta el siglo XVI, cuando los fenómenos de crisis pandémicas perdieron progresivamente intensidad y se dilataron los tiempos de aparición, dejando un margen para una recuperación de los niveles demográficos en la población. Sin embargo, la frecuencia de la peste durante las décadas de la época medieval contribuyó sin duda a concentrar las conciencias cívicas sobre los problemas sanitarios de las sociedades proto-capitalistas, para “intervenir para contener los efectos



disgregadores” de las crisis epidémicas²².

- Existe una clara disonancia entre los avances de las disciplinas médicas, ancladas en creencias supersticiosas y místicas y la intuición del vulgo para los temas de la profilaxis y de las curas, lo que obliga a matizar el papel del “ars medica” en el incremento de las políticas asistenciales y en el desarrollo de nuevas soluciones arquitectónicas para los edificios de carácter sanitario.
- Las reformas de los institutos hospitalarios están ligadas a la problemática de los nuevos pobres y a cuestiones de control policial, que a su vez cobran protagonismo por la manifestación de nuevas y aterradoras enfermedades. Como dice Pullan: “una razón decisiva para el control de la mendicidad estaba representada por la preocupación por parte del Estado de controlar las enfermedades epidémicas que destruyan la población de la manera más salvaje y terrible”. Podríamos afirmar que la peste, como fenómeno catastrófico, no impulsó directamente la creación de una red asistencial específica, como había sido el caso por otras enfermedades de la época medieval, sino que radicalizó ciertas urgencias sociales ante las que hubo una parca pero constante respuesta comunitaria.

22 Para algunas ciudades como Milán, la conexión entre crisis epidémicas y políticas sanitarias resultan más que claras. Albiní ha demostrado en su ensayo las evidentes relaciones de causa-efecto entre el fenómeno de concentración hospitalaria del siglo XV y la tradición burocrática y legislativa que se formó a partir del primer brote de peste en esta ciudad en 1351. Albiní, 1982. Op Cit.

3.3 La formación de la cultura médico-científica en el bajo Medioevo

“¿De que modo esa más bien caritativa asistencia a pobres y enfermos, con sus lazaretos para peregrinos y con sus hospitales, logró integrarse en el marco y ámbito de una facultad y de la sanidad pública por ella representada?”¹

Si bien a este interrogante se han dedicado décadas de esmerados estudios, sigue guardando incógnitas cuya aclaración consideramos un paso fundamental hacia la comprensión de las dinámicas que condujeron a la formación de una disciplina médica moderna y que subsisten en el progreso tipológico del hospital como lugar de intervención terapéutica.

1 Con esta cuestión arranca Heinrich Schipperges en 1976 su ensayo sobre el proceso de asimilación del arabismo en el horizonte cultural del medioevo latino. Schipperges, H., *La medicina árabe en el medioevo latino*, Toledo: Real Academia de Bellas Artes y Ciencias Históricas de Toledo, 1989.

fig. 3.10
Codex Granatensis.
Siglo XV. F. 93



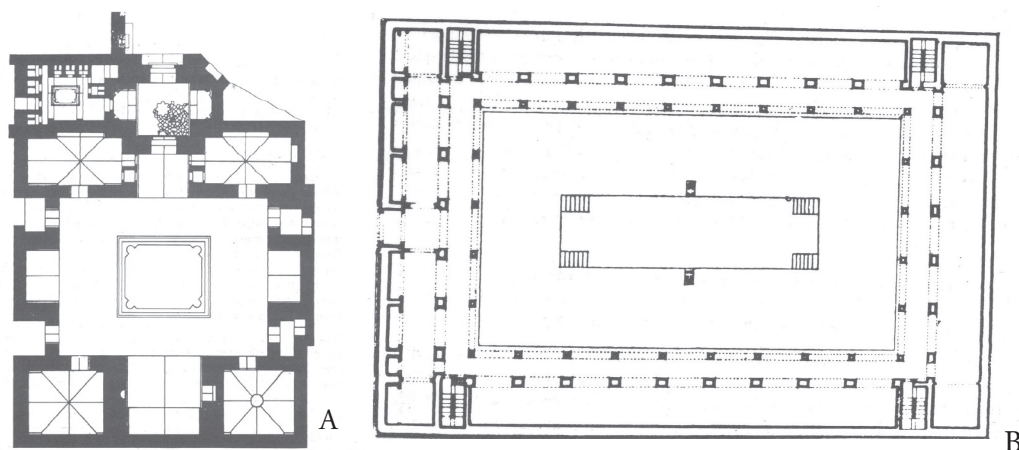
En este capítulo trataremos de introducir algunas referencias históricas que contribuyeron a modular la evolución de la cultura médica en Europa, del encierro monástico a las aulas académicas, a través de las actividades prácticas en los hospitales. Nuestro argumento emana de la consideración de que cambios significativos en la postura crítica hacia el universo de las ciencias naturales pudieron sugerir, más bien de manera indirecta, cambios en la estructura material e inmaterial de los complejos hospitalarios del medioevo tardío.

A la vez, hablaremos de casos concretos que se podrían definir como transitorios en relación al lento y complejo itinerario evolutivo que recorrieron los sanatorios hasta transformarse en “fábricas de salud”. Estas instituciones deben su prestigio secular a la vivacidad del entorno cultural, donde con mayor audacia y discernimiento se asimilaron las contradicciones de un proceso general de transformación del saber *in fieri*.

Así como en los capítulos anteriores hemos procurado concentrar la mirada en las derivaciones sociales consiguientes a unos determinados acontecimientos históricos y señalado los aspectos basilares de la evolución del cuadro jurídico en lo que se refiere a los hospitales, en este apartado nos preocuparemos de fijar las razones de la metamorfosis cultural o, según se considere, del nacimiento de unos postulados doctrinales que constituyen la estructura de la nueva ciencia médica.

Ya un primer análisis genérico desvela cómo los mayores centros de irradiación del progreso durante el Medioevo, se caracterizan por su doble valencia como capitales de sabiduría filosófica, artística y teologal y de centros gravitacionales de una cultura científica embrional y, al mismo tiempo, destacan desde épocas muy antiguas por su conocido equipamiento sanitario. Hablamos de polos urbanos de tal categoría que pudieron ordenar una compleja red internacional de comunicaciones terrestres y marítimas para entablar relaciones políticas y comerciales: Alejandría, Bagdad, Toledo, París, Montpellier, Salerno y Palermo, por citar los más notorios.

A tal propósito, juzgamos de primordial importancia ampliar nuestras referencias geográficas en virtud de aquel intenso



intercambio de conocimientos entre oriente y occidente que estudiosos e historiadores de todas disciplinas dan actualmente por sentado.

Las sociedades orientales tuvieron el mérito de adelantar al bloque continental europeo en la fundación de instituciones hospitalarias especializadas en diferentes disciplinas médicas. No obstante, no compartimos la visión excesiva de cierta parte de la historiografía que ve en Bizancio los modelos directos, teóricos y concretos, de los primeros hospitales europeos; consideramos que es legítimo buscar en las fuentes árabes los elementos útiles para escribir una hipotética prehistoria de los institutos hospitalarios.

Tenemos noticias sobre estos establecimientos en las crónicas de los viajes emprendidos por ilustres personajes que relatan su asombro ante las grandiosas instalaciones de Bagdad, Damasco (fig.3.11) y El Cairo. Por el viajero judío Benjamín de Tedula, el cual se detiene con mucha meticulosidad en describir la capital árabe, conocemos “la casa de la Misericordia” de Bagdad que, por su majestuosidad, se podía equiparar al palacio de un príncipe. Esta estructura disponía de departamentos aislados para las enfermedades mentales. El dato curioso consiste en que la estancia de los enfermos no se traducían en un encierro forzoso permanente, sino en un recorrido terapéutico enfocado en la recuperación del paciente y en su re inserción en la sociedad civil.

2 Para este argumento, véase Miller, T., *The birth of the hospital in the Byzantine Empire*. 1997.

fig.3.11
A: Planta del
bimaristan de
Damasco.
B: Planta del
bimaristan de
Granada

Desde el punto de vista arquitectónico, poco sabemos del *bimaristan* islámico: su extremada complejidad funcional impide describir con exactitud la organización morfológica y espacial de estos edificios o indicar una regla absoluta e invariable. Sin embargo, la información histórica y documental recopilada hasta hoy y los vestigios arqueológicos, permiten avanzar hipótesis sobre sus características compositivas: en los modelos del área sirio-egipcia (*fig.3.11A*) predominan los esquemas centrales de planta cruciforme, con salas abovedadas dispuestas en eje y rodeadas por una serie de ambientes accesorios como baños, cocinas, almacenes, boticas etc. No faltan los espacios dedicados a la enseñanza de las disciplinas médicas, como aulas y la biblioteca. Se da un sumo cuidado al equipamiento técnico, disponiendo un sistema de acometidas para la distribución del agua corriente y calculando con mucha atención los sistemas de ventilación y circulación del aire³. Todas estas prescripciones técnicas para lograr un ambiente confortable y saludable se introducirán como requisitos irrenunciables en el proyecto de los hospitales occidentales sólo a partir de finales del siglo XV, y de manera harto discontinua.

Los hospitales del área mediterránea (*fig.3.11B*) se distinguen por una planta rectangular dispuesta alrededor de un patio, espacio verdaderamente versátil en cuanto recorrido de distribución a las múltiples dependencias, elemento de regulación ambiental con la función de modular la penetración de luz y aire, y centro de los servicios primarios, albergando aljibes o albercas que abastecen todo el edificio de agua corriente.

Una nota destacable en lo que se refiere a la esfera institucional y administrativa está representada por la participación en las actividades hospitalarias de verdaderos profesionales de la salud, con tareas específicamente terapéuticas. Según las disposiciones mandadas por el director del centro, los médicos y sus aprendices visitan diariamente o semanalmente⁴ a los enfermos, observan su estado

3 La importancia que la cultura árabe confirió al problema de la salubridad del aire está relacionada directamente con los preceptos fundamentales de la medicina islámica: la teorías más difundidas y que pasarán a la tradición occidental, identifican el aire como un medio de corrupción para la salud del individuo; la concepción del contagio aéreo orientará, además, las políticas comunales para detener las epidemias de peste.

4 En el hospital de El Cairo hay unos operadores encargados de comprobar el

de salud, recomiendan la dieta a seguir y recetan medicamentos. Varios sirvientes se preocupan de ejecutar la prescripción médica, preparando para cada persona ingresada las pitanzas recomendadas, curando su higiene o atendiendo otras necesidades.

Tenemos noticias que atestiguan la presencia de médicos formados académicamente desde el siglo X en Bagdad, Damasco, El Cairo y Alejandría.

Habitualmente, el *maristan* estaba regido por un hombre de confianza del reinante no directamente vinculado a la profesión médica. El interés del califa en la gestión casi directa del hospital señala la importancia estratégica que este tipo de instituciones revestían en el ámbito más general de la gestión política y en el control de la benevolencia de la opinión pública. Por otra parte, se señala una singular semejanza con la gestión administrativa de algunos hospitales tempranos surgidos entre el siglo XIII y XIV en el área centro septentrional de la península italiana. Aquí la implicación con altos cargos de hombres leales cercanos a la institución gubernamental (comuna, señoría etc...), así como la participación directa del soberano en los asuntos asistenciales con donaciones y concesiones de privilegios, acompaña el nacimiento del hospital como servicio público ofrecido a la comunidad.

En su ensayo sobre el *Maristan* de Granada (fig.3.12), erigido hacia la segunda mitad del siglo XIV, Antonio Peláez Rovira destaca cómo el emir Mohamed V “pretendía también dar un uso político a la fundación del Maristan en la línea seguida durante su segundo reinado de asociar la labor edilicia a un programa bien definido de legitimación política”. La obra de filantropía, acercando al emir al pueblo, refuerza su posición política y garantiza su estatus de gobernante virtuoso: a través de la construcción del maristán el príncipe se beneficia de la relación entre salud, espiritualidad y poder.

No atañe a nuestros objetivos el análisis exhaustivo de los “procesos universales”⁵ de expansión, recepción y asimilación de la cultura greco-árabe en los territorios de Europa occidental. Sin

estado de los pacientes mañana y tarde, mientras que en el hospital de Bagdad, las visitas del médico están prevista lunes y jueves. También en el hospital principal de Damasco los chequeos médicos son diarios.

5 Schipperges, 1997. Op. cit.

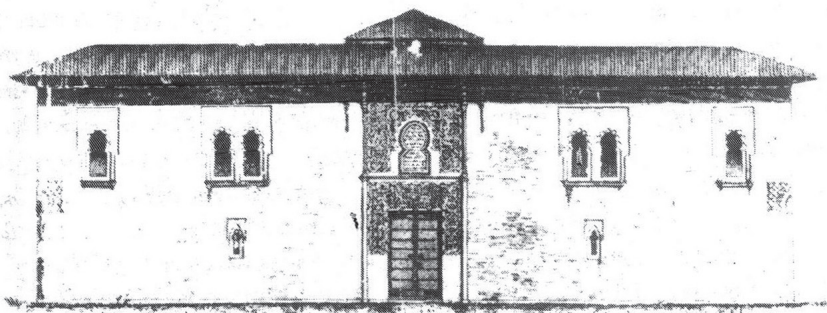


fig.3.12
Fachada del maristan
de Granada. García
Granados, 1989.

embargo, habrá que acotar un ámbito específico por lo que respecta a la enseñanza de las disciplinas pseudo-científicas y a la práctica empírica en organismos a ella dedicados durante la Baja Edad Media.

En su estudio, Schipperges nos presenta claramente un prototípico horizonte histórico de referencia y unos elocuentes mapas geográficos sobre las dinámicas de circulación a nivel europeo de las nuevas ideas procedentes del universo teórico oriental, modelado durante siglos de estudios, y comentarios de las antiguas experiencias y tradiciones intelectuales.

El trabajo de investigación del autor alemán nos sugiere trazar una panorámica de las instituciones académicas que han desarrollado el papel de centros activos en la difusión de un nuevo saber científico y nos permite inaugurar la temática de la original lectura que, a partir del siglo XII, los eruditos de los círculos cristianos dan de la escolástica tradicional y, especialmente, de la teoría de la ciencias naturales. En efecto, observamos en todo el territorio europeo una peculiar división entre los complejos monásticos, donde van cristalizando sucesivamente las divagaciones teóricas y los nuevos centros de estudios, que se van creando espontáneamente alrededor de comunidades de magísteres y alumnos. En estas sociedades universitarias embrionarias se irá gestando el humanismo *duecentesco*, con el descubrimiento y la ferviente labor de traducción al latín de los textos clásicos y la elaboración de las teorías aristotélicas y neoplatónicas. En lo que se refiere a las disciplinas médicas, durante largo tiempo éstas se relegarán a las escuelas de medicina, las cuales se incorporarán progresivamente a los hospitales para la práctica experimental.

Si se puede advertir un avance científico en una época que ya muchos historiadores en el pasado han tachado de obscurantista, sería la reconciliación entre teoría y praxis que caracteriza el fenómeno del arabismo en los centros europeos de formación escolar. Lo que resulta más provechoso para nuestros fines específicos no es tanto -o no sólo- analizar los aspectos formales del patrimonio greco-árabe⁶, como indicar las directrices de los cambios culturales, las características y originales combinaciones que se configuran a partir de dos universos sólo aparentemente distantes y los centros portavoces de esta libre y genuina integración ecuménica.

El centro catalizador de las mejores mentes que interpretaron con celo el soplo de novedad derivado de Oriente fue, ciertamente, Toledo. Durante largo tiempo, la capital ibérica desempeñó el papel de Casa-madre para una tupida red de congregaciones de hombres ductos y diligentes alumnos esparcidos en todo el *orbe*. A finales del siglo XII, estas comunidades itinerantes, acomunadas por unos códigos éticos fundamentados en el *amor sciendi* y en una caridad recíproca desinteresada, disfrutaban de una posición social privilegiada, derivada del reconocimiento oficial y jurídico por parte de las autoridades civiles y religiosas. Esto permitió a la medicina emprender el proceso de emancipación de las teorías gnoseológicas tradicionales y hallar su propio espacio de autonomía en el ámbito de las disciplinas científicas. Primero, los intentos de institucionalización carecieron de un rígido formalismo, ya que el fenómeno de escolarización se personificaba en el espíritu del individuo nómada⁷, empeñado en un viaje perenne en busca de la sabiduría. Enseguida, bajo el impulso de esta evangelización profana, florecieron centros académicos con una jurisdicción cada vez más rigurosa⁸.

6 “Se atribuye al profeta Mahoma la teoría de que tan sólo existen dos ciencias: la teología y la medicina; el arte de curar y la ciencia de la salvación. De una raíz, junto con la teología, nació la jurisprudencia, ciencia que versa sobre la “salus publica”; de otra raíz surgió la ciencia de la naturaleza, propia del médico-filósofo, del “Hakim”, que era el responsable de la “salus privata”. Se reconoce aquí la legítima estructura de las cuatro facultades con sus cuatro profesiones representativas: el sacerdote, el maestro, el juez y el médico”. Heinrich Schipperges, 1997, Op. cit.

7 Para el tema de la circulación de ideas a través de las vías de comunicación, véanse los capítulos dedicados a los caminos de peregrinaje y a las rutas comerciales. Apartado 4.1.

8 La creación de un marco deontológico para la profesión médica (con la mítica

Desde Toledo, las nuevas doctrinas, plasmadas sobre los maestros de la antigüedad, se ramifican en todo el territorio europeo, encontrando centros sorprendentemente receptivos, que marchan hacia una unidad cultural transnacional. Para la medicina, la escuela de Salerno “constituyó el verdadero trámite entre las escuelas orientales y occidentales antes del Renacimiento”. En esta ciudad, sede obispal ante del año mil, existía una floreciente tradición médica pre-escolástica. Distintas circunstancias habían favorecido que cuajaran en Salerno actividades de carácter terapéutico y de investigación médica:

Su pasado como centro monástico del imperio bizantino;

- El aumento de los intercambios comerciales con Oriente Medio y países mediterráneos, como Magreb y España;
- La presencia de un comunidad judía considerable;
- Una situación geográfica y climatológica muy favorable para la recuperación de enfermos y convalecientes.

La leyenda acerca de la fundación de la escuela médica de Salerno contiene una alusión metafórica a los pilares constitucionales de su orientación científica. Se mencionan cuatro personajes pero “no se trata de individuos, sino de tendencias, de orientaciones culturales, de puntos de intersección de la *Scuola*, donde la cultura hebrea, griega, árabe y latina concurren a definir la *ars medica*”. En Salerno, la medicina práctica ejercida desde antaño se transforma en disciplina docta a través de la asimilación de la tradición hipocrática y las aportaciones del universo científico árabe. El carácter metódico del arte médico en Salerno no impidió que se desarrollara cada vez más el interés hacia la organización de verdaderas consultas públicas y de un moderno sistema de hospitalización.

En Francia, la ciudad de Montpellier recogió la herencia de Salerno, transformándose en muy breve tiempo en centro de cultura

referencia a Hipócrates), la reglamentación para ejercer, además de una definición de un programa internacional de formación, preceden a la de cualquier otra disciplina. La referencia legislativa más conocida para estos temas que queda es el corpus de ordenanzas médicas publicado en 1231 por voluntad del emperador normando Federico II de la casa Hohenstaufen.

9 Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, 2005. Pág.167.

científica de primer orden. Aquí también el fulgurante desarrollo se debió a causas de carácter geográfico, socio-político y religioso: cruce de los recorridos que, desde el sur, introducían al camino jacobeo pasando por Toulouse, se hallaba en una vasta zona, el Midi francés, en pleno desarrollo manufacturero y comercial a partir del siglo XIII. Además, la diáspora de los grupos judíos residentes en la península ibérica debido a la hostilidad de los emires árabes, había animado una masiva migración hacia Francia de profesionales e intelectuales, enriqueciendo los recursos humanos disponibles en el Languedoc y en Provenza. Alrededor de 1170, tenemos noticias de una vivaz actividad de asistencia hospitalaria, merced de la asidua labor de Guy de Montpellier y de la fraternidad por él creada. Dice Chevalier, refiriéndose a la segunda mitad del siglo XIII: “mientras que la escuela de Salerno iba declinando y la de París estaba como paralizada por la rigidez del dogma, la Escuela de Montpellier recibió un impulso continuo de los hospitales monásticos, que ofrecían a los médicos y a los maestros un rico material de observación”¹⁰.

Lo que permitió a la medicina - cuyo carácter mundano la relegaba a un espacio ambiguo y a menudo discrepante de los dogmas teologales del culto católico - mantener su lugar dentro de la clasificación tardo-medieval de las ciencias humanas oficialmente reconocidas y universalmente aceptadas, fue, entre otros aspectos, la utilidad incuestionable de sus propósitos pragmáticos. Mientras que la especulación filosófico-religiosa se orienta hacia un misticismo metafísico, negando el valor de la naturaleza y banalizándola como imagen engañosa cuya exuberante belleza la hace metáfora diabólica, la medicina, en cuanto *scientia naturalis*, reivindica, desde sus fundamentos estatutarios, su doble índole teórica y práctica y, así, su doble vocación entre *studium* y *operatio*. De esta forma se presenta el compendio medieval titulado “Isagoge Johannitii”, cuyo eco resuena magistralmente en la introducción del Canon de Avicena: “He puesto interés ante todo en explicar los principios comunes, generalmente obligatorios, de cada una de las dos partes de la medicina, a saber, de su teoría y su práctica”¹¹. El insigne médico árabe afina posteriormente estos conceptos cruciales, confiriendo dignidad al momento empírico del procedimiento científico: hay

10 Chevalier, A., *La facultá medica di Montpellier*, en Revista Ciba, n. 14, 1948. Pág. 447.

11 Avicena, *Canon medicinae: libro de estudio*, Madrid: Ars Magna, 2002.

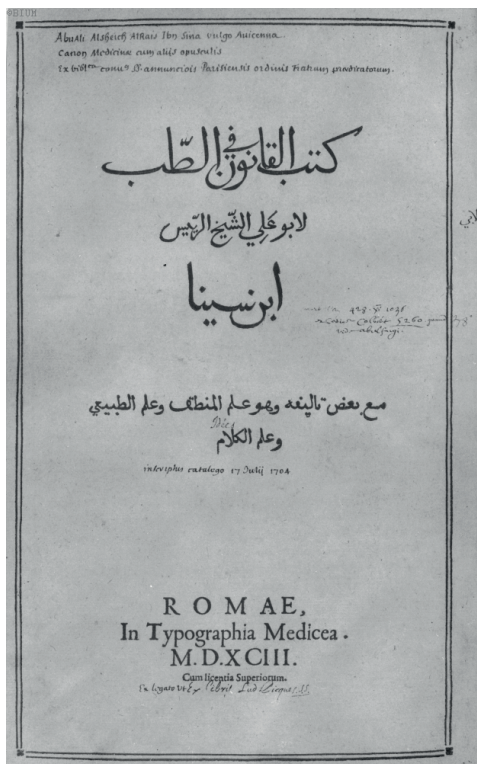


fig.3.13
Portada del Canon
Medicinæ de
Avicenna. Editado en
Roma en 1593.

materia y movimiento, física y metafísica. Estas posturas críticas nos ayudan a comprender las razones históricas de la condescendencia y simpatía con las que las instituciones católicas admitieron las influencias eruditas de oriente próximo en su propio horizonte ideológico, favoreciendo generalmente los procesos de asimilación de una nueva y original escolástica común¹⁴.

que diferenciar la planificación y la elección de la cura, que exigen una mente aguda y despierta, de la ejecución material del tratamiento o de la intervención quirúrgica que requieren habilidad y destreza física.

Por otra parte, “no solamente (...) la teoría infunde en la acción una específica virtualidad plástica, sino también (...) constituye de por sí el factor integrador de la actuación médica como tal”¹². Pues es la culta interpretación de los preceptos aristotélicos la que facilita a la disciplina médica un soporte estructural sólido y duradero. El estudio anatómico¹³ y la fisiología surgen y se legitiman sobre lo que Aristóteles consideraba bajo el título “De generatione”: mientras que la anatomía se configura como análisis teórico sobre los misterios de la materia, la fisiología examina los movimientos de esta en el microcosmos del hombre. En la interpretación árabe de la escolástica de matriz aristotélica se aúnan

12 Schipperges, 1997. Op. Cit.

13 El estudio del cuerpo humano en occidente alcanzará su auge durante la estación del humanismo italiano del siglo XV, con las memorias de Leonardo, Francesco di Giorgio, Filarete etc., que lo utilizarán como referencia modélica para una arquitectura antropomorfa. Sin embargo, hay que superar el prejuicio de que la ciencia árabe tuviera poco interés hacia la anatomía clínica debido a razones de carácter religioso. Lo demuestra la importancia que este tema adquiere en las obras de autores como Avicena y Ali b al-Abbas que no sólo aceptan las bases de la cirugía helenística y galénica, sino que impulsan avances significativos en disciplinas específicas como la oftalmología y la obstetricia. Cosmacini, 1997. Op. Cit.

14 Pedro el venerable, abad de Cluny polemizaba con infieles árabes por temas de doctrinas teológicas, pero se acercaba a ellos con la fuerza de la racionalidad y

Con la asimilación de la doctrina hipocrática, el renovado equilibrio entre teoría y praxis y el nuevo programa metodológico, se introduce la materia del quehacer terapéutico, representado en la triada clásica cirugía, farmacopea¹⁵ y dieta.

Este último punto merece una breve disertación específica, pues forma parte de esta materia un género muy peculiar que llama nuestra atención por la influencia que ejerció en las disposiciones de planificación urbana: los manuales de urbanidad. Como hemos señalado en el capítulo anterior a propósito de las medidas activadas para limitar el contagio de peste, si bien resulta difícil hablar de una verdadera teoría higienista hasta el siglo XVIII, parece legítimo señalar la implicación consciente y responsable por parte de los administradores públicos en los temas de decoro urbano. En los textos árabes, estas problemáticas se integraban en el concepto de dieta en cuanto a recopilación de consejos dirigidos al logro de una conducta moderada, sobria y equilibrada. Resulta razonable la correspondencia entre las rectas costumbres individuales y sociales como principios inspiradores

no con el ímpetu de la violencia. Asimismo, otros clérigos reconocieron el valor intelectual de la cultura científica oriental, entre ellos Adelardo de Bath quien afirmaba: "He aprendido de los maestros árabes a hacerme guiar por la razón". Cosmacini, 2005, Op. Cit., Pág. 181.

15 Hay que señalar la importancia de la influencia árabe en el desarrollo de una disciplina farmacéutica en Europa durante el bajo medioevo: una de las primeras especializaciones funcionales en los espacios hospitalarios interesa la instalación de huertas y boticas para el cultivo de los "simplici", que se acompañó de una fecunda producción literaria de recetarios y elencos especiales de medicamentos. La investigación farmacológica impulsó, además, el comercio de las especias, como atestiguan los inventarios de grandes complejos hospitalarios como Siena y Florencia.

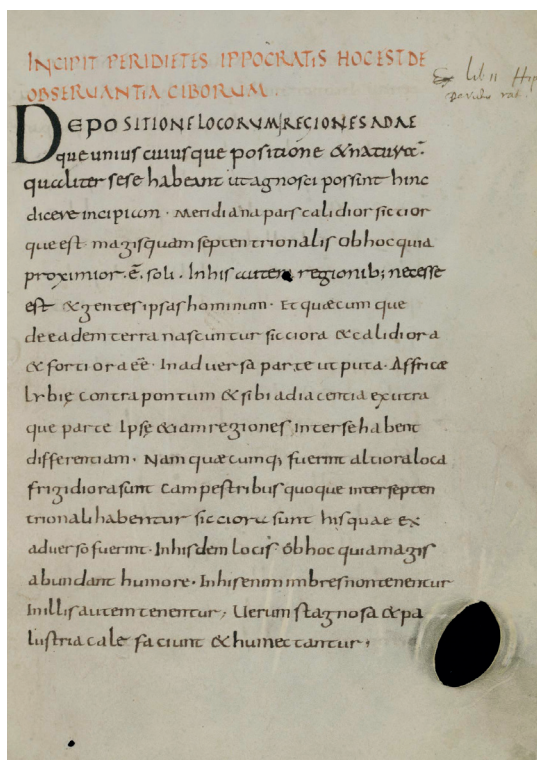


fig. 3.14
Ps. Hippocrates, *De
victus ratione liber II
seu De observantia
ciborum*.
Cologne Fondation
Martin Bodmer Cod.
Bodmer 84.

para un disfrute virtuoso de los espacios comunitarios¹⁶.

Ahora bien, lo verdaderamente asombroso es, no tanto el hecho de que en un tiempo muy breve se pueda apreciar en la escolástica occidental un repentino enriquecimiento, ni el hecho, de por sí admirable, de que, por lo menos al principio, ésta se fomentó en el nombre de un ecumenismo genuinamente tolerante, sino que se trató de una asimilación dialéctica voluntaria y lúcida, sin imposición alguna desde los altos mandos políticos. Con las aportaciones orientales, interpretadas bajo la influencia de las tradiciones europeas de Boecio, Casiodoro e Isidoro de Sevilla, la medicina se impone, aunque bajo un perfil puramente didáctico, guía privilegiada en el campo de la investigación científica. En efecto, aunque durante siglos faltaran las referencias a los clásicos griegos en las escuelas monásticas, la tradicional clasificación de las artes enumeraba la geometría, la astronomía, la aritmética y la música entre las ciencias positivas. Hasta la definitiva prohibición impuesta por el concilio de París (1212), Cluny defendió con firmeza el deseo y la inclinación hacia el estudio y que la dedicación a las ciencias se considerara entre las honestas tareas de los clérigos. Sin embargo, la postura holística de estos centros de enseñanza, además de la ingerencia de las vertientes conservadoras de la autoridad religiosa, hicieron que las ciencias carecieran de una acción pragmática contundente. Aun así, “bajo los criterios formales de la enciclopedia aristotélica y los abundantes materiales del arsenal terapéutico árabe, la medicina escolástica, a finales del siglo XII conquista su puesto estable en el catálogo de la ciencias”¹⁷, sistematizando su lenguaje técnico, su propio catálogo de asignaturas académicas y estrenando un nuevo repertorio metodológico para la actuación práctica.

Además, el nuevo marco ideológico comporta la definición de una figura profesional ejecutante del programa teórico: el médico como *artifex* del arte terapéutico. Su cometido moral y profesional, legitimado por una formación específica, es examinar a los pacientes para conservar o restablecer su estado de salud.

16 Una vez más, nos encontramos ante un tema que tendrá mucha resonancia en la manualística renacentista gracias a la obras de maestros como León Battista Alberti: las condiciones ambientales adecuadas al asentamiento humano atañen a las condiciones de luz, ventilación, y suministro del agua potable.

17 Schipperges, 1997, Op. cit.

Un elemento que merece la pena destacar en la escolástica del bajo Medioevo, promocionada por primera vez en Toledo, es el esfuerzo para superar los límites del provincialismo cultural, a fin de difundir un imaginario científico paneuropeo. Esta actitud justifica la profunda consonancia de intenciones que une, por ejemplo, las instituciones escolares españolas, francesas e italianas y explica aquel peculiar movimiento de maestros y estudiantes por las universidades de Occidente.

Es cierto que tanto el proceso de asimilación de las doctrinas orientales, así como el fenómeno de transformación del saber científico en Occidente más allá de la influencia romántica del *amor sciendi*, se vieron favorecidos por la transición de pequeñas comunidades de carácter exclusivamente rural a sociedades con vocación urbana y ocupaciones relativas a la producción de bienes inmateriales, transición constatable en todo el territorio europeo. El arabismo, en cuanto fenómeno catalizador de un fermento preexistente, caracteriza un momento histórico de transición y facilita la comprensión de ciertos aspectos culturales de aquella época de pasaje a la modernidad.

Con respecto a la intensificación del pensamiento proto-científico durante la Baja Edad Media, distintos autores han sostenido la superioridad de los centros del sur de Europa, como Salerno y Montpellier, frente a una tradición nórdica, más obediente a las imposiciones dogmáticas de la religión católica, como la Universidad de París, donde “la observación cedía el paso a la especulación abstracta y el método analítico y práctico al dogmatismo verbal y silogístico”¹⁸.

Hacia 1350 se puede dar por concluido el proceso de asimilación de los aportes cultos provenientes del universo cultural griego-árabe. Algunas capitales europeas se habían delineado como centros de cristalización del nuevo saber. En España, pero sobre todo en el sur de Francia y en Italia, existían verdaderas facultades de medicina, que presumían de programas de enseñanza muy bien estructurados, articulados en una preparación teórica y una fase práctica de trabajo de campo en hospitales y hospicios.

18 Consmacini, 2005, Op. cit.

A partir de entonces, este asombroso fenómeno de ósmosis cultural de oriente a occidente y viceversa se detiene repentinamente a causa de la recesión económica, del estallido de terribles brotes epidémicos, de la radicalización de posturas ascéticas e irracionales frente a la pérdida de aquella seguridad psicológica hacia el futuro que había caracterizado las sociedades de los siglos XII y XIII. El fracaso de la medicina ante el apocalipsis de la peste bubónica dictó sentimientos de general desconfianza o abiertos enfrentamientos hacia las ciencias naturales.

Sin embargo, la nueva visión humanista del saber había penetrado profundamente en las instituciones occidentales y modificado integralmente una estructura de coordenadas culturales ya inadecuada y tambaleante.

En esta concepción del hombre y del cosmos, “la medicina es todavía un don concedido al hombre, pero no como sapiencia perfecta y cumplida, sino como ciencia por perfeccionar, es decir como saber potencial que hay que actuar a través del estudio, de la aplicación práctica, del ejercicio profesional bien informado y bien regulado. Era *donum scientiae*, con su propia arte y técnica”¹⁹.

19 Cosmacini, 2005, Op. cit. Pág. 187.

3.4 Multifuncionalidad y especialización en ambiente hospitalario: el caso de Siena

La crisis de la ciencia médica de finales del siglo XIV va acompañada de una crisis de las instituciones hospitalarias, con la interrupción del proceso de medicalización que algunos hospitales europeos habían comenzado desde el siglo XII paralelamente al ascenso de las disciplinas científicas y de las ciencias naturales.

En la definición social del espacio hospitalario como lugar de asilo para personas desfavorecidas (enfermas y necesitadas) concurren diferentes factores:

- la moral cristiana, que deriva de una lectura actualizada de los evangelios, da el impulso a la creación de cenobios y lugares de vida comunitaria. En particular Lucas, a quien la tradición designa como un médico compasivo, concentra su atención en la índole curadora del Cristo, influenciando positivamente el *ars curandi*. En un famoso pasaje de su evangelio, el samaritano acude a un desconocido apaleado, cura sus heridas con aceite y vino, y lo traslada a un albergue

fig.3.15
Storie del beato
Sorore. Lorenzo
Vecchietta, 1441.
Pellegrinaio,
Hospital de Santa
Maria de la Scala.



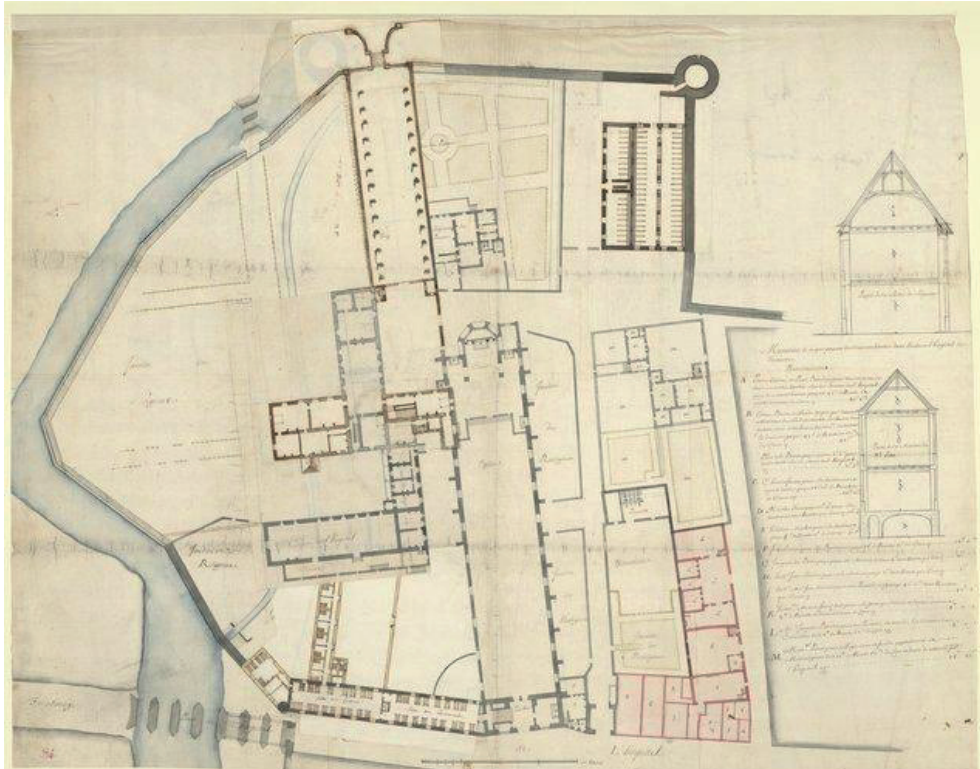


fig.3.16
Plan del hospital de
Tonnerre., 1721.
Bibliothèque
Nationale de France.

para cuidar de él hasta que se restablezca. El ascetismo se transforma en un empeño terrenal al servicio del prójimo, visto como una unidad de cuerpo y alma. Si bien esto por una parte animará la asimilación de los clásicos griegos, avanzando el conocimiento en fases de crisis y frustración ideológica, por otra parte alimentará posturas irracionales que infravaloran los síntomas y sufrimientos físicos;

- el desarrollo de la economía mercantil había contribuido al auge de una nueva clase de mercaderes, banqueros y empresarios cuyos negocios contravenían a menudo la ética de moderación de los mandamientos cristianos. La lluvia de donaciones pías que inundó las cajas de monasterios y parroquias a partir del siglo XII, tenía como objetivo el rescate de una clase social tachada de conducta antirreligiosa. Este grupo social se apoderó del papel de mecenas iluminado, desempeñando un rol estratégico en el desarrollo

de un sistema de hospitales urbanos regidos por cofradías limosneras. Como relata Pellegrini, “así las nuevas élites de la ciudad renaciente descubrían en la promoción de estructuras hospitalarias, a veces asaz modestas, un tipo de fundación al alcance de sus bolsillos y de sus propias exigencias de salvación”;

- el desarrollo urbano en el momento en que disminuyen los eventos bélicos, actúa como aspecto colectivo y unificador en los alternos fenómenos sociales. Es la dimensión urbana la que altera las relaciones entre normal y anormal, sano y enfermo, rico y menesteroso. Lo anómalo, lo deforme e incluso lo monstruoso, son aceptados, según dicta el código ético, dentro del recinto ciudadano siempre que estén apartados a lugares onde el control constante permita un aceptable margen de garantía para la salud y el bienestar de la colectividad.

Del difundirse de morbos populares – aquellos que comprometían una larga base demográfica – como la lepra, invalidante pero no mortal, y de la evangelización caritativa de las conciencias, habían surgido, durante el alto medioevo, los leprosarios, cuya fundación según Beriac fue “un aspecto del debut general de la asistencia hospitalaria a los enfermos”².

Así, durante el Alto Medioevo se asiste a un formidable desarrollo de leprosarios en toda Europa bajo el empuje de la actividad monástica. Su localización llegó a ser tan generalizada que a lo largo de la antigua vía Emilia romana los hospitales para leprosos marcaban la tradicional organización del territorio en *mansiones*, colocándose cada 25-30 Km, distancia que cubría un viaje diario. Estos establecimientos, aunque se relacionen directamente con un imaginario humano ya urbanizado, se ubicaron en las periferias de los núcleos habitados, generalmente a unos tres kilómetros de la puerta oriental, por cuestiones ambientales y de seguridad que se convertirán en metáfora de una marginación social cada vez más

1 Pellegrini, M., *La comunità ospedaliera di Santa Maria della Scala e il suo più antico statuto*, 2005. Pág. 25.

2 Beriac, F., *Histoire des lépreux au moyen âge. Une société d'exclus*. Paris: ditions Imago, 1988. Pág. 169.

patente. Así pues, frente a un primer intento de especialización terapéutica se delinea una institución cuyo impacto sobre la sociedad civil es francamente marginal.

A diferencia de los leprosarios, que orbitaban alrededor de los nacientes centros metropolitanos, otros edificios hospitalarios, situándose en una posición central, lograron, con el paso del tiempo, una función centrípeta en el ámbito de las actividades urbanas, estimulando el interés de la ciudadanía, la predilección de la clase dirigente y hasta la participación de los sujetos financieros.

Es útil seguir señalando la íntima correspondencia entre el proceso de reocupación del territorio a partir del siglo XI y el nacimiento del hospital civil, cuyo modelo arquitectónico evolucionará hasta la cristalización formal operada por los arquitectos renacentistas.

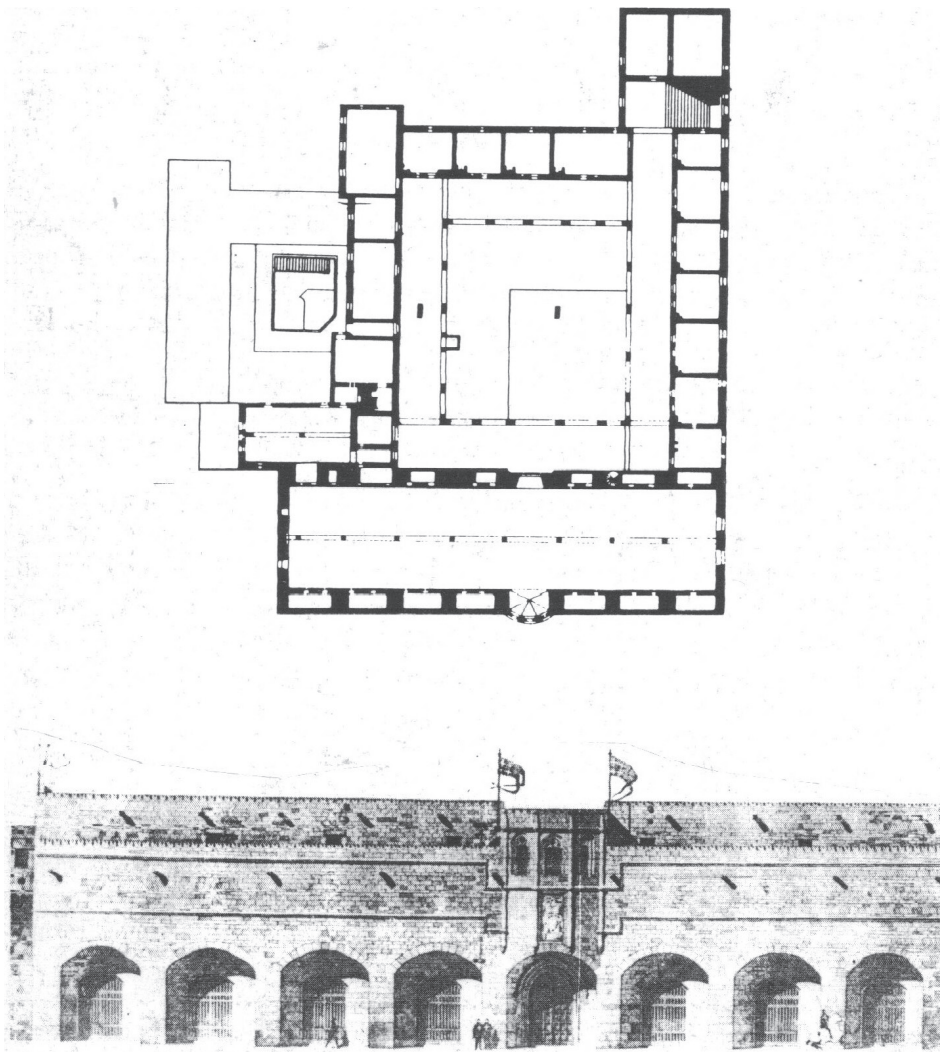
Esta evolución es lenta, inconstante en el tiempo y desigual en el espacio. Surge de la hospitalidad monástica, de la cual tenemos ejemplos monumentales en las aulas de Beaune o de Tonnerre (*fig.3.16*); se alimenta de la protección episcopal, hasta cambiar su interlocutor religioso por el poder público, transformándose en hospitalidad de estado. En este proceso, que apunta a una completa medicalización de los hospitales, juegan un rol esencial las instituciones levantadas por las órdenes militares en todo el mediterráneo. Estos resultan ser ejemplos muy interesantes en cuanto que se sitúan en una categoría ambigua entre la estructura especializada (llegando a curar sólo enfermedades referentes a un determinado cuadro nosológico) y la fábrica religiosa: el hospital jerosolimitano de Roda (*fig.3.17*), modelo para muchos edificios de la misma orden esparcidos por el mundo, mantiene la enfermería en la primera planta, mientras que la planta baja, de más fácil acceso, está destinada a iglesia, configurándose pues como el eje del diseño compositivo.

“A lo largo de las directrices [viarias] y en el retículo de recorridos tributarios, punteados por santuarios e iglesias, se iban adensando los albergues de etapa, los refugios, los hospicios. Los viejos *xenodoquia* se remplazaban definitivamente, después del año

Mil, con los nuevos *hospitalia*.³ Gradualmente, los hospitales van conquistando más autonomía respecto del sujeto religioso; esta separación y emancipación ideológica se refleja en una variación precisa en la ubicación de las enfermerías y en la adopción del esquema planimétrico-funcional. Señala Leistikow que “a partir del siglo XIV fue abandonándose paulatinamente la idea de poner en

³ Cosmacini 2005. Pág. 130. Para el tema de los hospicios en las rutas de peregrinos y comerciales véase *El camino de Santiago: la hospitalidad monástica y la peregrinaciones*, 1992.

fig.3.17
Planta y alzado del
Hospital de Rodas.
García Granados,
1989.



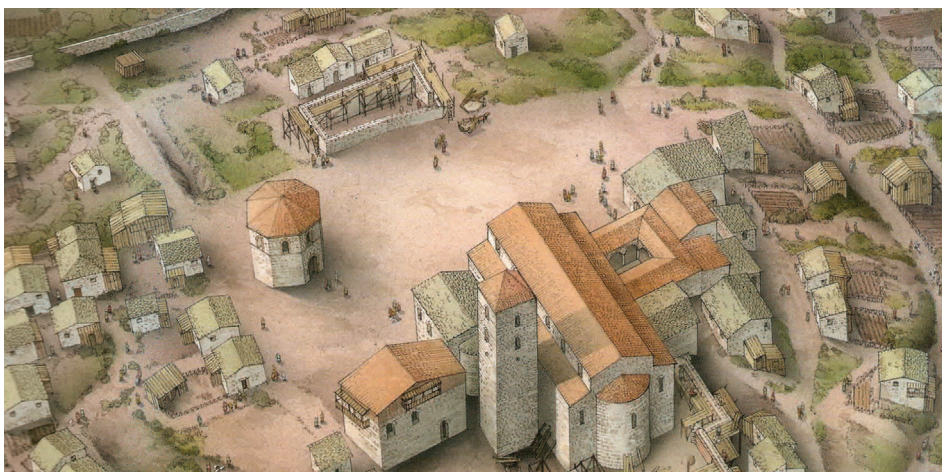
contacto directo a los hospitalizados con las dependencias destinadas a la iglesia; esta idea es sustituida por una separación bien manifiesta entre hospital y iglesia. La ornamentación arquitectónica sacra va cediendo paulatinamente su supremacía a las formas profanas. Siguiendo por esta senda se llega finalmente al hospital civil o burgués”⁴.

En este panorama, un caso paradigmático es el del hospital grande de Siena, cuyo análisis es indispensable para comprender el alcance de los cambios en las formas administrativas y, por consiguiente, arquitectónico-constructivas, que sufrió el hospital en su reforma de “señoría del pobre” a “clínica xenodoquial”. Efectivamente, dentro de su compleja multifuncionalidad, el hospital de Siena (*fig.3.18*) constituye un temprano ejemplo de medicalización y especialización de las estructuras asistenciales.

Consideramos que Santa Maria della Scala, en virtud del prestigio que lo distinguió a lo largo de los siglos, no sólo por sus calidades arquitectónico-funcionales, sino también por la peculiaridad y eficiencia de su gestión, podría asumirse como un primer modelo, aunque su imitación no sigas directamente la reglas tipológicas que definen la relación prototipo- réplica. Por eso apuntamos que analizar la historia de su evolución es un paso esencial para la definición de las matrices tipológicas del hospital “moderno”.

Desde un punto de vista propiamente urbanístico-arquitectónico, se puede afirmar que el ciclo de vida del hospital sienes está caracterizado por un lento proceso de ocupación de solares, cambios de uso de unos mismos edificios y crecimientos por acumulación de células, siguiendo una fórmula típica del desarrollo de la trama urbana residencial. Además, ese establecimiento surge en un sitio con mucha tradición de ocupación antrópica, pues lo encontramos habitado en su parte alta (la misma que luego ocupará la catedral y el hospital) ya desde el II siglo antes de Cristo. Se configura como uno de los centros urbanos arquetípicos donde podemos observar una temprana especialización del “tejido de base” en el corazón del núcleo habitado. El hecho de que esta especialización monumental se vuelva hacia la esfera asistencial-sanitaria demuestra la importancia que este campo de la ciencia social desempeñó en

⁴ Leistikow, 1967. Pág. 57.



Siena desde su principio.

Hay una clara discrepancia entre el mito acerca de los orígenes del hospital de Siena y los procesos reales de fundación del mismo. Al igual que muchas fábricas medievales especializadas, el hospital acompaña en sus diversas fortunas a la comunidad episcopal, de la que depende su primerísima creación. Ya desde el principio, el hospital de Siena se presenta como caso peculiar, pues se relaciona con el capítulo de la Iglesia Madre y los destinos de la catedral; en esta “la comunidad urbana reconoce su identidad y la más alta expresión de sus iniciativas políticas”⁵. Un elemento significativo se encuentra en el “orgánico nexo que une las nuevas fundaciones asistenciales urbanas a las expectativas materiales y espirituales de los estratos más dinámicos de la sociedad civil”⁶.

Es en 1090 cuando se tiene noticia de la primera donación hecha para el xenodoquio y hospital del “Duomo” de Santa María; es una “época crucial en la que Siena sienta las bases de un sólido y fulgurante renacimiento urbano”. Ya en este momento aparece clara la distinción entre el edificio de culto y sus dependencias con fines específicos⁸.

5 Sordini, B., *Santa Maria della Scala, uomini, cose e spazi nella Siena medievale*, 2010. Pág. 20.

6 Pellegrini, M., *La comunità ospedaliera...*, 2005. Pág. 26.

7 *Ibidem*. Pág. 25.

8 Es más, entre los espacios de servicio a la comunidad se distingue entre hospicio

fig.3.18
Reconstrucción de
la primera fase de la
obra de Santa Maria
della Scala, Siena.
Sordini, 2010.

En relación a la fase primitiva de formación del hospital, las fuentes son poco generosas y bastante oscuras, siendo obligatorio analizar las aportaciones e informaciones obtenidas por los arqueólogos.

Las primeras indicaciones de maduración y cambio “se manifiestan en el último cuarto del siglo XII. Silenciosamente el hospital había ido creciendo, coagulando a su alrededor todo un grupo de personas que se reconocían en él, más que en la comunidad de regulares de la cual era apéndice”⁹. En el 1148 se compra la primera casa en frente de la catedral, y en 1167 se atesta la primera donación hecha para disfrute exclusivo del hospital. En la bula de 1186, el Papa Urbano III, aceptando la petición de traslado de la comunidad hospitalaria, cita su nueva localización en frente de la catedral, *ante gradus ecclesie*, nombre con el cual desde entonces se referirá al hospital de Siena.

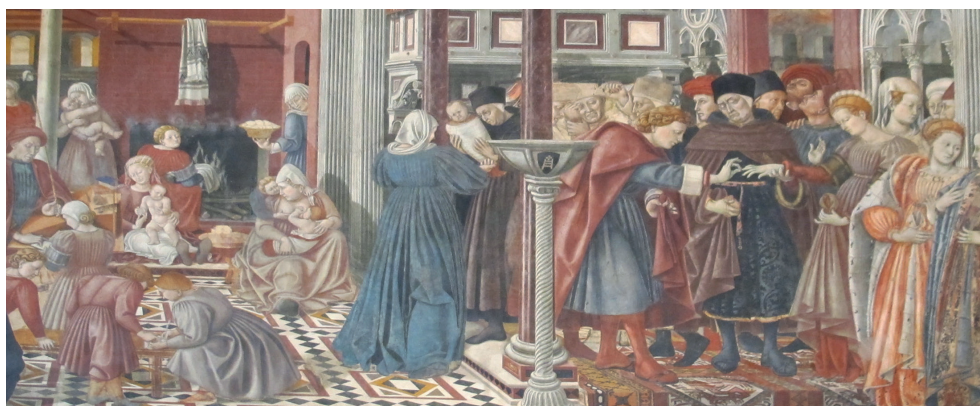
Años antes, la ciudad había empezado a desarrollarse hacia el valle y eso comportaba también una redefinición urbanística de la acrópolis sede de la catedral y del hospital. El desplazamiento del hospital parece ligado al proyecto de ampliación de la iglesia madre en un periodo de plena expansión económica gracias al desarrollo

fig.3.19
“Accoglienza,
educazione e
matrimonio di una
figlia dell’ospedale”.
Domenico di Bartolo.
Pellegrinaio di Santa
maria della Scala,
Siena.

y hospital; lo que puede parecer simplemente una finura terminológica, a nuestros ojos es indicio de una bifurcación funcional. Estamos convencidos de que la preocupación por una exactitud lingüística esconde la voluntad de señalar una nueva significación acerca de las dos instituciones.

9 Véase *Sotto il Duomo di Siena: scoperte archeologiche, architettoniche e figurative*, a cargo de Guerrini. Milano: A. Pizzi Ed., 2003 y AA. VV., *Ospedale di Santa Maria della Scala: ricerche storiche, archeologiche e storico-artistiche*, 2005.

10 Pellegrini, Op. Cit. Pág. 27.



de un próspero comercio alentado por el sector banquero; a esto la historiadora Beatrice Sordini añade la responsabilidad del cambio más general en el pensamiento católico que Vauchez llamó “la revolución de la caridad” y al cual hemos hecho referencia anteriormente: los espacios de la canónica se habían hecho demasiados angostos para unas tareas que iban atrayendo cada vez más protagonismo y protagonistas.

De hecho, la adquisición de nuevos solares en un lugar externo al recinto de la catedral, aunque muy próximo a él, estaba justificada por varias necesidades:

- dar más visibilidad a la institución;
- indicar, con ese objetivo, una parcela independiente del complejo de edificaciones catedralicias, pero que, a la vez, fuera un punto de confluencia de la red viaria. A este propósito se puede observar una importante modificación en la concepción de la geografía urbana medieval: el hospital, que estaba en un lugar periférico, busca ahora una localización polar y una completa integración urbana;
- elegir un emplazamiento que responda de manera satisfactoria a una serie de requisitos ambientales: un lugar accesible, pero también con buenas condiciones de luz y vientos y con posibilidad de eliminar cómodamente los residuos de la actividad hospitalaria;
- disponer de espacio para la futura y recomendable expansión del ente. La franja de terreno que se encontraba frente a la catedral carecía de estructuras arquitectónicas de relieve, lo que facilitaba el proceso de alienación o compra venta de las casas; por otra parte, como han demostrado las excavaciones arqueológicas, poseía áreas con plataformas edificables que limitaban hacia el sur con la muralla defensiva.

La nueva localización de Santa Maria, pone en relieve dos aspectos aparentemente contradictorios: la separación de la parroquia *maioris* y la contigüidad, incluso física, con ella; en realidad se trata de un intento por parte de la neonata comunidad hospitalaria de buscar un acercamiento a la comunidad sienesa, que reconoce en el culto a la virgen y en el fervor religioso un motivo de

agregación. Asimismo, el recinto sagrado se configura como potente espacio aglutinante y moralizador. Además, “la dependencia del capítulo catedralicio legitimaba, desde el punto de vista canónico, la existencia de la recién nacida comunidad, defendiéndola como una *fraternitas* no acéfala sino firmemente incluida en las mallas de las estructuras eclesíásticas locales, además de estar reconocida por la sede apostólica”¹¹. Por esto, desde su fundación, Santa Maria della Scala se presenta como el hospital ciudadano por antonomasia.

Paralelamente al traslado se asiste a un primigenio intento de definición institucional. En 1193, un ilustre exponente de la nueva nobleza consular había sido elegido en calidad de Rector, oficio que le había sido ratificado el año siguiente por Celestino III. La elección de Incontrato di Giovanni deja suponer la condición de las entidades laicas propuestas para la gestión del hospital: una clase pudiente, económicamente acomodada y políticamente influyente, metáfora de una integración perfecta con la sociedad neo-burguesa. En aquel entonces, en el marco de una disputa patrimonial entre el hospital y el capítulo, emerge también la primera definición del hospital como sujeto jurídico, libre y libremente representado ante el poder religioso y temporal por un hombre ilustre, votado democráticamente por los órganos de la comunidad hospitalaria. Bajo esta prerrogativa de autonomía, el hospital se presenta ante la sede papal, que le concede la facultad de autogestionarse económicamente con un patrimonio propio, inalienable.

Durante el siglo XIII, los rectores adoptarán puntualmente una política de tutela del ente y de su peculiar forma de autogobierno, combinando sus intereses con los de las clases más influyentes (como atestigua también la elección de rectores de alta extracción social). El cálculo administrativo se traduce en una estrategia precisa de expansión financiera; el hospital, a través de concesiones, compraventas y sumisiones espontáneas, adquiere numerosas fincas campestres y derechos sobre las pequeñas instituciones asistenciales suburbanas.

Una posterior afirmación de la emancipación del hospital llega en 1257 por parte de la curia de Roma: con una bula el papa Alejandro

11 *Ibidem*. Pág. 33.

III concede a la orden de Santa Maria della Scala el permiso de construir una capilla propia en el interior del instituto hospitalario y ordenar su propio capellán. Las investigaciones arqueológicas y un cotejo documental¹² han demostrado que el ambiente destinado a iglesia existía antes del consentimiento papal; por lo tanto, es legítimo pensar que la amplia aula que se ubica en la ala este del complejo frente a la plaza de la Catedral, fuera la primigenia sala polivalente que se utilizó para amparar viajeros y peregrinos. Efectivamente, en 1248 el hospital se presentaba como la típica aula medieval, muy similar a la nave de una iglesia, el espacio que mejor se presentaba para amparar bajo el mismo techo a muchas personas.

A partir de 1262, promulgando un edicto especial, el Ayuntamiento de Siena se involucra oficialmente en la defensa pública del Hospital; de la protección municipal derivan ayudas político-judiciarias en términos de privilegios fiscales y apoyo militar. Así, la estrecha colaboración entre el hospital y la autoridad pública “empezaba a articularse en una serie estratificada de normativas”. El interés del ayuntamiento apuntaba sobre todo a detener una práctica viciosa que se había transformado en una costumbre en muchos negocios del hospital: las oblaciones ficticias. Mediante este subterfugio, muchas familias adineradas y “devotas” conseguían eludir los gravámenes fiscales sin desatender sus actividades lucrativas, tal y como teóricamente exigía el reglamento de la congregación de la Scala, a la vez que el hospital incrementaba sus posesiones y forjaban valiosas relaciones políticas. En efecto, desde siempre “la participación en la experiencia hospitalaria se ofrecía a los ciudadanos y campesinos según una gama muy variada de nivel de implicación”, lo cual dependía claramente del valor de las rentas donadas¹³; la aceptación de nuevos individuos en la familia hospitalaria no estaba reglamentada por ninguna norma oficial, sino por el deber de obediencia a un rector elegido por una comisión tampoco normalizada. En su comentario de la publicación del estatuto de 1305, Pellegrini habla agudamente de “ambigüedad como

12 Un documento de una donación de 1348 declara que la transacción se ratificó en el pórtico del hospital, espacio que se ha reconocido en la antesala de la actual iglesia. Sordini, Op. cit. Pág.74.

13 La práctica fraudulenta denunciada por las autoridades consistía en devolver en usufructo a los mismos propietarios las rentas donadas que, de esta manera, resultaban libres de impuestos. Pellegrini. Op. cit.

recurso”, reconociendo en el vacío legal del hospital su capacidad de gestionar dinámicas sociales muy complejas, imprescindibles para poder prestar a la comunidad servicios cada vez más especializados¹⁴.

Toda esta indeterminación aparece magistralmente institucionalizada en el primer estatuto que el hospital redacta y publica a toda prisa en 1305. Esta constitución surgía en respuesta a la acción normativa del ayuntamiento, que el año anterior había mostrado una intención concreta de control sobre el ente asistencial, hablando del él como del “hospital del Ayuntamiento”. Imponiéndose como garante de transparencia y legalidad, la autoridad civil preparaba el campo para una reforma sanitaria masiva, adelantándose de más de un siglo a las grandes reformas que durante el *Quattrocento* conducirán al nacimiento del hospital moderno. En base a todos sus propios recursos intelectuales y políticos, la comunidad de Santa María preparaba una norma que lo tutelara como sujeto jurídico autónomo, fiel al gobierno civil y absolutamente capacitado para administrar de manera transparente y provechosa sus propios intereses en el superior interés de toda la sociedad sienesa.

Efectivamente, tan arduo es definir o clasificar con exactitud la naturaleza de quienes vestían el hábito del hospital, entre monjas, frailes, profesionales a sueldo, sirvientes y “conversi”, como delinear los articulados espacios de su edificio, cuyo crecimiento llega a configurar una verdadera ciudad en la ciudad.

El desarrollo arquitectónico del hospital a finales del siglo XIII está relacionado con el intento por parte de la autoridad municipal de emprender una restructuración de la zona comprendida entre la catedral y el lienzo de muralla, entorno urbano que había ido mutando bajo el empuje de la edificación residencial. Al considerar el estado de esta parte de ciudad, el gobierno tiene en cuenta el crecimiento del hospital, que ya había englobado algunas casas adosadas a la muralla y construido un sistema provisional de puentes y pasarelas para acceder a ellas, destripando parte de las casas que se encontraban entre la iglesia del hospital y la muralla e incluyendo una callejuela (fig. 3.20).

Es en 1257, cuando el capítulo del hospital avanza en sede

14 Pellegrini, Op. Cit.



apostólica la exigencia de dotarse de nuevos espacios para la función terapéutico-asistencial, cuando el gobierno municipal decide derrumbar parte de su antiguo sistema de fortificación.

fig.3.20
Strada Interna.
Hospital de Santa
Maria de la Scala.

Creemos que no es tan importante averiguar si fueron las instituciones de Santa Maria della Scala las que apresuraron este cambio o si este simplemente entraba en los diseños de expansión municipal que preveían, al mismo tiempo, animar el desarrollo arquitectónico del hospital, pues parece clara una especie de peculiar correspondencia entre los dos hechos. Así, se podría señalar, al margen de las disputas ocasionales, una concordia general entre la acción de Gobierno y la del hospital.

Al mismo tiempo, hay varios testimonios documentales que demuestran el rol protagonista que tuvo el hospital en la restructuración viaria del barrio, entrando incluso en un contencioso con la autoridad por la abertura de puertas y caminos que se dirigían a la plaza de la catedral, y ganando la disputa judicial.

De los documentos de compra-ventas, donaciones y alienaciones, llevadas a cabo después de 1263, se deduce una intención muy precisa del hospital que responde a un proyecto concreto de ampliación de sus fábricas. Se adquieren muchas casas que se confinaban entre ellas y que estaban frente a aquella vía interna que, en 1300, el hospital fagocitará definitivamente en su compleja estructura.

Si bien es cierto que, a partir de finales del siglo XII, la vida del hospital parece influenciada por la labor política y diplomática de eminentes exponentes de las familias aristocráticas, es con el prior

Menghi en 1295 cuando el hospital conoce un desarrollo repentino y un profundo cambio en su fisonomía funcional. Este personaje, proveniente de los estratos más altos de la nobleza de Siena, dota de “credibilidad y fuerza su propia forma de gobierno” constituyéndose como figura neurálgica en los juegos de poder. Todo su afán y deseos se concretan en la edificación del palacio del Rector (*fig.3.21*), perfecto ejemplo de la arquitectura palaciega toscana del tardo siglo XIII: un elegante edificio de dos plantas, con seis arcos agudos en planta baja y seis biforas correspondientes en la planta primera. De poco años antes (entre 1270 y 80) es la elevación del cuerpo central porticado y de la sala de la capilla, según similares pautas arquitectónicas.

La segunda obra significativa de finales del siglo XIII está perfectamente en línea con el proceso de progresiva especialización de los ambientes de una estructura verdaderamente polivalente: la casa para los expósitos. También en este caso tenemos que reconocer al hospital de Siena una sorprendente anticipación en el proceso cronológico general de las casas de caridad. A partir del siglo XV y durante el XVI el problema de los huérfanos se hizo más urgente, creciendo exponencialmente su número. Muy pronto este fenómeno demostrará su alcance como síntoma de la degeneración social, dedicándose a ello las más iluminadas mentes de la arquitectura renacentista. Es por el eco que esta problemática había tenido en la sociedad florentina que el *Arte della Lana* encarga a Brunelleschi el proyecto de una casa para niños abandonados, edificada en 1419.

El nuevo énfasis constructivo en el hospital de Siena reflejaba el incremento de las actividades asistenciales y la necesidad de aislar los espacios terapéuticos de los ambientes dedicados a las obras pías y de caridad. Además, en ello leemos un inicial intento de clasificación de los asistidos no solo según su cuadro nosológico y, hábito antiguo, su sexo, sino también según sus características personales.

La complicación de las tareas de los administradores, votados para vigilar una familia cada vez más compleja y obstinadamente heteróclita, había traído un importante desarrollo en la definición de los espacios destinados a acoger notarios, escribanos, burócratas, responsables financieros etc. La integración de estas funciones en el ambiente hospitalario facilitó la oportunidad de explorar formas

arquitectónicas ajenas al imaginario religioso y representativas de una forma laica de construir.

La imagen que muestra el hospital a principios del siglo XIV es la de un cuerpo orgánico, con un núcleo central de piedra y dos alas simétricas de ladrillo, resultado y reflejo de una nueva conciencia de la institución asistencial en el panorama urbano, y de su tenaz anhelo por representar ante todo el espacio de la ciudad. “Las transformaciones a las que se enfrenta la ciudad [de Siena] en si misma, en relación a las regiones adyacentes, a la península, al continente, si bien por un lado la alejan del tablero de la economía internacional y la acercan a la economía rural, por otro lado marchan también hacia una gestión pública de hacienda, hacia el asistencia pública, las obras públicas, el mecenazgo artístico público: todos ellos ámbitos en los que no faltan capitales para financiar las grandes obras, ni coraje para algunas experimentaciones.”¹⁵

Un documento del archivo histórico de Siena contiene el acto de una venta que el Hospital lleva a cabo en 1325; este documento nos parece especialmente importante por diferentes razones:

- desde un punto de vista jurídico, aclara las características del sistema financiero del hospital, el cual no se preocupa de acumular riqueza e inmuebles de manera aleatoria, sino que orienta su economía según precisos propósitos inversionistas.

15 Sordini, 2005. Op. cit. Pág. 61.



fig.3.21
Palacio del Rector.
Hospital de Santa
Maria della Scala,
Siena.

fig.3.22
Cura degli infermi.
Domenico di Bartolo.
Pellegrinaio de Santa
Maria della Scala,
Siena.

- explica el programa de ampliación urbana del hospital, destinado a la ocupación de la ladera descendente de la colina, (la casa vendida se encuentra en posición descentrada respecto al núcleo central del edificio principal).
- nos da noticia del programa arquitectónico, que sigue las pautas de las construcciones del siglo XIII. Las casas que se compran con la recaudación de la venta se derrumban y se disponen unas fuertes cimentaciones para soportar la ingente carga de las estructuras a la cota de la plaza de la Catedral.



- nos informa sobre los canales de financiación del hospital, que se sirven también de la ayuda del gobierno, utilizando en estas operaciones el dinero de las usuras o de las compraventas fraudulentas sancionada por los jueces civiles.

Dos años más tarde se empieza la obra para una nueva crujía para los hombres, indicio de un importante desarrollo de la función hospitalaria propiamente dicha. Por eso, se dispone un espacio con características funcionales muy peculiares, sensiblemente distinto de las antiguas aulas absidales y preparadas para la consulta médica y la cura de los enfermos.

En este momento, también en la opulenta comuna de Siena, se perciben los signos de una crisis socio-económica general, agravada por la decadencia de las condiciones sanitarias a causa de epidemias cada vez más frecuentes y abrumadoras.

A pesar del clima de decadencia, común a todo el territorio europeo, el Hospital del Siena persevera tenazmente en su cometido, invirtiendo en la promoción internacional de su labor terapéutico-asistencial. Así, cuando en 1328 el hospital recibe el permiso para la edificación de una capilla en el “pellegrinaio” nuevo, esta se dispone en continuidad visual con la crujía. La comunicación entre capilla y corredor hospitalario no responde sólo a una necesidad litúrgica; la majestuosa arcada y la cancela forjada que separa los dos ambientes permite a los visitantes y viajeros contemplar las maravillas de aquella moderna institución, la eficiencia del servicio a los enfermos y relatarlas en sus crónicas de viaje; es por esta razón, que incluso podríamos achacar a una estrategia de promoción de imagen, que en los acabados del crucero se eligen materiales de cierta elegancia y con un sutil y destacado gusto estético. Un magistral fresco firmado por el artista Domenico di Bartolo (*fig.3.22*) que hoy en día embellece un tramo de pared de la sala de 1327, nos muestra una prefiguración de la crujía hospitalaria, como es verosímil que se presentase en su momento de mayor esplendor.

Como hemos tenido ocasión de mostrar, la labor de la familia hospitalaria para el desarrollo del hospital en las personas de sus dirigentes, fue constante y a menudo fausta. Para construir la nueva ala de mujeres en 1335, el rector del hospital avanzaba con perfecta retórica las argumentaciones para solicitar que se agregara

al hospital parte del suelo público libre, ya que era inútil en una manzana casi completamente ocupada por el establecimiento y cuyo abandono provocaba recelos respecto a la seguridad pública. En su exposición, conservada en el archivo estatal de Siena, el rector se vale astutamente de la contraposición enfática entre los términos *inhonesti* y *obscuri* con referencia a las vías que rodeaban el recinto del hospital, y *honeste* y *clare*, vislumbrando el futuro de aquellos callejones una vez incorporados al ilustre Santa María della Scala.

A lo largo de todo el siglo XIV, bajo un fuerte incremento de la demanda pública, el hospital sienés opera una periódica ampliación de las dependencias destinadas a la función terapéutica¹⁶, además de invertir sobre el mantenimiento de un complejo de edificios casi elefantiásico.

En este afán constructivo, “los hospitales abandonan el estilo sagrado hacia formas arquitectónicas más seculares. Esta transformación de las áreas asistenciales coincide con el aumento de la conciencia laicista” por la que la asistencia a los sufrimientos físicos es prerrogativa y deber de la sociedad civil, dejando la intervención religiosa para la *cura animorum*.

Después del primer brote de peste, el hospital se ve afectado por una profunda crisis. El ente se encontraba en este momento fuertemente endeudado; la recesión era ante todo política y urbana. En 1355 un grupo de artesanos, apoyado por aristócratas, decretaba el fin del gobierno de los *Noveschi*, sustituyéndolo por un sistema de once diputados. Tan pronto como se estableció, el nuevo órgano institucional demostró la voluntad de controlar de manera más directa la labor del hospital, cuyas administraciones precedentes habían llevado a un importante déficit en su balance económico. Este pasivo se debía en parte a una política de gastos innecesarios y en parte al hecho de que, durante las décadas de epidemias, una cuantía importante de los legados testamentarios a favor del ente se habían revelado desastrosos.

Para salir de esta peligrosa parálisis financiera, el gobierno decidió

16 Durante la década del 1348, cuando llega la primera epidemia de peste, el programa arquitectónico del hospital se detiene momentáneamente. Sin embargo, mientras que muchas obras públicas se mantienen cerradas cuando termina la peste, las obras del hospital empiezan otra vez. Eso demuestra la gran importancia a nivel social del hospital.

asociar al capítulo del hospital una nueva comisión mixta de ciudadanos y frailes para supervisar y controlar su administración. Este hecho no resulta tan insólito si consideráramos que ya a lo largo del siglo XIII se había producido un significativo desarrollo de las relaciones entre el hospital y el gobierno ciudadano, con un interés recíproco en el campo asistencial y sanitario. Los dirigentes de ambas instituciones estaban más que convencidos de que un esfuerzo conjunto podía favorecer y conferir prestigio a las dos.

En esta actitud cooperativa dirigida a la promoción y relance de la iniciativa pública, madura la idea de incrementar los escasos recursos por medio del rescate espiritual: en 1359, el hospital adquiere preciosas reliquias (el clavo de cristo y el velo de la Virgen), adquiridas por un mercante veneciano en Constantinopla y vendidas al hospital de Siena. En efecto, se trató de una operación comercial muy lucrativa cuyos objetivos eran de carácter social y de cálculo político.

Lo revelan los ingentes gastos ordenados en una acción coordinada, no sólo para la compra de las reliquias, sino también para acondicionar espacios internos y externos del hospital para su pública exposición. Mientras que el hospital se preocupaba de disponer un espacio digno para la custodia de los preciados vestigios, el ayuntamiento se encargaba del coste del viaje desde la capital lagunar y de las cuotas necesarias para preparar una grandiosa celebración pública.

Por lo tanto, resulta claro que “si bien por una parte, con la adquisición de las reliquias parece asistirse a una promoción a nivel internacional de la imagen del ayuntamiento y del hospital, por otra, podemos individuar los presupuestos de un aprovechamiento económico de tal empresa”¹⁷. Las reliquias funcionan en cierta manera como elemento cohesivo para que una comunidad en riesgo de disgregación reconozca su afiliación a un mismo ideal, que se encarna en sentimiento devocional común, en una caridad colectiva, en un gobierno “democrático”.

La elección del lugar para lanzar este programa de reestructuración económico-social nos parece sumamente acertada: en efecto, “la altura donde surge el hospital es una especie de monte hierático,

17 Sordini, 2005. Op. Cit. Pág. 88.



fig.3.23
Relicario.
Museo Arqueológico
de Santa Maria della
Scala, Siena.

forma un complejo de lugares, de objetos, de actividades consideradas sagradas por la ciudadanía¹⁸, por las cuales el espacio tangible de la plaza actúa como motivo unificador. Es un lugar polar, cuya “definición urbanística es la historia de la definición urbanística de un instrumento de comunicación”¹⁹.

Se nota en el acontecimiento de las reliquias una voluntad sutil pero clara de alejarse de la autoridad exclusiva de la cátedra cardenalicia, anhelo que desde siempre ha caracterizado la índole más profunda del hospital de Siena. En la celebración espectacular de las reliquias, todo esfuerzo se dedica a eclipsar la mole de la catedral en beneficio mundano de Santa Maria della Scala; para esta ocasión se restaura en banco corredero que remata el basamento del edificio, elemento cuya importancia en la arquitectura renacentista de área toscana es notorio.

El negocio de las reliquias se reveló muy fructífero para el hospital y la ciudad: en los años siguientes, el papa Urbano VI, otorgaba al hospital el derecho de conceder indulgencias, mecanismo irrenunciable para obtener sustanciosos legados testamentarios y abundantes donaciones.

A finales del siglo XIV se podía dar por concluido el secular proceso constructivo del hospital. Durante los años 1379-84, el hospital conoce una nueva fase de desarrollo tras un largo periodo de general estancamiento: se compran objetos de culto que estimulen las donaciones y también material para los enfermos, como camas, sábanas, platos etc. En 1379 se decide construir una nueva sala para los enfermos sobre el modelo de la precedente crujía hospitalaria y en la deliberación se señala como presupuesto indeclinable la necesidad de realizar las obras sin causar impedimento a la función asistencial; esta preocupación constituye un signo de la importancia de la labor

18 Sordini, 2010. Op. cit. Pág. 94.

19 Ibídem.

terapéutica como premisa para el sustentamiento económico de la institución. La construcción de la nueva sala se incluye en una serie de obras destinadas a mejorar el núcleo central del hospital, con su función ya exclusivamente terapéutica, frente a una crisis que ya se había figurado como universal y sistémica. Sólo podemos imaginar las dificultades de las últimas empresas arquitectónicas en un momento en que el ayuntamiento utilizaba las reservas económicas del hospital como si se tratara de una entidad financiera autónoma.

Al mismo tiempo, el programa arquitectónico surgía en respuesta a la exigencia de disponer de nuevos espacios de cura a causa de la quiebra sistemática de todos los centros menores del territorio sienés.

A pesar de los esmerados esfuerzos, en 1403, en vigilia de las grandes reformas sanitarias, el hospital se encontraba en estado de ruina, y no sólo económicamente, por lo que toda la sucesiva experiencia constructiva se limitará a una continua y dispendiosa obra de mantenimiento y conservación de las estructuras antiguas.

El ejemplo del hospital de Siena nos da una medida de la dimensión de las problemáticas del que podríamos definir como el primer gran establecimiento civil: su “complejo y articulado sistema de conversión, reciclaje y transformación de bienes inmuebles en dinero – o viceversa – encuentra su origen en la dimensión empresarial de la institución hospitalaria, en su ser empresa de caridad en relación con el poder y con la política urbana; en su ser sujeto económico de carácter público, que realiza unas tareas organizadas con el fin institucional de hacer “funcionar” la caridad” y hallar los recursos para proporcionar la más variada y completa oferta asistencial”²⁰.

20 Sordini, 2010. Op. cit. Pág. 303



3.5 El siglo de las reformas sanitarias

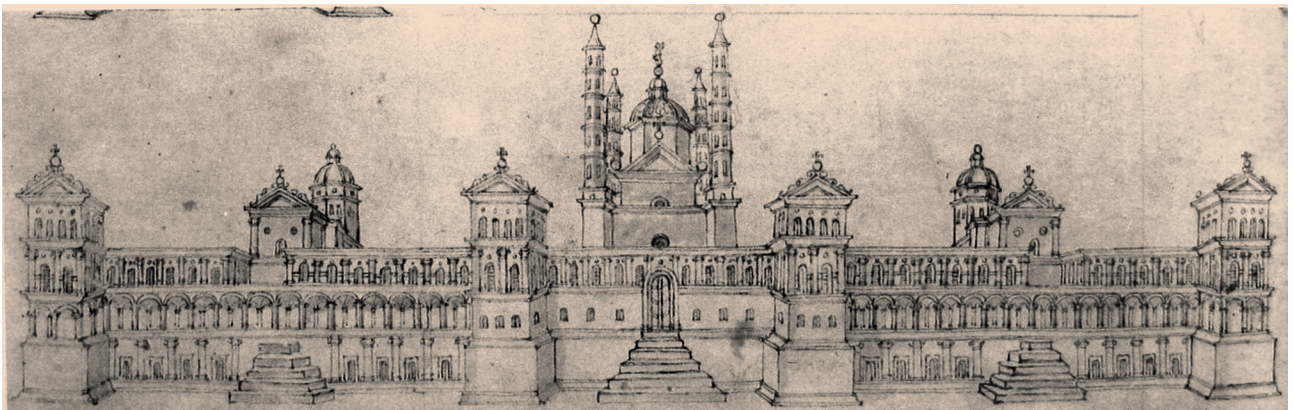
Hemos notado como es posible superar la dualidad analítica que surge del “íntimo y perenne contraste de las instituciones hospitalarias como lugares de compromiso entre cura y caridad [...]”, haciendo referencia a aquel sector específico de las ciencias humanas que es la historia social.

La historia de la arquitectura hospitalaria tuvo que relacionarse con las necesidades y con los caracteres sociales, económicos e incluso infraestructurales de un vasto número de usuarios. Por eso, resulta particularmente útil ligar la historia de la asistencia a las problemáticas de la historia política, demográfica, del derecho y de la economía; a través de estas referencias será posible reconstruir las razones del origen y ubicación de los centros hospitalarios antiguos, concentrándonos en su rol sociopolítico. Útil porque historia social, necesidades y formas arquitectónicas para satisfacerlas, resultan ser, desde siempre, un trinomio inseparable. A este propósito, Marino Berengo nos propone una interesante definición del hospital como “polo animador de la vida urbana”², aludiendo no sólo a su importancia en el campo asistencial, sino más bien a aquel complejo de atributos y funciones sociales que en él convergen.

fig.3.24
Hospital Mayor de Milán. Imagen del Tratado de Filarete. Siglo XV.

1 Sandri, L., *Aspetti dell'assistenza ospedaliera...*, Actas del XII Congreso internacional de estudios, 1987. Pág. 241.

2 Berengo, M., *L'Europa delle città. Il volto della società urbana europea tra Medioevo ed Età moderna*, Milano: Mondadori, 2011. Pág. 620.



Por otro lado, hay que señalar la contigüidad entre algunos procesos que la crítica ha definido como frutos de elecciones políticas específicas y los fenómenos de transformación de la tipología hospitalaria. Sería impensable para los nuevos poderes políticos – eclesiásticos, republicanos o monárquicos – descuidar el sector asistencial, instrumento esencial para mantener el control de una sociedad cuya falta absoluta de derechos podía transformarse repentinamente en motivo peligroso de descontento. Además, los estudios hasta hoy desarrollados coinciden en identificar, a partir del siglo XV, el desarrollo de fuerzas políticas capaces de imprimir un cambio incisivo en la organización y en la gestión de la beneficencia.

El historiador M. Mollat abarca la problemática social de la asistencia en un texto particularmente significativo, *Les pauvres au Moyen Age*. Un capítulo de esta obra presenta un título muy llamativo, “*El hospital, señoría de los pobres*”, y en él el autor se preocupa de explicar cómo las instituciones civiles se han enfrentado al tema de la indigencia y de la marginación en época alto medieval. Aunque en la prosa del historiador francés se aclare de manera por primera vez científica la condición del indigente, mostrando la complejidad de atributos sociales que la significan, a la luz de los estudios más recientes, el cuadro histórico presentado por M. Mollat parece no ser completamente exhaustivo.

Ya a finales del siglo XIV arranca el fenómeno de concentración hospitalaria, que tendrá su culmen durante el siglo XV: debido a las nuevas condiciones económicas y demográficas y a causa del estallido de tremendas epidemias, vemos cómo, en las ciudades más opulentas y desarrolladas, los hospitales mayores delegan el problema de la pobreza en las instituciones menores, concentrándose en la práctica terapéutica, también a través de la investigación y de la docencia.

Todos los núcleos urbanos más avanzados del área territorial del norte Italia siguen este impulso, consiguiendo, en un arco temporal relativamente breve, despojar a los vecinos franceses del predominio absoluto en el campo asistencial, del cual habían disfrutado a lo largo de la época medieval.

Sin embargo, el caso de Florencia (*fig.3.25*), resulta ser, por lo menos hasta el siglo XV, la guía de una serie de reformas memorables



y el modelo para muchas ciudades de un desarrollo armonioso y extremadamente fecundo, a pesar de que sea arriesgado hablar de antelación exclusiva respecto a realidades igualmente comprometidas en transformaciones histórico-culturales sin precedentes.

Sabemos que, a principios del siglo XV, la ciudad tenía que estar muy bien organizada en lo que concierne al perfil asistencial: en el comentario a la edición de la *Divina Comedia* de 1481, C. Landino nos informa de que existían en Florencia cerca de 35 hospitales intramuros y elogia su magnificencia. Lo que a menudo se encuentra en las crónicas de este periodo es la calidad de la administración del servicio ofrecido. El ejemplo más apreciado es, seguramente, el del Hospital de Santa Maria Nova³, que absorbía, por sí solo, casi un tercio de la disponibilidad de camas del núcleo urbano completo⁴. La ciudad había sufrido una importante disminución demográfica tras la peste de 1348, a causa de la cual habían desaparecido muchas pequeñas y medianas instituciones hospitalarias. A eso hay que añadir que las relevantes repercusiones de la crisis económica y los acontecimientos bélicos (entre los cuales está la guerra de los cien años) habían obligado a las instituciones a minimizar, por así decirlo, los gastos sociales. Todo esto llevó a un primer intento espontáneo de concentración hospitalaria que explica la gran maravilla de los comentaristas antiguos no sólo, o no tanto, por el número de casas de cura, sino por la magnificencia y la admirable administración de las mismas.

Los hospitales más antiguos surgían en la proximidad de las puertas, a lo largo de las calles principales de donde partían los ejes viarios comunales, regionales y extra regionales. Hay que recordar que, en principio, las salas, muy a menudo relacionadas a conventos y monasterios, se ocupaban de dar amparo a los viandantes y a los peregrinos más que perseguir una intención terapéutica

3 Martín Lutero recuerda la asistencia recibida entre el 1510 y el 1511 en el Hospital de Santa Maria Nova con palabras verdaderamente gratas y lisonjeras: "Los hospitales están provistos de todo lo que es necesario, están bien construidos, se come y se bebe a gusto y el servicio de asistencia es solícito: los médicos son muy hábiles, las camas y el mobiliario están muy limpios y bien cuidados". Henderson, J., *Splendide case di cura. Spedali, medicina e assistenza a Firenze nel Trecento* en Griego Allen J., Sandri, L., *Ospedali e città...*, 1997. Pp. 15-50.

4 Según lo que reporta L. Sandri en su artículo, durante el Quattrocento Florencia, con una población de unos 40000-50000 habitantes, contaba con 500-600 camas para enfermos en hospitales públicos. Sandri, 1990. Op. Cit.

precisa. A partir del siglo XIII, se multiplicaron los establecimientos asistenciales que se dedicaban a un número de usuarios urbanos más amplio.

El crecimiento progresivo del entramado urbano hizo que los hospitales perdieran su localización periférica, quedando englobados completamente dentro del recinto urbano y asumiendo el papel de nuevas centralidades municipales.

La primera fecha saliente que vamos a destacar y que nos servirá también de referencia cronológica concreta, es 1348, el año de la terrible epidemia de peste que diezmó cuatro quintos de la población de Florencia, cerca de ochenta mil almas. Desde esta fecha se asiste a la fundación de nuevas instituciones hospitalarias que se distinguen de las precedentes por caracteres de excepcional novedad. La primera innovación aportada es, seguramente, la elección del lugar, buscándose un nuevo contacto con la comunidad civil y prefiriendo solares disponibles intramuros. La segunda concierne, desde luego, a la forma arquitectónica, como intentaremos demostrar más adelante.

La peste de 1348 constituyó un duro terreno de prueba para el sistema sanitario florentino; también las instituciones más eficientes como el hospital de Santa Maria Nova tuvieron que soportar un ritmo de trabajo febril, insostenible. Además, las estructuras de acogida para la infancia y otras organizaciones asistenciales sirvieron como cobijo para los apestados⁵. Como consecuencia de la epidemia



fig.3.25
Plano de la ciudad de Florencia. Piero del Massaio, 1472.

5 Santa Maria della Scala, que normalmente se preocupaba de dar amparo a los

de 1348, se cerraron en Florencia muchas estructuras hospitalarias, consideradas inadecuadas para responder con solicitud a las exigencias sanitarias y terapéuticas de la sociedad.

Lucia Sandri, en su ensayo sobre la situación florentina en el siglo XV, quiso subrayar cómo el fenómeno de especialización y concentración hospitalaria depende de una nueva óptica asistencial de carácter urbano. Las transformaciones que se realizaron a nivel organizativo y, en consecuencia, a nivel arquitectónico y constructivo, tuvieron mucha relación con la manifestación de un resucitado sentimiento de solidaridad entre los gremios profesionales. Hay que señalar que la cultura humanista puso en crisis la organización tradicional de los órdenes profesionales, delineando una nueva figura de intelectual-artista universal que había dejado de reconocerse en un estatuto social considerado obsoleto. La reintegración de las corporaciones a la problemática de la asistencia pública entre finales del siglo XIV y principios del siglo XV, atestiguan una alteración sensible del clima político y social, y está dictada por la necesidad política de estrenar una campaña de propaganda por parte de unas fuerzas sociales, que habían ido perdiendo progresivamente el prestigio, la cohesión y el equilibrio que las habían caracterizado en los siglos precedentes. Durante los primeros años del siglo XV aumentan desmesuradamente en Florencia las estructuras sanitarias de uso exclusivamente privado para los socios, espejo y efecto de la crisis social y de las dificultades económicas generales que amenazaban todas las ciudades del norte Italia⁶. Esta tendencia inaugura aquel proceso de laicización que continuará, con resultados arquitectónicos de todo relieve, en territorio lombardo y en particular en Milán, y que terminará sólo en época moderna, hacia el siglo XVIII. Las nuevas casas de cura ya no están ligadas a las instituciones religiosas, a los monasterios o a los conventos: “a finales del siglo XIV y durante el siglo XV la conclusión del proceso de expansión demográfica marca un fenómeno de reorganización de la ciudad en su interior, también bajo el perfil asistencial”⁷.

niños abandonados, durante la peste del 1479 sirvió de cobijo para los enfermos. Noticia reportada en Bizzarrini, G., *Gli ospedali di Firenze*, 1938.

6 A propósito de las relaciones entre gremios y política asistencial, véanse las actas del congreso, *AA. VV. Città e servizi sociali ...*, 1990. Op. Cit.

7 L. Sandri, 1990. Op. Cit.

Sin embargo, aunque la ciudad de Florencia hubiera sufrido ya durante el siglo XV un proceso de especialización en la práctica asistencial, quedaba confiada a los hospitales una gran parte de los problemas de marginación urbana; los mismos argumentos que Mollat había expuesto tan cuidadosamente en su publicación. A causa de la aparición de nuevas cuestiones sociales ligadas al incremento de las carestías, epidemias y a una condición generalizada de miseria de las clases subalternas, se difunde y alimenta la idea del hospital como lugar abierto a cualquier tipo de corrupción administrativa. En este clima va a madurar la necesidad de una separación clara de las actividades propiamente terapéuticas respecto de aquellas asistenciales. Asimismo, se desarrollará una actitud racional y científica en el proyecto y la gestión de nuevas estructuras arquitectónicas que concentren muchas de las actividades sanitarias urbanas.

Una vez más, podríamos hablar de anticipación histórica de la cultura médica respecto a la práctica arquitectónica real. En el folleto redactado en ocasión de la primera plaga de peste en Florencia en 1348, Tommaso del Garbo facilita una serie de *consilia* para minimizar los riesgos de contagio, como la prescripción de abrir las ventanas solamente en determinadas horas del día. Este tipo de recomendación resulta obvia si pensamos que en la mayor ciudad toscana, durante todo el *Quattrocento*, “los palacios, las cúpulas y las basílicas surgen en un entramado de callejones repletos de inmundicia”⁸. Esta condición de precariedad ambiental no tuvo respuesta solicitada por parte de la administración, como atestigua el proyecto del primer lazareto, cuya ideación se remonta a 1448 y que empezó a funcionar sólo a finales del siglo XV.

A pesar de la gloriosa tradición en el campo médico, cuya traza permanecía en la eficaz estructura del hospital de Santa Maria Nova (*fig. 3.26 y 27*), Florencia tuvo que abdicar a favor de Milán, donde condiciones económicas, políticas y sociales más favorables permitieron una gestión más transparente y cualificada del problema sanitario, con éxitos arquitectónicos que condicionarán, de manera evidente, el futuro de la tipología hospitalaria en Europa.

⁸ Véase Gargiani, R., *Principi e costruzione nell'architettura italiana del Quattrocento*, 2003. Pp. 253-255.

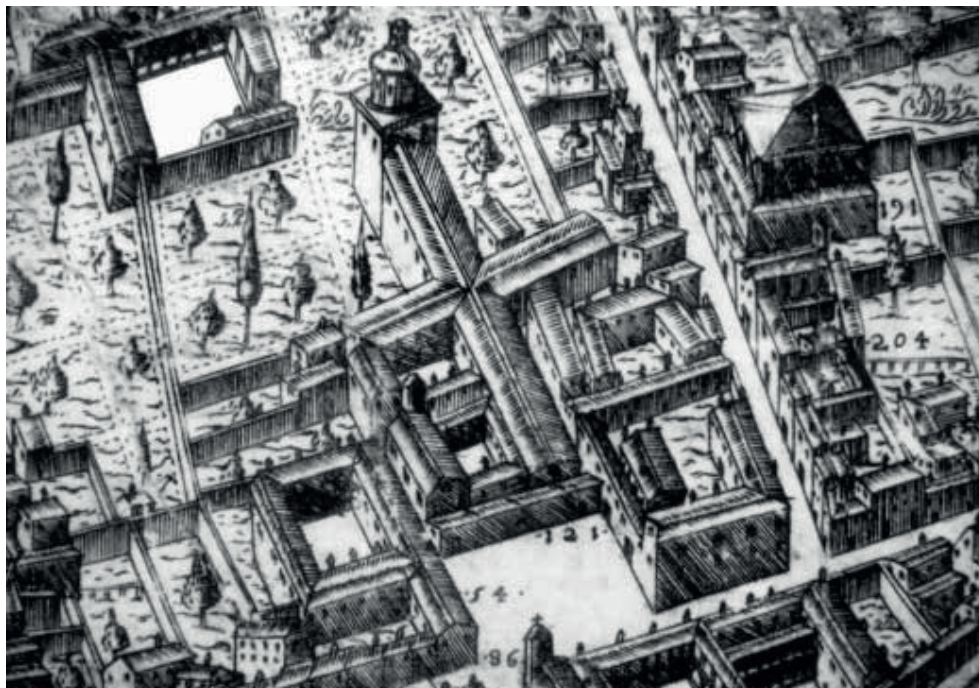


fig.3.26
Hospital de Santa
Maria Nuova. Detalle
del plano de la
ciudad de la ciudad
de Florencia. Stefano
Buonsignori 1584.

Aparte de las dificultades de gestión y económicas que desplazarán el proceso de desarrollo asistencial hacia las capitales lombardas, las estructuras hospitalarias toscanas fueron ciertamente un modelo para el posterior desarrollo, tanto desde el punto de vista arquitectónico como desde la, óptica organizativa. Existen muchos testimonios que confirman que durante el siglo XV, se considera la experiencia asistencial de ciudades como Siena y Florencia como modelos de una “avanzada evolución del sistema hospitalario”. Entre ellos, los más significativos son, seguramente, las bulas pontificias para la fundación de las nuevas casas de cura en Milán y en su provincia, donde se hace una explícita referencia a los ejemplos toscanos. F. Albini menciona el caso del Hospital de Pavía, erigido por voluntad de Nicolo V; en el documento papal de 1449 se puede leer la clara mención a los hospitales toscanos: “*ad instar florentinensis et senensis hospitalium*”.

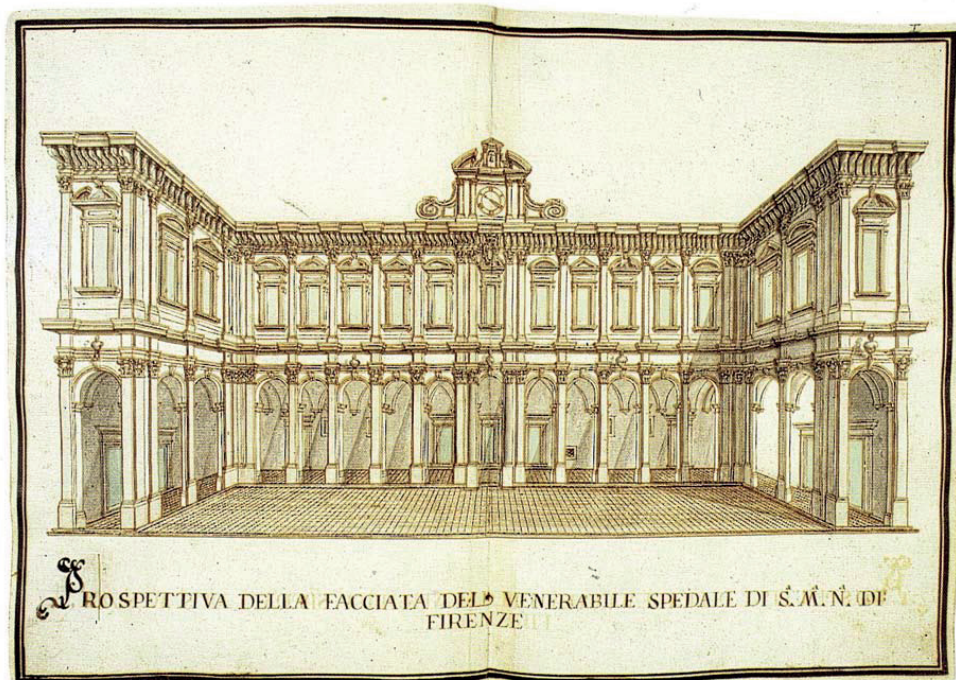
Los historiadores coinciden en considerar el caso toscano como modelo primigenio del desarrollo de una tipología que tendrá largo éxito por lo menos hasta el siglo XVIII; una tipología representativa

de la cultura hospitalaria europea. Sin embargo, no todos están de acuerdo en las modalidades a través de las cuales se madura el proceso de exportación del modelo, primero en el territorio italiano y más adelante en ámbito europeo. A este propósito, F. Albini afirma: “Me parece que la referencia a otros hospitales tiene que entenderse como referencia a un modelo material y administrativo en su complejidad más que como cita concreta de un tipo arquitectónico”. Es indudable que la adopción de ciertas maneras arquitectónicas, tanto a nivel constructivo como a nivel estético, es susceptible de una visión relacionada con las características peculiares de una determinada área territorial, pero, asimismo, es imposible no observar cómo ciertas matrices distributivas y funcionales se repitan prácticamente invariadas en contextos muy lejanos.

Más allá de las interpretaciones y de los parámetros personales adoptados por cada historiador, el mismo debate que ha surgido en los últimos decenios sobre estos temas atestigua la potencia de un tipo arquitectónico específico y muy peculiar que se estrena en

9 Albini, G., *Città e ospedali...*, 1993.

fig.3.27
Alzado del Hospital
de Santa Maria
Novella, Florencia.
1777.

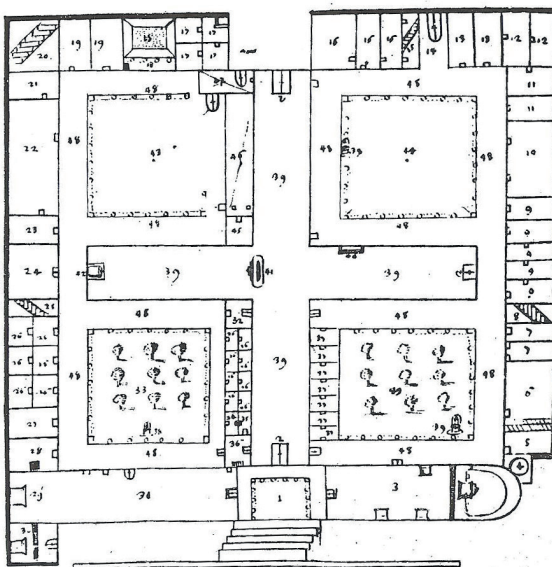


Florenia entre los siglos XIV y XV y que se exportará a toda Europa. Por otro lado, estamos firmemente convencidos de que el tema de la repetición tipológica no puede de ninguna manera aislarse de su superestructura funcional y administrativa, social y política, que, de hecho, constituye el sustrato que dicta sus reglas constructivas y, más en general, arquitectónicas.

Lombardía, prospera región del norte Italia colindante con el territorio francés, no sufrió, al igual de la Toscana, la difícil situación económica del siglo XIV. Aunque los historiadores le atribuyan un destino verdaderamente fausto en la fase de transición de la Edad Media a la época moderna en lo que concierne al desarrollo socio-político, esta área padeció, si bien marginalmente, la crisis general.

En particular los centros urbanos sufrieron las consecuencias de los reiterados eventos bélicos, causa de un profundo proceso de desestabilización de los equilibrios globales que se habían ido formando progresivamente a lo largo de los siglos. Por ejemplo, el proceso de migración desde el campo hacia las ciudades hizo que se incrementara rápidamente la carga demográfica que grababa los núcleos urbanos, aumentando desmesuradamente el número de indigentes y gente que encontraba considerables dificultades para

fig.3.28
Planta del Hospital de San Matteo,
Pavia. Siglo XVI.
Franchini, 1995.



introducirse en el panorama ocupacional urbano. A finales del siglo XIV, la situación tuvo que ser realmente alarmante, tanto que el historiador Mollat llega a definir la ciudad como “cruce de toda especie de miserias”.

Al problema de los pobres hay que añadir la boga creciente de los peregrinajes, que tuvieron importantes secuelas en la organización del territorio en toda la llanura del ducado de Milán. El norte Italia está implicado en los grandes peregrinajes hacia Jerusalén y Roma, ya que se encuentra en una posición privilegiada para las comunicaciones por vía terrestre. Pavía (*fig. 3.28*) resultó desde siempre un importante punto de confluencia entre los recorridos de las romerías hacia el sur, mientras que Milán, bastante más descentrada, adquirirá cierto relieve sólo a partir del siglo XIII con la abertura de las grandes rutas alpinas, que permitirán a este centro devenir capital y cruce fundamental para las comunicaciones y el comercio. Al desarrollo de la red vial hay que añadir el sistema de conexiones fluviales hacia oriente a través del puerto de Venecia. Por su posición estratégica, la franja de la baja llanura paduana vio surgir numerosos hospitales, además de xenodoquios, para asistir a los que recorrían, de norte a sur, el viaje penitencial. Estos lugares fueron administrados en sus mayorías por cofradías laicas, mientras que el problema terapéutico seguía delegándose en las instituciones religiosas.

Al igual que en muchas otras partes de Europa occidental a principios del siglo XII, también en Italia un gran esfuerzo de generosidad anima a los laicos más pudientes a fundar numerosas estructuras caritativas de carácter asistencial. La Iglesia rechaza la injerencia en el campo de la actividad médica por parte de la población civil, aunque se vea obligada a aceptar su protección por motivaciones de carácter económico. De hecho, las donaciones realizadas a los hospitales constituyen una fuente de rédito segura y constante en el tiempo, ya que sus bienes resultan jurídicamente inalienables. Por otro lado, como ya hemos señalado anteriormente, las cofradías laicas asisten a la autoridad eclesiástica en hacer frente a sus obligaciones, dando amparo a los indigentes y ocupándose de la distribución de las limosnas.

La prodigalidad de las familias más facultosas se exprime a través de legados testamentarios, práctica que deviene una perfecta ocasión para observar una conducta laica, pero espiritualmente cristiana.

Estas consideraciones nos dan una idea de cómo tenía que presentarse el cuadro asistencial en el área territorial del norte de Italia a principios del siglo XV: la Iglesia seguía teniendo el control y la gestión del sistema hospitalario urbano y, a través de las rentas y de los capitales económicos que derivaban de ellas, podía continuar su actividad caritativa. Sin embargo, la administración de bienes temporales ingentes comportó el desarrollo de un sistema cada vez más corrupto, incapaz de cubrir con eficiencia las necesidades de una sociedad que se enfrentaba a un momento de transición histórica, política y económica muy delicado. P. Racine nos informa de cómo, para resolver el problema de la corrupción, las autoridades civiles piden un control más escrupuloso de los contratos de donaciones a través de una inscripción solicita en los registros comunales y verificando, con el auxilio de un órgano predispuesto a la vigilancia, que se cumpliera todo aquello que estaba previsto en los legados testamentarios.

Es cierto que ante las terribles plagas que desde el siglo XIV atenazaban las ciudades europeas y una miseria material desmesuradamente acrecentada, los entes hospitalarios no llegan a desempeñar con éxito las tareas que habían ejercido durante los siglos anteriores. Este tipo de insolvencias en la dirección de las estructuras caritativas agudizan el problema, aún más espinoso, de la erosión de las rentas del suelo a causa de la disminución de tierras cultivadas, primera consecuencia del declive demográfico.

Los efectos de esta grave situación se reflejan, ante todo, en la negligencia terapéutica y en la absoluta incompetencia del personal administrativo. En 1396, el duque de Milán, Galeazzo Visconti, publica unas ordenanzas municipales que podríamos definir como la primera tentativa formal por parte del gobierno para mejorar el servicio ofrecido. En el texto expedido consta la prohibición de abrir nuevas casas de cura en el recinto urbano, quedando la posibilidad de seguir con la práctica caritativa en el territorio rural.

Las finalidades que están en el origen de las disposiciones de 1396 abarcan cuestiones que van de la problemática del orden público, hasta los asuntos más íntimamente ligados al desarrollo técnico y de la ciencia médica, pues se quiere:

- Disuadir al ejército de nuevos pobres de seguir migrando a los centros urbanos.
- Aliviar las instituciones hospitalarias más eficientes de la carga de los mendigos y menesterosos, para que pudieran especializarse en la propia práctica médica.
- Disponer un instrumento inédito de promoción política del nuevo gobierno civil de la ciudad, que durante mucho tiempo se había desinteresado en cierta manera de las cuestiones sociales.

En 1401, el mismo Galeazzo Visconti, siguiendo con su afán reformador, nombra un *gubernator y rector*, responsable de todos los hospitales de la ciudad y del ducado de Milán. En este acto es claramente reconocible una intención política de concentración de las estructuras sanitarias, para un control más constante y riguroso de sus actividades. No es más que el inicio de un largo proceso de revisión jurisdiccional de la cuestión asistencial y la señal de un renovado interés por los asuntos de utilidad pública. Las ordenanzas de 1405, que instituían el *officium pietatis pauperum*, persisten en esta tendencia, introduciendo unos elementos innovadores en el sistema de administración: el nuevo ente nacía con el encargo de buscar las gentes más necesitadas a lo largo la ciudad para dirigir las a los diferentes hospicios habilitados para la asistencia. Esta práctica, que parece en un primer análisis, la continuación de la tradición caritativa medieval, contiene en realidad una ocasión reformadora de gran relieve: instituyendo por primera vez un consejo mixto, ofrecía la oportunidad de estrenar el paso del trinomio *caridad-privado-religioso* a la combinación *bienestar-público-laico*.

Sin embargo, a pesar de estos intentos de optimizar el sistema, la decadencia de los entes hospitalarios se hizo un fenómeno imparable durante las primeras décadas del siglo XV. En este mismo periodo, se madura conscientemente la necesidad de una reforma sustancial:

en todo el territorio lombardo aparece un vivaz motor progresista a través del cual la dirección de las casas de cura pasa a manos de la administración pública, con el beneplácito del poder pontificio.

Así describía esta situación Charles Marie La Ronciere: “El modelo asistencial que había ido formándose a lo largo de los siglos, modelo impreciso bajo múltiples aspectos, parece entrar en crisis en el siglo XIV, y todavía más durante el siglo XV. Se necesitan reformas. [...] Resulta fundamental reorganizar y ampliar los hospitales existentes y construir nuevos; especializar las curas y las instituciones; añadir a la simple caridad y hospitalidad numerosas otras prestaciones; racionalizar y centralizar entes, curas terapéuticas y dirección administrativa”¹⁰.

La *reformatione* hospitalaria del *Quattrocento* lombardo ha sido un fenómeno socio-político considerable con repercusiones muy significativas en toda la historia asistencial europea: la complejidad de las circunstancias históricas y de las coordinadas políticas, y la peculiaridad de la coyuntura económica no permiten avanzar definiciones absolutas y sintéticas de este singular proceso sin que se vean peligrosamente mermadas la objetividad del juicio y la validez de las hipótesis interpretativas. La crítica histórica ha destacado los inconvenientes inherentes en el análisis de un fenómeno social donde se entrelazan frecuentemente los principios de causa y efecto y que abarca temas que tocan los campos más dispares del conocimiento.

En primer lugar, resulta cuanto menos laborioso definir una demarcación cronológica y geográfica del fenómeno, la cual ha sido sometida en los últimos años a un intento de replanteo metodológico por parte de la historiografía tradicional. Así pues, Brian Pullan, en su ensayo *Povertà, carit  e nuove forme di assistenza nell’Europa moderna (secoli XV-XVII)*, identifica dos aproximaciones posibles:

La crítica de los historiadores del área norte europea que “tenden a concentrar la atención en las iniciativas públicas, en las actas de los consejos municipales, de las asambleas legislativas, de las autoridades regias etcétera, en particular en los proyectos de asistencia a los

10 La Ronciere, C M., *Città e ospedali: bilancio di un convegno*, en *Ospedali e città*. Op. Cit. Pág. 257.

pobres [...]”¹¹.

Esta posición se inclina por desplazar los límites cronológicos del fenómeno reformista hacia las primeras décadas del siglo XVI, marcando el definitivo paso de responsabilidad del clero a las órdenes laicas. Sin embargo, no se excluyen de ninguna manera las premisas de la época medieval como preciosas aportaciones al camino evolutivo de la ciencia médica y de la práctica asistencial que de esta deriva.

La posición de los historiadores del área del sur de Europa, que adelantan el proceso de transformación a las reformas de la segunda mitad del siglo XV. En esta óptica, se quiere hacer una abierta referencia al desarrollo de las órdenes mendicantes. Como respuesta al incremento de un sentimiento religioso, en cierta manera anti dogmático e íntimamente ligado a las tendencias filosóficas humanistas neoplatónicas, las nuevas instituciones surgen como expresión práctica de un deber místico y devocional.

Según Pullan, en esta segunda actitud interpretativa se quiere destacar la componente eclesiástica. El esfuerzo aclarador de Pullan contiene en sí todas las referencias útiles para una comprensión exhaustiva del dilema con el cual nos hemos enfrentado. Sin embargo, si puede identificarse un límite, estaría sin duda en su excesivo esquematismo, quizás infructuoso cuando hablamos de una problemática caracterizada por unas trayectorias evolutivas y por unas significaciones específicas muy equívocas.

La tesis de A. Vaucher, más prudente, nos pone en guardia ante los riesgos que derivan de la dicotomía deformante Estado-Iglesia. Por lo tanto, nos parece más razonable definir un modelo interpretativo que combine la componente laica con los elementos inherentes al universo cristiano-católico, intentando distinguir, cuando sea posible, los relativos campos de acción. Esta nueva medida permite desarticular la cuestión de la reforma hospitalaria, manteniendo una mirada lo más unitaria posible sobre la realidad social, cultural, política y económica que forma el escenario de las transformaciones

11 Pullan, B., *Povertà, carità e nuove forme di assistenza nell'Europa moderna (secoli XV-XVII)* en *La città e i poveri. Milano e le terre lombarde dal Rinascimento all'età spagnola*. Milano: Jaca Book, 1995. Pp. 21-44.

en el campo sanitario. Efectivamente, el fenómeno de la reforma hospitalaria está caracterizado por una fisonomía polifacética y multicéntrica en la que pueden identificarse varios episodios, intrínsecamente relacionados entre sí:

- La crisis económica que repercute en la gestión de las propiedades eclesiásticas.

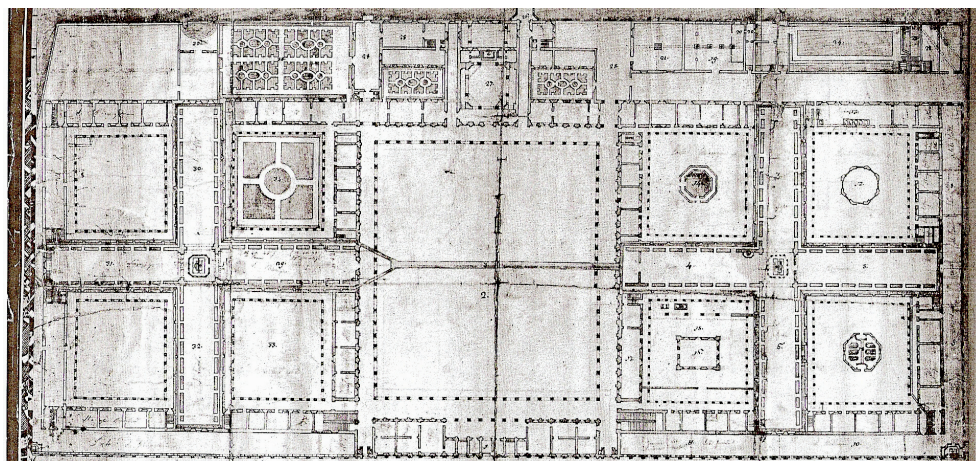
Ya a partir del siglo XIV, los hospitales controlados por la autoridad religiosa son incapaces de responder a las necesidades reales de la sociedad, tanto a causa de una tradición administrativa carente de iniciativas dirigidas a la mejora de los servicios, como a causa de la difundida corrupción del personal contratado y por sus estatutos de pequeñas instituciones, parte de un sistema muy amplio y disgregado.

- La concentración de las estructuras hospitalarias.

La concentración del sistema asistencial fue una respuesta generalizada a la crisis económica, de las rentas inmobiliarias y al cambio de la mentalidad social, ya abierta a las contribuciones del movimiento humanista. Las raíces de este fenómeno están igualmente en el crac económico del siglo XIV, que provocó la aparición de una nueva clase de indigentes, en la repentina difusión de las epidemias de peste, en la definición de nuevas relaciones entre instituciones eclesiásticas y estructuras políticas, y en el nuevo papel desempeñado por los médicos, debido a un cierto incremento de la ciencia y de las técnicas. El proceso de unificación de las casas de cura se acompañaba muy a menudo de la edificación de un gran hospital, según teorías arquitectónicas modernas e innovadoras.

- El proceso de laicización del concepto de *caridad*.

Durante la Edad Media, *el pobre* y *el enfermo* constituyen una categoría, por así decirlo, privilegiada por su proximidad a la figura del Cristo afligido que aparecía en los evangelios. Con la expansión del comercio y de los negocios entre los nuevos exponentes de la clase media, se difunde la creencia de que el mendigo no es aquella afortunada alma bendita por el Señor, sino más bien un ser desclasificado e ineficiente. Por otra parte, el espíritu de tolerancia y la noción de solidaridad universal que animaron el movimiento humanista determinaron la proliferación de entes asistenciales laicos,



caracterizados por un increíble esfuerzo de racionalización. Fijar una nueva disciplina para la definición institucional y la correcta y rentable gestión de los recursos del patrimonio hospitalario significa salvar el organismo social completo, logrando el bienestar de cada ciudadano.

fig. 3.29
Planta Baja del
Hospital Mayor de
Milán. Siglo XVIII.
Anónimo. Grassi,
1972.

En una sociedad que ve transformado el sistema de valores sociales, que apela constantemente a los criterios de eficacia y de progreso, se vuelve la mirada hacia las prácticas terapéuticas como la herramienta más noble para socorrer al prójimo necesitado.

Protagonista absoluto de la progresiva laicización del sistema sanitario es el gremio mercantil: la nueva clase burguesa contribuye al fortalecimiento financiero del capital hospitalario a través de legados y donativos, participa en la dirección de las estructuras y defiende infatigablemente su autonomía ante cualquier intento de control y de autoridad.

Los historiadores se han interrogado sobre el sentido auténtico y más congruente de la voz *laicización*, considerando la dificultad que deriva de su utilización en un contexto histórico-cultural que seguía estando fuertemente permeado de un sentimiento religioso totalizante. Así, también la crítica ha tratado de encajar el nuevo espíritu liberal-burgués dentro de un sistema de valores éticos que podríamos definir como una moralidad híbrida. A este propósito nos parece muy razonable la posición de R. Rusconi: la alta burguesía se esmeró por minimizar las consecuencias de la nueva economía

monetaria, cuyo efecto más devastador se podía percibir en el lento pero continuo empobrecimiento de gran parte de la población. La conciencia caritativa de las clases más prósperas se inserta en el panorama de la ayuda social como una “calculada devoción”. Quizás sea engorroso, e infructuoso a nivel práctico, tratar de averiguar con absoluta certeza si la aceptación de las doctrinas cristianas contiene una verdadera participación emocional o si se asume como instrumento de defensa para la salvaguardia de los propios intereses y beneficios personales. Ciertamente es que, durante la primera época renacentista, conviven dos almas: una pagana y emancipada; la otra mística y ortodoxa.

Estas reflexiones nos ayudan a descifrar los acontecimientos emblemáticos del ducado de Milán. Aquí el proceso de laicización de las estructuras hospitalarias ha sido indudablemente precoz respecto a otras realidades territoriales próximas. Esta peculiaridad se explica recordando que se trata de un área que disfrutó de un desarrollo social, económico y cultural a la vanguardia respecto a todo el territorio europeo cristianizado. Dentro de una tendencia común regional, el caso de Milán resulta ser el más significativo y conocido. Esta ciudad fue, durante el siglo XV, el escenario de una vivaz batalla ideológica en campo asistencial entre la autoridad eclesiástica y el gobierno nobiliario. El duque Filippo Maria, había aviado el proceso de unificación hospitalaria reuniendo una comisión en la cual participaba el vicario del Arzobispado, pero que estaba prácticamente controlada por personajes laicos electos por el duque y fieles a sus diseños políticos. Por primera vez, la delegación civil había relegado a la autoridad eclesiástica a un rol secundario en la administración de los hospitales milaneses. La respuesta del arzobispo Enrico Rampini fue solícita y enérgica: así pues, en 1448 emprendió un vasto programa personal de reforma, incidiendo con mayor vigor en la gestión unitaria de todos los hospitales urbanos y suburbanos. Durante los trabajos de la nueva comisión formada por 24 miembros y presidida por el obispo en persona, asumió el cometido de repartir racionalmente las rentas hospitalarias entre las instituciones mayores. Cuando en 1456 sube al poder Francesco Sforza, dona al ayuntamiento un vasto terreno para la construcción de un gran hospital público cuyo proyecto, desarrollado por Filarete, es aprobado dos años más tarde con la bula papal de 1456. Todos los hospitales del ducado pasan a estar bajo el control del *Ospedale*

Maggiore, mientras que muchas pequeñas instituciones inactivas o infructuosas se cierran o pierden automáticamente su personalidad jurídica. De hecho, todos asumían los privilegios de los entes de derecho público bajo el amparo del mismo poder ducal. En la reforma hospitalaria de Milán, la autoridad, laica en la figura del duque, asumió un protagonismo inédito en la gestión del nuevo hospital: el consejo general se formó con 18 miembros de los cuales 12 fueron nombrados por el obispo. La novedad absoluta estaba en la posibilidad del duque de participar en los trabajos de la junta en cada caso que considerase oportuno y en su definitivo derecho de veto.

Parece irrenunciable redefinir de manera actual los problemas ambientales relativos a la salud pública y al control de las enfermedades en la construcción del gran hospital. La principal novedad está en la asunción del esquema cruciforme, que permitirá resolver de manera excelente los problemas logísticos y funcionales manteniendo una profunda significación simbólica.

En el umbral de la modernidad, durante un siglo que ha representado bajo múltiples aspectos una edad de construcción de nuevos modelos sociales, culturales y artísticos, también la tipología del hospital sufre una profunda transformación, asumiendo los caracteres que lo distinguirán en época moderna.



3.6 Pobres y pauperismo en los siglos XVI-XVII

A finales del siglo XV, en el territorio del norte de Italia se había cumplido un imponente proceso de reforma del sistema sanitario con la concentración de la actividad hospitalaria y la relativa especialización de las tareas asistenciales.

Sin embargo, observadas desde una perspectiva histórica más amplia, las transformaciones que se habían operado durante el *Quattrocento* en los importantes centros italianos no dejan de ser fenómenos puntuales dentro de una continuidad crono-histórica que se presenta como el factor preponderante del proceso de desarrollo civil de las sociedades europeas.

fig.3.30
La parábola del ciego
conduciendo ciegos.
Pieter Bruegel, el
viejo.
Museo Capodimonte,
Napoles, Italia.

Efectivamente, si bien es innegable que los acontecimientos del siglo XV habían aportado una significativa renovación en el





ámbito de las referencias culturales y bajo el perfil comunicativo e interpersonal de los individuos de las nuevas comunidades urbanas, por otro lado permanecían inmutadas ciertas problemáticas relacionadas con el proto-capitalismo occidental.

El siglo XVI se inauguraba, en muchos aspectos (económicos, políticos, sociales y artísticos), una fase de expansión como consecuencia de un renovado optimismo en el poder del intelecto superior del hombre, cuyo valor había animado las grandes campañas de exploración del subcontinente africano y los maravillosos descubrimientos de ultramar. El hombre, novel Ulises, eufórico por aquella renovada seguridad que emana de una nueva conciencia intelectual de su propia naturaleza (que es una derivación directa del fenómeno del humanismo), amplía las perspectivas de su quehacer cotidiano, incrementando las actividades económicas, las relaciones diplomáticas y culturales, las inclinaciones artísticas, las intuiciones científicas y técnicas.

A todo esto se añaden “elementos de modernidad” muy poco encomiables, como la estructuración de clases subalternas marginadas y privadas de cualquier género de garantía en las que convergen trabajadores no especializados, viudas, ancianos huérfanos y enfermos de varias categorías; la inflación, verdadero y periódico flagelo para estos individuos y sus núcleos familiares; las crisis económicas, también ellas reiteradas a partir del siglo XVI y causa de un violento y repentino endurecimiento de unas condiciones de vida habitualmente precarias; y, finalmente, el fenómeno del pauperismo estructural, acompañado por un ocasional pero constante empobrecimiento de amplias franjas de población en riesgo, constituidas esencialmente por obreros asalariados y campesinos.

La criticidad de estas situaciones de miseria y apuro varía de un lugar a otro, concentrándose las realidades más alarmantes en algunos centros metropolitanos que se configuran, paradójicamente, como núcleos atractivos de desarrollo económico y científico-técnico; estos mismos centros juegan un papel preeminente en la esfera político-administrativa, local y transnacional, tomando el papel de capitales de las nuevas monarquías absolutas del antiguo régimen.



Como apunta Geremek en su nota introductoria al problema del pauperismo de las sociedades post-tridentinas, antes de la revolución industrial del siglo XIX y de manera persistente a lo largo de esta época, las diferencias entre los núcleos metropolitanos europeos se mantienen parcas, legitimando un discurso general con la base de un estudio de carácter comparativo¹.

Como hemos señalado en los apartados anteriores, a partir del siglo XIV una terrible depresión económica había golpeado la sociedad europea en su conjunto. Frente a las diferentes opiniones críticas e historiográficas, consideramos que la presión demográfica del alto medioevo no puede considerarse como una causa, ya que ni la alta tasa de mortandad como consecuencia de las repetidas carestías de principios del siglo XIV, ni tampoco la trágica cumbre de la Peste negra, habían supuesto un alivio a la crisis alimenticia ni un auxilio concreto al restablecimiento de condiciones de vida si no acomodadas, por lo menos económicamente autónomas para una buena parte de las familias necesitadas, urbanas y rurales.

A este propósito resulta muy interesante un pasaje de la Crónica de Matteo Villani:

“Stimossi per il mancamento della gente dovere essere dovizia di tutte le cose che la terra produce, e in contrario per l’ingratitude degli uomini ogni cosa venne in disusata carestia, e continuovò lungo tempo: ma in certi paesi, come narreremo, furono gravi e disusate fami. E ancora si pensò essere dovizia e abbondanza di vestimenti e di tutte le altre cose che al corpo umano sono di bisogno oltre alla vita e il contrario apparve in fatto lungamente”.

También la subida de los salarios, consecuencia de una imprevista disminución de mano de obra en la segunda mitad de siglo XIV, había sido prontamente contenida a través de un empeño legislativo en materia de derechos y deberes laborales. Alrededor de 1350,

1 Dice Geremek, citando los análisis del economista suizo Paul Bairoch: “(...) en la época preindustrial, las diferencias entre los distintos países no superaban el ratio 1:3, mientras que en la industrial llegan a 1:25”. Geremek B., *La piedad y la horca*, 1989, Pág. 86.

2 *Storie di Giovanni, Matteo e Filippo Villani*. Milano: Argelati, 1729. Pág. 15.

puede observarse una preocupación generalizada en las ordenanzas francesas, inglesas y españolas. Objetivos comunes de este afán legislativo, claramente mermado por los intereses de los empleadores y las clases pudientes, eran:

- introducir un sistema forzoso para afirmar el deber de trabajar y estigmatizar el ocio;
- matizar la tendencia al alza de las retribuciones salariales, estableciendo un techo máximo para obreros y empleados agrícolas y servidumbre en general y tratando de volver a las condiciones precedentes a la crisis de la peste de 1348;
- detener los mecanismos migratorios de la población indigente hacia territorios con sistemas de control más flexibles y mayores posibilidades de trabajo bien remunerado, obligando a los pequeños empresarios y propietarios a dar prioridad a los demandantes autóctonos;
- recrudescer los procedimientos penales para todos aquellos que intentaran contradecir lo autorizado por los decretos regios y locales, bajo la amenaza de la argolla, el marcaje a hierro o el destierro³.

Contrastando la tesis de una edad de oro de los asalariados a principio del siglo XV y considerando los altos índices de desempleo constatables con una tendencia homogénea en muchos núcleos urbanos europeos, podemos considerar razonable la tesis según la cual “las relaciones inherentes al desarrollo de la producción industrial del tardo medioevo ponían en marcha un mecanismo de diferenciación social y de proletarización”.

Sin embargo, hay que señalar un factor, muy poco significativo en la perspectiva de largo plazo para frenar los fenómenos de depauperación de las clases subalternas, pero fundamental para explicar el desmoronamiento de la coyuntura en los años 20 del siglo XVI: el constante descenso del precio de los alimentos básicos, entre ellos el precio de grano, lo que permite dibujar una situación de estrechez para una parte de la población, la cual sólo ocasionalmente

3 Para el tema de la legislación europea en la segunda mitad del siglo XIV véase Geremek, 1989, Op. cit. Pp. 94-96.

llega al umbral del límite para la supervivencia biológica.

A este propósito, podemos considerar que esta situación de constante pero lento deterioro, mitigado por breves temporadas de relativa prosperidad y aplacado por la accesibilidad económica de pitanzas esenciales como el pan, permite un gobierno social de las masas relativamente fácil. La problemática de los pobres, que en Milán habían animado la reforma Rampini y la construcción del majestuoso hospital Mayor, respondía a exigencias de decoro urbano por parte de una nueva aristocracia en búsqueda de modernos sistemas de promoción personal. El tema del encierro y marginación de los mendigos enfermos, si bien estaba innegablemente presente, permitió todavía una arquitectura más cercanas a las formas palaciegas que a los recintos carcelarios, como tendremos posibilidad de observar cuando hablemos de las características funcionales y arquitectónico–constructivas de los establecimientos hospitalarios del siglo XV. Este hecho mantiene una clara conexión con una estructura social desequilibrada pero estable, marcada por una general aceptación de la inexorabilidad del destino de cada individuo como espejo de la superior voluntad divina.

Esta situación cambia sensiblemente desde comienzos del siglo XVI. La mayor responsabilidad la tienen, una vez más, cuestiones de carácter económico: se asiste a una repentina subida de los precios de los productos alimenticios, como cereales y especias, frente a un estancamiento de los precios de los bienes artesanales y manufactureros. Por primera vez, tras muchas décadas, este mecanismo de las tijeras de los precios se vuelve favorable a la producción agrícola. Como es de imaginar, a la “revolución de los precios” no corresponde un igual movimiento de los salarios, ya desde un tiempo estaban vigilados por las autoridades, manteniéndose más bien inalterados durante largo tiempo. La nueva coyuntura económica, sumamente desfavorable para las franjas más pobres de los trabajadores industriales, determina una impetuosa caída del valor real de los salarios. Como agudamente destaca Geremek citando al historiador francés Braudel, “el resultado social de estas transformaciones era que los ricos se hacían más ricos y los pobres, más pobres”⁴.

4 *Ibíd.* Pág. 101.

Muchos historiadores y economistas han intentado hacer una síntesis de tipo geográfico – político, no sólo para señalar la peculiaridad del progreso de ciertas áreas referido a una lenta maduración medieval, sino también para introducir y aclarar las transformaciones de las estructuras económicas y sociales de estos sectores en el amanecer de la edad moderna.

Aunque esquemática, este tipo de aproximación crítica resulta particularmente útil, ya que nos proporciona una visión general del universo occidental en forma de una especie de mapa de los mecanismos de industrialización, terciarización y, por consiguiente, de sus derivaciones sociales, como fruto de dinámicas intrínsecas en el ámbito de un sistema susceptible y sensible a la injerencias y estímulos del exterior.

Este mapa teórico dibuja dos macrorregiones, una noroccidental y otra suroriental, cada una con una marcada y peculiar vocación político – económica, reconocible en las vías estratégicas adoptadas para salir del atolladero económico iniciado en la crisis del siglo XIV. En las áreas intermedias que conectan geográficamente las antípodas del sistema europeo, se configuran situaciones híbridas en las que conviven actitudes contradictorias entre sí.

Las directrices que desde el siglo XVI sellan de manera continua e incontrovertible el destino del desarrollo de los estados europeos se miden en la entidad de las transformaciones del tejido rural y se pueden resumir de la siguiente forma:

La modernización del sistema agrario, con la comercialización de las relaciones laborales y su relativa explotación, enlazan las realidades de países como Inglaterra, Holanda, Francia atlántica, y estados alemanes occidentales;

La refeudalización de los cultivos según un renovado sistema de servidumbre campesina distingue a las regiones continentales y orientales; en los extremos meridionales podría hablarse de una permanencia de la antigua organización medieval con una completa atrofia de innovación tecnológica y social;

El área mediterránea, el bloque ibérico y la península italiana experimentan las dos soluciones, re proyectando en sus propios territorios las desigualdades entre norte y sur.

Estos cambios delimitan la perspectiva de una protoindustrialización para algunas zonas en el clima general conservador de una economía de carácter rural, y una jerarquía de tipo aristocrático, cuyos principios integrantes se cuestionarán sólo a finales del siglo XVIII, con la revolución burguesa y industrial. Aun así, un atento análisis de los dispositivos económicos y financieros en la época que vive el nacimiento de las ciencias estadísticas, permite identificar ciertas peculiaridades endémicas de los países europeos, las cuales se reflejan directamente en el complejo aparato político – administrativo y, de manera indirecta, en su imagen arquitectónica.

Asumiendo, como nos sugieren muchos estudios, que las principales razones de empobrecimiento se desplegaron en ambiente rural por medio de los primeros mecanismos de acumulación capitalista, resulta casi obvio reconocer en el proceso de cierre y concentración de las propiedades agrícolas y en la relativa expulsión de una parte importante de la población campestre, las motivaciones de la hipertrofia de los núcleos urbanos y la primera fuente de desempleo crónico.

La categoría de los parados del campo iba a incrementar el número de los menesterosos, asimilándose a la calidad de mendigos; dejando de lado la teoría malthusiana según la cual el incremento demográfico figura como fuente primaria del empobrecimiento – que a su vez, unido a la desnutrición, se configura como herramienta de autorregulación biológica natural –. La superpoblación se presentaba como factor multiplicador de la nueva problemática del crecimiento del número de individuos improductivos; a pesar del progreso, las ciudades del siglo XVI son incapaces de absorber el capital humano sobrante del campo.

No podríamos tener un cuadro completo de las características sociológicas del grupo de indigentes que pueblan las ciudades europeas en el siglo XVI, sin hacer referencia a los mecanismos de empobrecimiento de tipo metropolitano. Con esta expresión nos referimos al lento desmoronamiento del pequeño y medio artesanado urbano. La penetración del capital mercantil en ambiente rural había transformado parte de la mano de obra excedente en un vasto cauce de obreros no especializados de bajo perfil contractual, aprovechable para la industria suburbana; como consecuencia de

esto, los talleres urbanos -se trataba muy a menudo de empresas familiares-, no pudiendo asumir la carga de una competencia altamente desequilibrada, sucumbían puntualmente, obligando a los artesanos a dirigirse al empleo asalariado en las grandes manufacturas. Podemos afirmar que los pobres campesinos y urbanos ejemplifican las dos caras de un mismo proceso económico - social: víctimas de la desestructuración del sistema feudal los primeros, de la afirmación de la nueva lógica capitalista los otros.

Si durante el medioevo y la primera era renacentista el pauperismo a gran escala aparece como un fenómeno coyuntural en aumento, a principios de la edad barroca se presenta como una plaga estructural endémica y dramática en la dimensión de su impacto sociológico. El número de familias que viven bajo la amenaza persistente del hambre y de la escasez, había aumentado de manera tan exponencial que parece despertar de repente la conciencia de la multitud, focalizando las preocupaciones de los operadores públicos en la cuestión de la miseria urbana. Se trata, en el ámbito de la formación del sistema capitalista, de una disfuncionalidad necesaria⁵, empero potencialmente muy dañina, que no podía ser tolerada durante mucho tiempo. Efectivamente, la masa de pobres que se mantenía como reserva al margen de las tradicionales categorías de trabajadores urbanos empleados de manera estable, constituye el cebo ideal para la formación de un sistema de clientelismo de doble índole: misericordioso y criminal.

Frente a una cultura que apuntaba a un individualismo cada vez más marcado y a un anonimato de las relaciones interpersonales, la gestión de la asistencia abandona el carácter espontáneo, procurando encuadrarse en un sistema institucional rígidamente estructurado; así mismo, la cuestión de la miseria se incorpora a las problemáticas de orden público y control policial.

5 Relata Geremek en su ensayo: “ambos fenómenos [la concentración de las propiedades rurales y el alejamiento de los campesinos del trabajo agrícola] colocan a la depauperación entre los procesos de formación del capitalismo. Aquella no sólo es el precio social del nacimiento del capitalismo, sino también uno de sus mecanismos internos, desde el momento en que, en ese modo de producción, crece una masa de proletarizados, obligados a buscar las fuentes de subsistencia en el trabajo asalariado”. Geremek, 1989.



fig.3.31
 Juan Luis Vives.
 Editado por P. Van
 der Haa, Leida⁶

En efecto, a las transformaciones en el campo económico hay que añadir profundas mutaciones en las actitudes psicológicas, con un sensible cambio en la perspectiva moral que iba animando la acción caritativa de las familias burguesas acomodadas y del poder público. El tema de la asistencia a los pobres ha parecido extremadamente importante a los ojos de los investigadores de las disciplinas sociales, ya que ven en él la maduración de una política social innovadora y moderna. A nosotros nos permite el análisis de la arquitectura hospitalaria como una peculiar declinación de arquitectura civil en cuya configuración concreta concurren múltiples factores, tanto materiales como intangibles.

El nuevo enfoque de la ética caritativa cuenta con unos ilustres teorizadores, lo cual no da una idea del peso que este asunto tenía en las preocupaciones de los contemporáneos: a lo largo de cincuenta años (a partir de los años 20 del siglo XVI) asistimos a la publicación de ensayos y comentarios dirigidos a resolver las controversias en torno al problema de la miseria urbana. Famosa es la posición francamente inconformista de Lutero hacia los mendicantes. Lejos de constituir la prueba de una presunta superioridad del modelo protestante de asistencia social, los consejos del clérigo alemán aparecen emulados en los escritos de eminentes teóricos cristianos como Erasmo y Juan Luis Vives⁶, los cuales, gracias a una sagaz y hábil capacidad retórica, consiguieron vencer las acusaciones de herejía promovidas por los órganos contrarreformistas. El fundamento de muchas oposiciones internas tras el Concilio de Trento se centraba en la condición de las órdenes mendicantes, cuyo estilo de vida suscitaba cada vez más las críticas por parte de una sociedad que iba integrando el culto al trabajo y al bienestar entre las virtudes cristianas. Este principio nos parece especialmente curioso en la medida que nos proporciona

6 De la amplia bibliografía de los humanistas y teóricos del siglo XVI acerca de la reforma asistencial, señalamos algunas obras capitales: de Lutero recordamos el documento *A la nobleza cristiana del pueblo alemán para la mejora de la condición cristiana*, 1520 y *Liber Vagatorum*, 1526. De Juan Luis Vives, *De subventione pauperum*, escrito en Brujas en 1525. Sobre estos autores Delumeau, J., *La Civilización del Renacimiento*. Barcelona: Editorial Juventud, 1977.

la dimensión del cambio generacional: las mismas comunidades que desde el siglo XIV habían animado la reforma de la caridad, intensificando la actividad hospitalaria, se encontraban sometidas a una violenta campaña por parte de los ideólogos más vanguardistas.

Todas las tesis de los humanistas del siglo XVI tenían en común el objetivo de sus sentencias: la lucha contra la haraganería, el parasitismo, la ociosidad como propensión cultivada por los mendigos y muy próxima a inclinaciones subversivas y facinerosas. Los argumentos de Erasmo y sus discípulos tenían su inspiración en los principios ya conocidos por los comentaristas bajomedievales, según los cuales se pretendía ahora una legitimación institucional por medio de la afirmación de una responsabilidad penal clara y severa. Los puntos básicos auspiciados en las reformas administrativas eran:

Creación de registros de los mendigos autóctonos y expulsión inmediata de los foráneos, so penas que varían de un lugar a otro y entre las cuales se enumera por primera vez la pena de muerte;

- Obligación para los pobres válidos de empleo, por búsqueda individual o bien por trabajos de utilidad pública proporcionados por los ayuntamientos.
- Limitación de la estancia en los hospitales a los individuos realmente afectados por enfermedades invalidantes y creación de casas de trabajo para todos los demás
- Prohibición de la limosna, bajo amenaza de multas.
- Creación de fondos permanentes para la asistencia recaudados a través de limosnas controlada en las diferentes parroquias o bien a por medio de impuestos especiales.

Sin adentrarnos en un argumento tan vasto como complejo

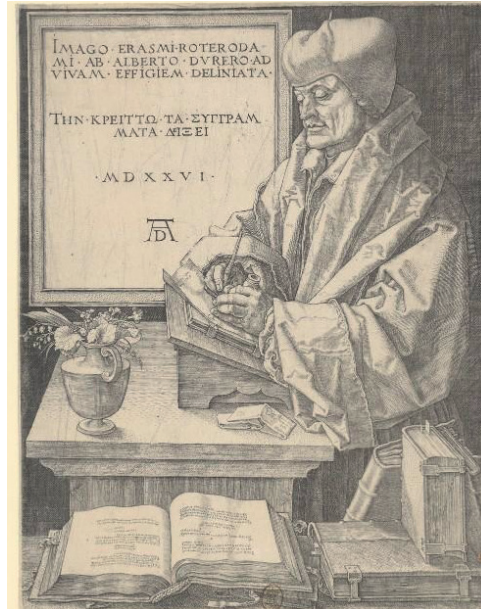


fig.3.32
Erasmus de Rotterdam.
Grabado de A. Dürer,
1526.

del que se han realizado estudios monográficos completos y bien documentados, bastará en este estudio hacer mención a las experiencias legislativas, primero de ámbito local y luego estatal, que se condensan en la tercera década del siglo XVI⁷. Este esfuerzo regulador se estrena de manera estructurada y consciente en los distritos nortños de Flandes (Ypres, Amberes, Gantes), pero de manera algo contemporánea se desarrolla en Francia (ejemplares las experiencias de París, Lyon, Ruan), en Italia y España (con algo de retraso debido a las ingerencias de la curia de Roma) y de aquí en el imperio (fundamental el edicto imperial de 1531 de Carlo V). La situación de Inglaterra y Alemania y de los países donde triunfan las doctrinas luteranas nos permite hacer mención a la disputa historiográfica sobre el desarrollo hospitalario en los territorios protestantes: una parte de la crítica tradicional reconoció en la masiva desamortización de los monasterios ingleses un neto deterioro del sistema caritativo, sanitario, asistencial. Si bien consideramos que esta posición es incompleta y bastante partidaria, siendo más exacto hablar de desarrollo alternativo que de decadencia de los hospitales, por otra parte nos da una idea de la importancia de las abadías en el proceso evolutivo de la red hospitalaria, tema sobre el cual volveremos en los capítulos sucesivos.

Si el siglo XVI está caracterizado por una lenta incubación de las modernas teorías sanitarias y asistenciales, presentándose como el escenario de un camino pausado y discontinuo de maduración jurídica y legislativa, el siglo XVII se caracteriza por un efecto más acentuado en el plan de actuación, pues se desarrolla un intenso programa constructivo con el objetivo de refuncionalización con fines asistenciales de las antiguas estructuras hospitalarias y de disponer edificios de nueva planta, como casas de reclusión para los pobres con fines educativos y de reinserción social. En realidad, como tendremos ocasión de demostrar, las supuestas pretensiones filantrópicas encubren el nacimiento de un sistema penitenciario, en muchos casos cruel e inhumano, que utilizará para su realización

7 La progresiva ampliación de los confines territoriales de actuación de las ordenanzas de carácter asistencial permiten definir dos fases legislativas a lo largo del siglo XVI: una primera de ámbito local y urbano dictada por la urgencia del apiñamiento humano en los suburbios y guetos, amenaza constante de epidemias y motines. Compárense los resultados de los estudios de E. M. Leonard para la sociedad inglesa.



arquitectónica material de matriz tipológica de antigua tradición: el hospital cruciforme en sus más variadas declinaciones. El nuevo impulso constructivo del siglo XVII y las nuevas doctrinas de higiene social que se habían ido desarrollando a lo largo de siglo precedente, concurren para enriquecer los esquemas funcionales con el fin último de maximizar el rendimiento funcional de los espacios para una extraordinaria muchedumbre de individuos alojados y una apremiante exigencia de control y represión.

fig. 3.33
Vista de Venecia. Siglo
XVI. Bibliothèque
Nationale de France.

En este contexto nos parece útil presentar brevemente el caso de Venecia por la proximidad de la ciudad lagunar a los centros de concentración hospitalaria del área lombarda, por el secular empeño de la Serenísima en los temas de prevención sanitaria y por las peculiaridades del sistema económico administrativo que hace de la capital véneta uno de los centros comerciales y manufactureros más vivaces del cauce mediterráneo. Otra razón por la que el caso de Venecia se presenta como ejemplo paradigmático atiende al poder que habían adquirido las fraternidades laicas en la gestión de los asuntos asistenciales. Pues “desde la perspectiva estatal, las cofradías laicas presentaban una ventaja respecto a las congregaciones religiosas: podían, al igual que ellas, despertar deferencia a las jerarquías sociales y ser, al mismo tiempo, más firmemente sumisas a los órganos de gobierno, ya que no reconocían más alta autoridad

sobre ellos y podían ser aprovechadas para afirmar la íntima solidaridad entre los venecianos como pueblo virtuoso, moral y cristiano”⁸.

En Venecia a principios del siglo XVI el 20 por ciento de la población se encuentra en condiciones de pobreza dictadas por la coyuntura histórico – económica. Esta categoría de indigentes constituían aquella franja social potencialmente peligrosa para el orden público; los demás pobres, los llamados pobres vergonzosos, recibían la mayoría de las ayudas públicas en virtud de lo que los historiadores han llamado “caridad selectiva” dirigida a favorecer a los individuos laboriosos y dóciles en función educativa.

Por otro lado, la administración iba tomando conciencia de que la asistencia a los pobres coyunturales era un instrumento esencial para prevenir “las amenazas al orden constituido, a la moralidad,

fig.3.33
Hospital de San Juan
y Pablo en Venecia.
Garnier, 1880.
Institute National
d' Histoire del' Art.

⁸ Véase Pullan, B., Due organizzazioni per il controllo sociale, en La memoria della salute..., a cargo de Vanzan Marchini, N E., 1985, Pág. 13.

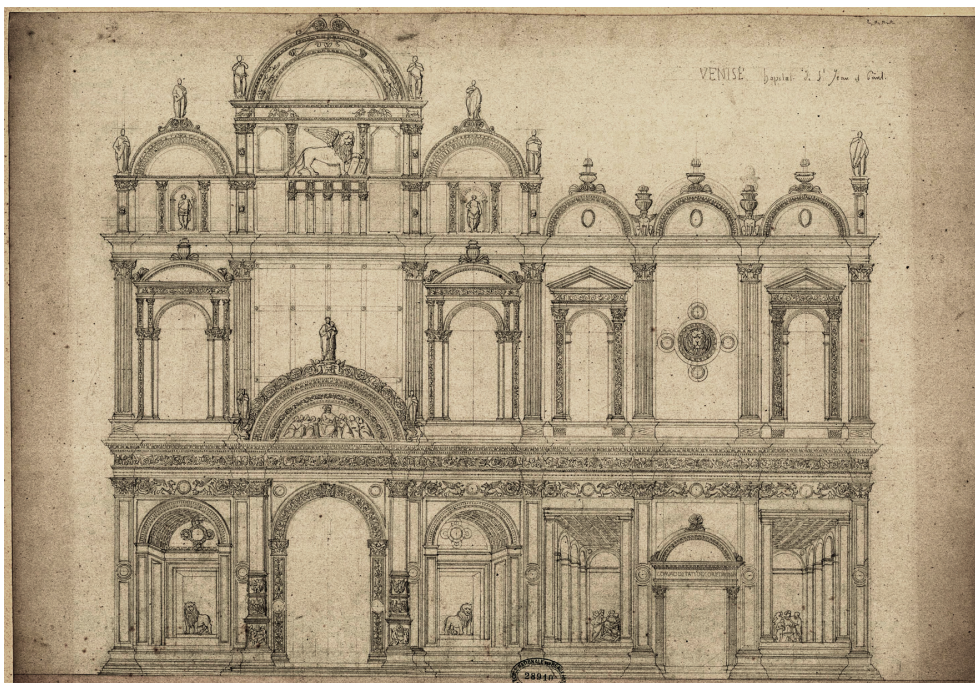




fig.3.34
Puerta del Hospital de
San Juan y Pablo.
Fotografía de Collinet
Guerin, 1910.

a la salud pública, a la propiedad privada⁹. Era propósito de los órganos administrativos convencer a la ciudadanía de que ricos y pobres no eran antagonistas, sino realidades complementarias¹⁰, que se necesitaban mutuamente. Para ello nació, en la última década del siglo XVI, por iniciativa directa del Senado, el hospital de los mendigos (fig.3.33 y 34) en proximidad a la Escuela Grande de San Marcos. El establecimiento fue confiado al cuidado de dos comisiones los *Provveditori della Sanità* y los *Provveditori sopra gli Ospedali e luoghi pii*, que tenían el deber de conducir honestamente su gestión por cuenta del Consejo de los Diez.

Varias circunstancias condujeron a la construcción del Hospital Grande: en primer lugar, a finales del siglo una tremenda oleada de carestías había empujado hacia el centro lagunar un notable flujo de miserables, sometiendo a dura prueba la capacidad receptiva de la ciudad y la posibilidad de absorber una excepcional excedente de fuerza de trabajo en las tradicionales industrias textiles y en el arsenal. Además, alrededor de 1594, una bula del

9 *Ibidem*.

10 Desde la Edad Media se habían formado en Venecia las Escuelas: se trataba de fraternidades laicas en las que confluían individuos de diferentes extracciones sociales, cuyo roles estaba bien definidos y separados de acuerdo con el prestigio de sus orígenes. Existían, además, escuelas como corporaciones profesionales que reunían empresarios y trabajadores, cuyo propósito era crear una familia social sólida, con la afirmación de la dependencia recíproca y la promesa de fidelidad. Para el tema de las escuelas venecianas puede consultarse el volumen *Le scuole di Venezia*, a cargo de Pignatti, T.Milano: Electa, 1981.

Papa Sixto V legitimaba una nueva postura doctrinal que en cierta manera rompía definitivamente con la tradición anterior: en el documento “*Quamvis Infirmi*” la mendicidad aparece por primera vez en la doctrina católica oficial asociada al pecado y a un total desconocimiento de las verdades cristianas, y por eso denunciada y estigmatizada. Desde antaño, la política asistencial pública había suscitado muchos conflictos, sobre todo acerca del destino de los establecimientos asistenciales de propiedad eclesiástica y de sus rentas y, en consecuencia, de las diferentes actitudes hacia el proceso de laicización de los hospitales. Como hemos visto en el primer capítulo, los decretos del Concilio de Trento, si bien por un lado habían remachado el derecho del obispado sobre las instituciones hospitalarias, por otro sugerían y auspiciaban un uso más oportuno de los hospitales, muchos de los cuales se encontraban en condiciones materiales y financieras ruinosas.

El Consejo Mayor de Venecia, contrario a cualquier injerencia de la curia en los asuntos de administración interna, accede a que los magistrados se ocuparan de las reformas recomendadas durante el sínodo de Trento; fruto de este compromiso se produce la nueva asignación de los ingresos del hospital para leprosos de San Lázaro. Brian Pullan nos trae a la memoria la notoria tesis de Foucault “por la que no sólo en aquel momento se fundaron hospitales para mendigos parecidos a prisiones utilizando los fondos de los leprosarios, sino que también aquellos individuos tomaron el papel de aquellos infelices, sufriendo un similar estado de marginación”. Sin embargo, el historiador inglés afirma que las argumentaciones de Foucault responden sólo parcialmente al modelo caritativo presente en Venecia, visto que las instituciones asistenciales se esmeran a fin de reinsertar a los pobres en el tejido social, lejos de prever un encierro perenne.

A nuestro parecer, el juicio de Pullan resulta algo contradictorio: en un paso anterior de su ensayo, él mismo sostiene que la miseria se configura como un aspecto fundamental para el mantenimiento de sistema social proto-capitalista fundado en la acumulación de capital. En realidad bastaría con hacer una distinción entre los trabajadores asalariados, arrastrados bruscamente a los niveles más básicos de supervivencia, que componen una especie de “miseria gobernable” y gobernada, y una franja de vagabundos o individuos

que se mantienen al borde de las prácticas sociales, para los que la autoridad prevé bien la expulsión o bien el aislamiento de por vida.

Una alternativa rentable para las franjas más problemáticas de los excluidos fue su empleo en las galeras: a partir de 1539, el estado veneciano había apretado a las comunidades de indigentes, limitando las limosnas sólo a aquellos que prestaran servicios en los buques republicanos, como recompensa a la que se presentaba como nueva y honorable forma de patriotismo; el año siguiente la exhortación mutaba en abierta amenaza. Los proveedores sanitarios actuaban según una política de expulsión de los forasteros, condenando al remo a todos los disidentes, los mendigos fraudulentos, los vagabundos reincidentes, y sometiendo los más jóvenes a un régimen punitivo despiadado.

En lo que concierne al destino específico del hospital para mendigos, el debate fue ferviente y controvertido: los estatutos de 1619 estipulaban que la casa de acogida estaba destinada a los venecianos sin una morada fija, que no eran capaces de sobrevivir por sus propios medios bien por la edad, o por no conocer ningún oficio, o por estar inválidos, enfermos o ancianos.

El hospital surgía en la misma manzana de la escuela de San Marco. Este tipo de institución se dedicaba también al sostén de los más necesitados, pero con limitación a aquellos que tenían un hogar donde ampararse; para esta categoría, donde convergían los pobres vergonzosos más veteranos y los artesanos recién empobrecidos, se preveía una asistencia domiciliar. Contrariamente a lo indicado, los hospitales estaban dirigidos a la recuperación de los refugiados: en él se tenía que educar no sólo en los sentimientos de devoción y piedad cristiana, sino también al trabajo. Todos en estos hospicios estaban obligados al trabajo colectivo, cada uno según sus posibilidades e índoles: “el hospital no entendía modificar el orden social, más bien fortalecerlo, garantizando que cada uno tuviera en él su lugar estable de modo que se pudiera crear una sociedad disciplinada y decorosa”.

El hospital de los Mendigos se erige sobre un diseño del arquitecto Vincenzo Scamozzi, que se inspira en la obra de Palladio: se compone de dos bloques cuadrados divididos funcionalmente por género. La lenta pero constante urbanización de los territorios limítrofes con el primer núcleo de la institución, construido a principios

del siglo XVII, hizo que se generara una suerte de *ínsula* sanitaria especializada que hoy en día constituye un precioso testimonio y en cuya estratificación arqueológica es posible hallar las huellas que permiten reconstruir la historia de las políticas asistenciales adoptadas por la Serenísima.

La historiadora Deborah Howard ha querido señalar la influencia que ejerció el trabajo desarrollado por Jacopo Sansovino, ilustre protagonista de la arquitectura veneciana del siglo XVI, en el planteamiento de Scamozzi en otro gran hospital, el de los Incurabili, ubicado hacia el sur de Dorsoduro, frente a la isla de la Giudecca. Efectivamente, existían entre los dos complejos ciertas analogías funcionales debidas a la exigencia del encierro.

Estos elementos nos dan la ocasión para introducir un tema de arquitectura hospitalaria que va tomando relevancia a lo largo de dos siglos, durante el Renacimiento maduro y la primera época barroca, en todo el territorio europeo. La peste negra había sentenciado el comienzo del proceso que Le Roy Ladurie define como “unificación microbiana del mundo”, con la intensificación de las relaciones comerciales, la ampliación de las áreas geográficas implicadas en ellas, la degeneración de las condiciones higiénicas debidas a múltiples factores, siendo el primero entre ellos el nivel de superpoblación de los núcleos urbanos que hemos descrito anteriormente. Durante la atroz invasión de los colonos españoles en perjuicio de las pacíficas poblaciones amerindias a partir de 1493, los nativos responden a los infames obsequios europeos, es decir, una cantidad devastadora de enfermedades por ellos desconocidas, con el bacilo aniquilador del “mal francés”. La situación más propicia para la difusión europea de la epidemia la facilitaban los ejércitos en los años en que Europa se vio asolada por un sinfín de sangrientos conflictos: miles de hombres, acompañados constantemente por un vergonzoso séquito de prostitutas, traían la sífilis a Italia, Francia, Alemania, Polonia, hasta Rusia.

Los síntomas del nuevo mal eran cutáneos y, desde el punto de vista estrictamente nosológico, acercaban la imagen de los sífilíticos a la de los leprosos. Pero, mientras que aquellos habían incluso gozado de un respeto en cuanto criaturas místicas durante el medioevo - el cambio cultural no había constituido para esta sociedad marginada más que un fastidio-, los otros estaban marcados por el sello de

la ignominia, carente de cualquier recóndito honor trascendental. La enfermedad se hacía, una vez más, vehículo de discriminación, herramienta utilizada en el oscuro clima contrarreformista por los predicadores para confeccionar sermones amenazadores y moralizadores; es decir, el cuadro clínico de los afectados se transforma en una metáfora válida para separar sin duda a los buenos de los malos, los honrados de los corruptos, los que tienen una esperanza de futuro de los esperan desanimados la muerte.

La medicina tradicional, con su profusión de ungüentos, brebajes y bálsamos, nada podía contra las despreciables úlceras, aunque las unciones a base de mercurio y guayaco hicieran prosperar la especulación comercial sobre estos compuestos.

Si Paracelso y Vesalio habían contribuido al progreso de la teoría de las ciencias naturales, las intuiciones de Galileo arrojado luz sobre el carácter empírico de las ciencias exactas, los descubrimientos de Kepler desmitificado las antiguas creencias astrológicas, todos ellos contribuyendo al “pansofismo” humanista, pocos adelantos se habían logrado en lo que concierne a las técnicas terapéuticas y el tratamiento de las enfermedades contagiosas endémicas: “la práctica clínica se mantenía atrasada respecto a la ciencia”¹¹, condición que perdurará también durante el siglo XVII.

fi.3.35
Ospedale degli
Incurabili. Luca
Carlevaris.
Le Fabriche e vedute
di Venezia, Venezia,
1703.

11 Consmacini, G. *L'arte Lunga*, 1997.



Así que, realmente, los hospitales dispuestos por misericordiosos patrones no podían aspirar a la cura de sus huéspedes, sino preocuparse de su marginación, de su invisibilidad, de su condena. En cuanto a la piedad cristiana, quedaba grabada en la construcción de iglesias dentro del recinto hospitalario según el gusto tridentino; un ejemplo elocuente nos llega también de Venecia, con la firma del octogenario Sansovino.

Para su ubicación, la iglesia de los Incurabili, iniciada alrededor de 1565 y destruida en 1831, seguía el esquema propuesto más de un siglo antes por Filarete en el suntuoso proyecto para el Hospital Mayor de Milán; se posicionaba, pues, en el centro del patio, como baricentro de un vasto complejo de forma casi cuadrangular. La iglesia, así como el complejo hospitalario, presentaban dos amplias crujiás unidas en forma de C; podemos observar cómo, sobre la base de unas matrices tipológicas conocidas, el arquitecto opera, según su genio, contextualizando con el ambiente limítrofe, plegando el diseño a las necesidades del “cliente”, dando prueba de un pragmatismo brillante e inteligente.

El Sansovino elige para el templo hospitalario un inusual plan elíptico, “compromiso excelente entre el círculo y el rectángulo”¹²; evidentemente, las condiciones de su emplazamiento hubieran requerido la adopción de una figura central, aunque fuera sólo por cuestiones de orden funcional, como la posibilidad de visión y perspectiva dentro del espacio cerrado del claustro. El éxito y practicidad de esta alternativa estaban garantizados por un catálogo copioso de ejemplos ilustres entre los cuales sobresalía el templete de Bramante en Roma. Sin embargo, las fórmulas conciliares habían inhabilitado sin apelación aquellas iglesias en planta central y de cruz griega que eran el más exquisito resultado del despertar cultural de las sociedades renacentistas. Se sustituían por las tradicionales basílicas de desarrollo longitudinal, más idóneas para las tareas litúrgicas, pero, sobre todo, más convenientes para inculcar a los feligreses el valor de las costumbres tradicionales y el respecto hacia las jerarquías eclesiásticas en contra de los sentimientos subversivos, heréticos y ecuménicos que, a principios del siglo XVI, habían

12 Howard, D., *Jacopo Sansovino: Architecture and Patronage in Renaissance Venice*, 1987.

amenazado con derrumbar el credo oficial.

Sansovino aprovechó la imposición política para modelar un organismo arquitectónico extremadamente funcional, pues uno de los cometidos más importante de los *Incurabili* era recibir las exhibiciones del coro de las “putte”, las niñas expósitas, cuyas voces angelicales constituían el deleite más en boga en la alta sociedad veneciana; el diseño de la iglesia permitía situar los coros en diferentes galerías, con el resultado de una perfecta coordinación armónica entre las diferentes fuentes sonoras. Por la elegancia de su planeamiento, la plasticidad desnuda y sencilla de su aparato decorativo y la eficiencia de sus recursos técnicos, la iglesia de Sansovino servirá de ejemplo modélico para numerosas iglesias hospitalaria.

La posición del templo en el baricentro del recinto hospitalario nos ilustra el propósito real que tenía que cumplir la institución: dar un amparo espiritual, un apoyo religioso a los infecciosos. A partir del siglo XVI y a lo largo del siglo XVII, las ambiciones terapéuticas se concentran en los hospitales generales para los mendigos y son de carácter socio-psicológico y educativo, es decir, aspiran a “la recuperación de una productiva mano de obra para reintegrarla en el mercado del trabajo”.

En conclusión, la óptica extremadamente pragmática de la sociedad burguesa de la vigilia de la era positivista tuvo como efecto una precisa y definitiva separación funcional, disponiendo nuevos instrumentos de presión sobre la población hábil (las casas de trabajos y los hospicios para los pobres), segregando a los enfermos crónicos (los hospitales de los incurables), aliviando los sufrimientos de los críticos y medicando a los heridos (los hospitales civiles). Para estos últimos parece legítimo hablar de “fabricas de salud”, al menos en lo que se refiere a fines asistenciales, manifestándose los primeros resultados satisfactorios en grado de incidir sobre la salud pública sólo durante el siglo XIX.

Los historiadores de las ciencias sociales concuerdan en la idea de que desde el siglo XVI van gestándose cambios radicales que alcanzan su maduración durante el siglo siguiente: de una asistencia casual y escasamente coordinada a unas formas de auxilio sistemáticas, fundamentadas en la definición de categorías más merecedoras

porque son socialmente útiles y dirigidas a un patente control de tipo policial por parte de las instituciones públicas. En la elección de los partidos espaciales que den forma al diseño político, es posible revisar una continuidad en el proceso de desarrollo, cuyas etapas determinan una serie progresiva de diferenciaciones funcionales susceptible de integraciones arquitectónicas y constructivas absolutamente inéditas y originales.

CAPÍTULO 4

*El proceso tipológico del hospital:
contextos geográficos*



4.1 Los caminos de peregrinaje y las rutas comerciales

En el anterior capítulo hemos tratado de dibujar un recorrido cronológico que sirve de marco de referencia para el desarrollo de las casas hospitalarias desde el siglo XIV aproximadamente hasta los albores de la edad moderna; para ello hemos descrito una trama de acontecimientos históricos de carácter sociológico, político o económico cuyo conocimiento ayuda a comprender el significado concreto de la evolución del tipo hospitalario contextualizado en cada fragmento temporal. Nos hemos referido al concepto del devenir limitando a lo esencial los juicios de valor extremadamente subjetivos sobre la progresión o involución de las coyunturas indagadas, ya que semejante postura atañe a un análisis específico desde las perspectivas más variadas: desde el punto de vista médico, administrativo y técnico. Hemos intentado ajustar nuestros argumentos a la definición de unas circunstancias que permiten, aunque de manera esquemática, hallar las etapas de la historia de unas instituciones que permanecen en el tiempo con su doble naturaleza: material, como edificios concretos, e intangible, como

fig.4.1
Tabula Rogeriana.
Muhammad al-Idrisi
para Roger II de
Sicilia, 1154.



testimonio de una actividad humana secular, la de asistencia a los necesitados.

En este capítulo nos ocuparemos de añadir una pieza ulterior de lo que viene a ser un rompecabezas cuya resolución precisa de una descomposición de la temática analizada según categorías independientes, pero sensiblemente entrelazadas. Vamos a emprender un examen de los contextos territoriales que se formalizan como escenarios de los acontecimientos históricos y que contribuyen a caracterizarlos con elementos propios y características peculiares. Se trata de aislar las componentes relativas al contexto geográfico y ambiental que juegan un papel decisivo en la caracterización local de las actividades humanas y, por consiguiente, en la definición de una serie de elementos normativos de la actividad edificatoria del hombre. En nuestro caso específico, centraremos la atención en el territorio europeo y, en particular, en ciertas áreas geográficas que, por razones de carácter superestructural, contribuyen con aportaciones singulares a la evolución del tipo hospitalario objeto de nuestra investigación: el hospital cruciforme.

Antes de todo nos parece especialmente útil anticipar un hecho que procede de cuanto dicho en los capítulos anteriores: a la vez que nos adentraremos en el análisis más exhaustivo de la evolución en el tiempo y las declinaciones en el espacio de la arquitectura hospitalaria, tomaremos conciencia de lo difícil que viene a ser anclar la definición de los modelos hallados a un única clase tipológica; sin embargo, un examen meticuloso nos revela cuánto de los prototipos antiguos (con una sorprendente variedad de proveniencias) se mantiene en los ejemplos continuamente actualizados, legitimando plenamente la idea de evolución como proceso tipológico¹.

Dentro de este marco teórico, este apartado nos acerca a la cuestión de las coordenadas geográficas y de los contextos territoriales en los que cada comunidad dispone su equipamiento asistencial, avanzando dos hipótesis fundamentales:

La formación de una macroregión ideal, que definimos como

¹ Sobre el concepto de proceso tipológico véanse Muratori, 1960. Caniggia, Maffei, 1984. Cataldi, G. *Per una scienza del territorio. Studi e note*, Firenze: Alinea, 1977. Strappa, 1995.

espacio europeo² (sin referirnos directamente al significado geográfico-político que el término tiene actualmente), desde una tradición ancestral que se remonta al imperio romano y que se fortalece durante el medioevo por un sentimiento religioso común y un culto formal estándar, el rito romano.

La construcción de una red de comunicaciones terrestres y marítimas que traspasan los límites de una fragmentación territorial extremadamente marcada y muy variable y que tienden gradualmente a la centralización del poder con la formación de los estados del antiguo régimen.

Sobre la base de estas suposiciones fundamos un doble objetivo:

Delinear la red de vínculos y relaciones que entrelazan las áreas del territorio europeo por razones intrínsecas y circunstanciales, independientemente de sus distancias reales.

Esbozar los principales enclaves de caminos terrestres y marítimos que actúan como escenarios para el desarrollo de estas relaciones.

Además, indagar en el sistema de caminos medievales nos ayuda a aclarar dos elementos fundamentales para la historia del hospital moderno:

- la ubicación estratégica de las instituciones de cura, cuyas construcciones se configuran como matrices del proceso tipológico.
- los sistemas de comunicación a través de los cuales se exportan los modelos.

Estas conexiones, su auge y su repentino desgaste, dependen de múltiples factores que podríamos resumir en tres categorías: culturales, con referencia al universo religioso y filosófico; de parentesco dinástico, lo cual se refiere directamente a la razón de estado, y comerciales, con relación a la esfera económica.

Existen diferentes argumentos que nos obligan a concentrar

2 Sobre el tema de la formación de un espacio europeo en el alto Medioevo véanse AA. VV. *Itinerari medievali e identità europea...*, 1999. AA. VV. *Mercati e mercanti...*, 1992. AA. VV. *Trasporti e sviluppo...*, 1986. AA. VV. *Viajeros, peregrinos...*, 1991. Plesner, 1979. Sergi, 1996 y Sergi, 1981. Cardini, F. *Europa año Mil: las raíces de Occidente*. Madrid: Anaya, 1995.

nuestra atención en el tema de los caminos para alcanzar una comprensión satisfactoria del impulso dado a la arquitectura hospitalaria a partir de la época bajomedieval. Algunos de ellos siguen siendo de carácter general y ceden todavía a un cierto margen de abstracción. Aludimos, por ejemplo, a actitudes singulares de la actividad humana en el paso crucial a la era moderna que los historiadores encuadran en el general y lento despertar de los intereses y ambiciones de los pueblos³, unos siglos después del catastrófico desmembramiento y sucesivo colapso del Imperio Romano.

Dos principios antitéticos concurren para caracterizar a la sociedad europea en el cruce del milenio: el movimiento y la estabilidad. A este propósito resultan muy interesantes las reflexiones que García de Cortázar resume en el texto introductorio a la semana de estudios medievales de Estella en 1991. El medievalista nos presenta las dos facetas de los siglos XIV y XV, ambas “expresión de un mundo que cada vez se conoce mejor a sí mismo”⁴: por un lado la estabilidad física, el asentamiento relacionado con aquel proceso de crecimiento urbano que hemos señalado a menudo como motor de cambios radicales; por el otro, la inestabilidad social y el fermento cultural animado por los viajes y los comercios, que para algunos individuos representó la posibilidad de acumular riqueza, modificar el rígido orden social, progresar en un entorno de bienestar, alejados de la nobleza tradicional. Esta metamorfosis cultural supone muy a menudo una crítica radical a las doctrinas del pasado, en una palabra, según la feliz expresión de García de Cortázar, supone “apertura”⁵.

Los historiadores coinciden en afirmar que, entre el siglo XI y el principio de la edad moderna, la sociedad europea experimenta el paso de un difuso nomadismo⁶ a un definitivo sedentarismo. De esta aserción surge nuestra pregunta: ¿qué herencia ha dejado al mundo moderno la característica movilidad de las sociedades medievales y qué razones la motivaron?

Hablar del desplazamiento que comunidades enteras realizan por

3 Véanse AA, VV, *Mercati e mercanti ...*, 1992. AA, VV, *Trasporti e sviluppo economico...* 1986.

4 AA, VV, *Viajeros, peregrinos...* Op. Cit.

5 Sobre el tema del “nomadismo altomedieval”, ver la obra de Cardini *Verso Gerusalemme :pellegrini, santuari, crociati tra X e XV secolo*. Gorle: Velar, 2000.



las razones más variadas significa hablar del proceso de ocupación y reocupación del territorio tras el declive del centralismo administrativo y colonialismo romano. El poder imperial, además de aprestar una colosal máquina burocrática para el gobierno de los territorios ocupados, se interesó por mantener sus equipamientos ambientales y urbanos, incluyendo caminos, sistemas de abastecimiento hídrico, lugares de culto, ocio y cultura médica⁶. Cuando en 476 d. C. se desmorona el Imperio de Occidente, al mismo tiempo se desploma repentinamente aquella compleja estructura política que había permitido mantener el aparato estatal y su vasto sistema de infraestructuras (fig. 4.2) en la península italiana y en las colonias extranjeras. Carreteras, puentes y muchos pantanos drenados artificialmente, se iban dañando inexorablemente por falta de mantenimiento, quedando muchos de ellos inservibles⁷.

fig. 4.2
Sistema de carreteras
romanas de la edad
imperial.
Daremberg y Saglio,
*Dictionnaire des
antiquités grecques et
romaines*, 1873.

6 Para un estudio sobre la arquitectura civil en época romana véanse Choisy, A. *El arte de construir en Roma*. Madrid: Instituto Juan de Herrera, 1999. Adam J P. *L'Arte di costruire presso I romani :materiali e tecniche*. Milano: Longanesi, cop. 2006

7 Los romanos, en su obra de expansión hacia el norte (los territorios gálicos) iban disponiendo caminos, estructurando el territorio por medio de las vías consulares y de los recorridos secundarios que se empalmaban a ellas. Todo el sistema de vías partía de la capital y la conectaba con las lejanas provincias del continente. Las

La iglesia romana, que los comentadores iluministas habían enumerado entre los responsables de la destrucción del Imperio, había intentado poner remedio al clima de desolación que padecía la sociedad al perder su guía política, aprovechando el énfasis caritativo para fortalecer su propio poder temporal. A esta finalidad respondía la gemación de señoríos monásticos⁸, los cuales habían asumido,

calzadas que comunicaban con el norte eran:

la vía Aurelia de Roma a Pisa

la vía Cassia de Roma a Florencia con varias ramificaciones como Lucca-Parma y Florencia-Bolonia

la vía Flaminia de Roma a Rimini

la vía Emilia de Rimini a Piacenza

Cuando en 568 d. C. los longobardos cruzaron los Alpes invadiendo los territorios italianos, ninguna de estas carreteras podía recorrerse por entero.

El autor señala la importancia de ciertos ejes romanos, no sólo en Italia sino también en España, Inglaterra y territorios gálicos.

Véase Chevalier R. *Le voies romaines*. París: Librairie Armand Colin, 1972.

8 Para la expansión de los monasterios medievales véanse Newman, J H., *La civilización de los monasterios medievales*. Madrid: Encuentro, 1988. Orlandis J., *Estudios sobre instituciones monásticas medievales*. Pamplona: EUNSA, 1971.

Hablando del peregrinaje y desarrollo hospitalario no puede de ninguna manera pasarse por alto el papel que tuvo un gran centro de producción cultural de la Edad Media: Cluny. Surgido como hecho espontáneo, el peregrinaje fue en cierta manera institucionalizado y controlado a lo largo del Camino de Francia por una serie de abades que aprovecharon las nuevas rutas abiertas en el corazón del continente para irradiar fuera de la casa central de Cluny una reforma del espíritu religioso y fomentar muchas sugerencias en campo artístico, filosófico, científico. A partir del siglo X, asistimos al florecimiento de un número asombroso de abadías cluniacenses a lo largo de rutas de peregrinaje, dentro y fuera de los dominios de la corona francesa. Para sus fundaciones se involucraron muchos nobles de diferente extracción dinástica, en directa participación con el Papa, con intención de fortalecer el control sobre el territorio. Notables son las relaciones entre los

fig.4.3
Papa Urbano II
consagra el altar del
monasterio de Cluny.
Miniatura medieval.



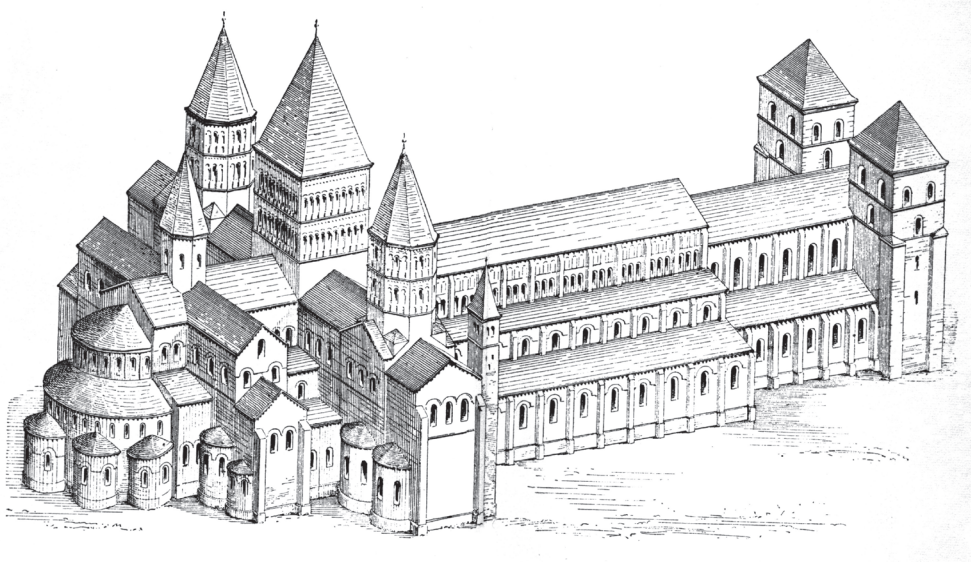


fig. 4.4
Abadía de Cluny tres.
Kirchliche Baukunst
des Abendlandes.
Georg Dehio/Gustav
von Bezold, 1887-
1901.

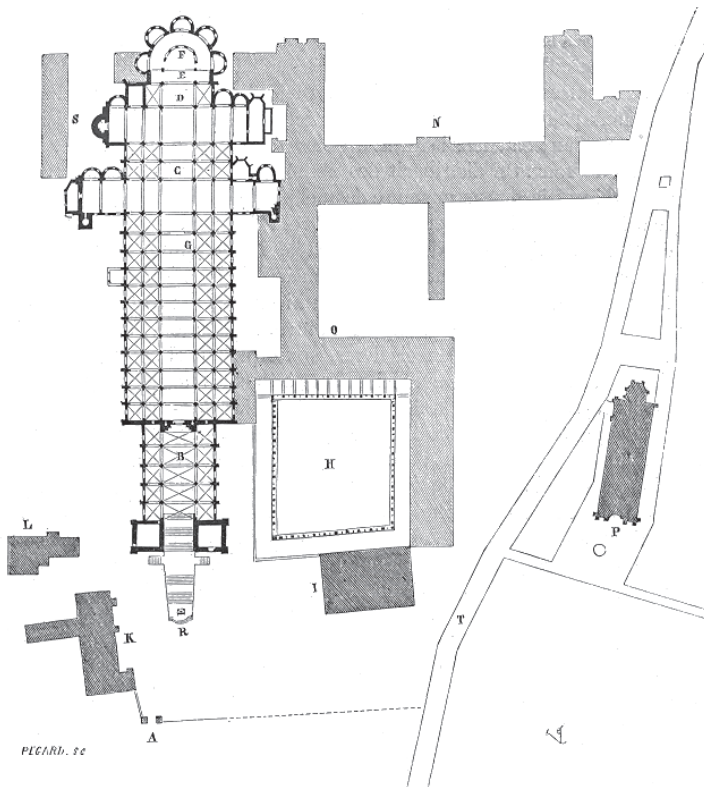


fig. 4.5
Abadía de Cluny tres.
Diccionario razonado
de la arquitectura.
Viollet le Duc, 1868.

entre otras, las tareas de mantenimiento de los caminos⁹, aunque cada comunidad se encargaba de su entorno, ya que carecieron durante mucho tiempo de una coordinación superior.

También la disposición de equipamientos asistenciales y sanitarios surge en el ámbito del florecimiento de abadías y conventos¹⁰ y se muestra íntimamente ligada al proceso de antropización del territorio, asociándose el incremento de las casas hospitalarias al crecimiento de los núcleos habitados.

Es cierto que, si bien la planificación a gran escala realizada por los ingenieros imperiales sigue condicionando la estructura del territorio hodierno, todo ello se debe, sin lugar a dudas, a la labor infatigable de las congregaciones monásticas que se esmeraron en el mantenimiento de muchos de los antiguos trazados, además de consolidar muchos recorridos menores prerromanos desestimados en la topografía imperial dirigida a facilitar instrumentos estratégicos para las campañas bélicas.

Para el caso italiano existen unos estudios muy interesantes dirigidos por el Profesor Cataldi de la Universidad de Florencia¹¹, que tratan de arrojar luz sobre el sistema de organización territorial de la península. Lo que nos parece especialmente notable es la teoría de la estructuración longitudinal peninsular, privilegiada por los romanos frente a la maraña de itinerarios interétnicos transversales que constituyen el núcleo fundamental de la expansión monástica

reyes cristianos españoles y el monasterio borgoñés: “habiendo aprendido que, en las profundidades de Borgoña florecía, bajo el báculo del más santo de los abades, Odilon de Mercoeur, una vida monástica superior a cualquier otra y fundada no solo en la fiel observancia de la regla benedictina, sino en las obras de misericordia y caridad, Sancho envía a Cluny a uno de los personajes más recomendables de su país, Patrene, a fin de que se informe y mire”. Oursel R., *Cluny y el Camino*, en AA VV., *La Europa del peregrinaje...*, 1998.

9 Para el tema de los monasterios y el mantenimiento de las carreteras véase Plesner, 1979.

10 Sobre el tema la hospitalidad monástica véanse las actas del congreso celebrado en León en 1989. AA VV., *El camino de Santiago: la hospitalidad ...*, 1992. A raíz de todos estudios específicos, Mollat, 1988, Pág. 45-52.

11 Cataldi, *Per una scienza...* Op. Cit. y AA VV. *La pianificazione romana della Valdinievole*. Atti della tavola rotonda, 16 de mayo de 2004. Pisa, 2004. della citar para el estudio de la forma del territorio en el mundo antiguo véase Rykwert J., *La idea de ciudad: antropología de la forma urbana en Roma, Italia y el mundo antiguo*. Salamanca: Sígueme, 2002.

de la época medieval. Sin embargo, analizando los documentos cartográficos nos tropezamos con el curioso descubrimiento de una precisa congruencia entre el programa técnico de ocupación comarcal de los ejércitos imperiales y la instalación de los monasterios¹². A razón de esto, resulta legítimo, frente a los clichés de muchas críticas historiográficas, hablar de un incremento importante de las rutas transnacionales que tiene su auge a caballo entre el siglo XIII y XIV.

Para comprender el significado de la praxis operativa adoptada por las congregaciones eclesiásticas, su papel en la voluntad de control del territorio y sus finalidades específicas, hay que abrir un breve paréntesis sobre el concepto de estación, parada y posada.

El historiador Arturo Soria señala, refiriéndose al tema de los caminos y recorridos medievales, cómo el conjunto de estaciones contribuyen a identificar y determinar las rutas antiguas: sin esta red de elementos (a los cuales añade los elementos de señalización) diseminados en el territorio resultaría imposible entender las razones que subyacen en los enclaves que forman los sistemas de comunicaciones terrestres, lugares de expresión de una rudimentaria logística del transporte¹³; efectivamente, “el movimiento no es el fin sino el medio, más o menos apetecible, de llegar a una meta enlazando dos estaciones; (...) el movimiento es un don siempre que quepa alternarlo con su complementario, con el estacionamiento. Visto así, lo definitorio de un viaje es esa alternativa de movimiento y estacionamiento que se apoya en una sucesión de vías y estaciones¹⁴”. Si consideramos, siguiendo el razonamiento del autor, las finalidades específicas que subyacen al desarrollo de las estaciones urbanas, suerte de oasis en caminos muy a menudo abruptos y dificultosos, entenderemos la importancia de los hospitales para una comunidad continuamente en viaje: se trata, en última instancia, de “evitar que

12 Dos documentos cartográficos fundamentales son la *Tabula peuntingeriana* copia de un mapa del IV siglo, y la *Descriptio Mapamundi* de Hueges de Saint Victor. Véanse AA VV., *Tabula Peutingeriana: le antiche vie*. Firenze: L.S. Olschki, 2003. Gautier Dalche P., *La “Descriptio mappe mundi” de Hugues de Saint-Victor :texte inédit avec introduction et commentaire*. París: Études Augustiniennes, 1998.

13 Soria y Puig A., El camino y los caminos de Santiago en España, en *Santiago: la Europa del Peregrinaje*, edición curada por Paolo Caucchi Von Saucken, 1993, Pág. 204. El tema de este apartado es el transporte en relación a los conceptos de recintos y caminos.

14 *Ibidem*. Pág. 195.

los caminos y los lugares por ellos atravesados resulten inhóspitos”¹⁵.

Desde la época imperial se construyeron vías y carreteras a la vez que estaciones; sabemos que muchos núcleos humanizados surgieron del establecimiento de *castrum*¹⁶, paradas dispuestas para el refrigerio de los ejércitos en su obra de expansión territorial. Estas huellas de antaño pueden fácilmente descubrirse en la toponimia de muchas poblaciones de fundación romana. Lo mismo puede decirse de las estaciones de época medieval, surgidas en auxilio de viajeros, pastores trashumantes, peregrinos, etc.¹⁷.

Si analizamos la distribución en el territorio de los hospitales a partir del siglo XIII (*fig. 4.6*), se evidenciará cómo estos, al igual que monasterios y abadías, dibujan una red de puntos que recalcan, aunque parcialmente, la antigua estructura de las *stationes* romanas. Esta observación hace destacar la función de las comunidades de regulares en la formación del sistema asistencial. Estudios escrupulosos han señalado el rol que las fundaciones abaciales tuvieron en el proceso de reocupación y cohesión del ambiente antrópico, ocupándose de la recuperación y mantenimiento de las antiguas redes viarias y en la realización o “infraestructuración” de las directrices espontáneas. Un ejemplo muy explicativo es el caso de la Vía Francígena¹⁸; la importancia de este camino aparece con el rescate durante el periodo medieval de los recorridos a lo largo de las laderas y de las líneas de cresta, motivado por el hecho de que la composición sociopolítica del área del norte de Italia los hacían más seguros respecto a las vías consulares como la Aurelia y la Cassia, transitadas por las compañías militares (situación que se presenta con características similares en los territorios de Europa continental).

15 *Ibidem*.

16 Un trabajo muy interesante es el de Marta Conventi, *Città romane di fondazione*. Roma: L'ERMA di BRETSCHNEIDER, 2004.

17 Véase, AA. VV. *Dizionario de toponomastica*, Torino: Utet, 1997. Existe también un estudio reciente sobre el territorio español contenido en AA. VV. *Toponimia de España: Estado actual y perspectivas de la investigación*, Berlin: Walter de Gruyter, 2010.

18 Para profundizar sobre la Vía Francígena, Stopani, 1984. Bezzini M, *Storia della via Francigena. Dai Longobardi ai Giubilei*. Siena: Il Leccio, 1986. Spicciati A., *Viaggio in Valleriana: vie, ospedali, pievi e cappelle della vecchia Lucchesia*. Pisa: ETS, cop. 2008.



Siendo en primer lugar morada para el amparo de peregrinos, los hospitales surgían en las carreteras y caminos más aprovechados o en puntos estratégicos generalmente lejanos de los núcleos de concentración humana de aquella época: los castillos fortificados ubicados en lo más alto e inaccesible de montes y colinas.

*fig. 4.6
Trazados de las calzadas romanas y ubicación de hospitales en Italia.*

Paralelamente a un nuevo florecimiento de los comercios y a la consecuente mejora de las configuraciones geo-ambientales (obras de drenaje de llanuras pantanosas, construcción de puentes, etc.), la urbanización debida al fuerte empuje demográfico favorece a aquellas áreas beneficiada por un emplazamiento conveniente en la vasta red de comunicación, que se hará vehículo de intercambios culturales vivacísimos.

El tema de la reocupación y urbanización en época bajo medieval está ligado a la formación y reformación de estaciones, donde, por varias causas- grandes distancias de recorridos, proximidad de obstáculos naturales, etc.-, era necesaria una escala obligada. A

través de ellas podemos, además, reconstruir los itinerarios más en auge y la lógica que subyace a la estructuración del territorio en su morfología urbana. Huelga señalar que esto no significa en absoluto “que la poblaciones fueran siempre meros anexos de los caminos”, si bien de ellos obtuvieran una incontestable vitalidad.

Los caminos constituyen el contexto físico donde actúa e interactúa una formidable aglomeración de humanidad errante. Se desplazan seres de todas categorías: viajan los reyes¹⁹ para administrar comarcas vastísimas e inquietas, lo hacen los prelados para buscar alianzas, los monjes para redimir a los pecadores y evangelizar a los infieles, los pastores durante los meses de trashumancia en busca de fértiles dehesas, andan los estudiantes y los eruditos, los embajadores y los mensajeros, los soldados y los exiliados. Se desplaza un número considerable de personas, sobre todo peregrinos y mercaderes.

Estas últimas categorías, gracias a la extremada pluralidad de atributos que las definen y a la versatilidad de las transformaciones que admiten a lo largo de los siglos, bien se prestan a unas consideraciones acerca del origen, metamorfosis y ejercicio de las instituciones asistenciales. Pues ocurre de manera generalizada que los oficios desempeñados por romeros y comerciantes, si bien distintos, atarean de manera simultánea los núcleos urbanos emergentes. Por decirlo de manera algo simplificada, religión y economía contribuyeron, intercambiando a menudo sus cometidos, a canalizar los flujos de viajeros, a modelar rutas exitosas, a guiar el desarrollo social de vastos territorios y trazar el conjunto de sus relaciones internacionales. Parece sugerente que en la primera fase de la revolución burguesa bajomedieval sean los caminos y los caminantes los que impulsen el nacimiento de un sistema internacional de núcleos urbanos interconectados, mientras que durante la revolución industrial del siglo XVIII serán las ciudades las que alentarán el desarrollo de nuevas comunicaciones²⁰.

19 José Ángel García de Cortazar cita el ejemplo del viaje de Pedro I a título de caso ejemplar. García de Cortazar J. A., *El Camino de Santiago y la articulación del espacio en Castilla en AA. VV., El Camino de Santiago y la articulación..., 1993, pp.157-184.* Compárese con Díaz Martín, L. V., *Itinerario de Pedro I de Castilla. Estudio y regesta.* Valladolid: Universidad de Valladolid, 1975.

20 Soria y Puig, A., *El camino y los caminos de Santiago en España, en Santiago: la Europa del Peregrinaje,* edición a cargo de Paolo Caucci Von Saucken, 1993. Pág. 206.

De hecho, cuando a mitad del siglo XVI el Concilio de Trento institucionaliza el declive de las peregrinaciones a larga distancia, los viajes a Roma y las travesías hacia Jerusalén habían creado un vínculo persistente entre Oriente y Occidente que se deja translucir en todos los campos de la actividad humana, desde las ciencias naturales al gusto por el orientalismo decorativo. Así, Santiago, última meta de las grandes rutas de peregrinación de la cristiandad, había contribuido a construir un sentimiento común de pertenencia entre los pobladores del viejo continente²¹.

Desde el siglo XI la figura del viajero de Dios como lo define el medievalista García de Cortázar, viene a formar parte “de una especie de sociedad de carácter supranacional, la *societas peregrinorum*, que disfrutaba de privilegios particulares y creaba lazos de solidaridad”; es, además, el primer sujeto al que se dirigen los hospicios y las instituciones hospitalarias.

Según el Veneranda Dies, un panegírico alabancero de carácter pedagógico contenido en el Codex Callistinus²², el peregrino tenía que responder a una conducta ejemplar, temerosa de Dios y fiel a los mandamientos de su iglesia terrenal. En realidad, los sermones contenidos en los documentos eclesiásticos ocultan una condición bien diferente: la figura del peregrino, de costumbres supuestamente incorruptibles, revela una profunda ambigüedad, lo cual parece



fig. 4.7
Santiago a caballo.
Codex Calixtinus.
Mediados del siglo
XII.

21 Para el tema de la peregrinaciones medievales la bibliografía es amplísima: en el ámbito español no podemos dejar de citar la obra maestra de Luis Vázquez de Parga, José María Lacarra, Juan Uria Riu, *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*, 1992, los estudios de Fernando López Alsina, *El mundo de las peregrinaciones: Roma, Santiago, Jerusalén*, 1999. La obra de Paolo Caucci para las peregrinaciones italianas, *Las peregrinaciones italianas a Santiago*, Santiago 1971. Y dos estudios bibliográficos muy articulados, uno en Cherubini y otro de Susana Herreros Lopetegui contenido en las actas de la XVIII Semana de estudios medievales de Estella, Estella 1991. Además véase Luis Bonilla, *Historia de las peregrinaciones Madrid*, 1965, Pág. 89 y sucesivas.

22 Blanco García, C., *Códice Calixtino/Luz Pozo Garza*, 1922. Vigo, 1997.

razonable si se considera el hecho de que entraba en contacto con las realidades más heterogéneas y por lo general turbias y de dudosa moralidad. La realidad de esta humanidad viajante se refleja en la pluralidad de los hábitos de aquellos que acuden a los hospitales, legitimando desde época muy temprana la desconfianza de muchos teóricos cristianos, y posteriormente de los cultores humanistas, hacia la práctica del peregrinaje como incentivo a la holganza y a la malversación. A pesar del éxito de las primeras y masivas marchas de los penitentes hacia los santuarios de la cristiandad, el peregrino ve desgastarse su fortuna con el transcurrir de los siglos y con el desarrollo de la filosofía burguesa. Se va estigmatizando de manera creciente el valor de la mendicidad a la vez que se desvanece la confianza en la efectiva caridad de los hombres durante el largo andar por tierras lejanas.

Una prueba de la depravación a la que se enfrenta el hombre probo durante el peregrinaje se encuentra en el hecho de que la ética común desanimara a las mujeres a emprender el viaje para no entrar en contacto con una humanidad de baja moral y corrupta en sus costumbres. En un texto de principios del siglo XVI sobre la educación de la mujer, Francesco da Barberino recitaba:

*Guardati da' pellegrini,
colle barbe e co' catini,
che, limosine chiedendo,
colle donne van sedendo,
poi profetan cose molte,
dove si pigliano le stolte*²³.

Es en este contexto en el que los historiadores han tratado de hallar el por qué el número de mujeres alojadas en los hospitales era muy inferior al de hombres hasta bien entrado el siglo XIX.

Efectivamente, las travesías de larga distancia se cumplían por diferentes razones y no todas ellas encomiables:

- en primer lugar por devoción, si bien esta práctica va perdiendo vigor al incrementarse el sedentarismo estructural;

23 La referencia aparece en la obra de Cherubini, 1998. El paso que cita el medievalista italiano está incluido en el folleto "Del Reggimento e de' costumi delle donne di Messer" Francesco da Barberino. La versión consultada es la publicación romana de 1815. Pág. 298.

- como pena impuesta por los tribunales eclesiásticos, adoptada sucesivamente por las audiencias civiles;
- como ocupación lucrativa, cumpliendo los hombres más humildes el viaje bajo un contrato estipulando con los señores acaudalados en busca de una expiación fácil;
- para buscar la curación milagrosa. El famoso *Liber Sancti Iacopi*²⁴ cita un elenco de las enfermedades que se pueden curar a través del peregrinaje a Santiago entre las cuales figuran la lepra, las enfermedades del sistema nervioso, las de los ojos, etc.;
- por simple y atrevida curiosidad de andar por lugares lejanos y desconocidos;
- para formar a los jóvenes. El peregrinaje caballeresco, especialmente a partir del siglo XIV, se realiza con una doble finalidad: para demostrar prestigio o a la par de guerras y cruzadas. Por ejemplo tenemos noticia de que algunos personajes cercanos a la familia estense de Ferrara estuvieron en Santiago en calidad de caballeros y contaron la espléndida ceremonia con la que abandonaron la ciudad;
- para comerciar.

Es obvio deducir que todos los caminos transitados por los devotos se calificaran según múltiples aspectos: religiosos, económicos, culturales, políticos. De ahí que, con el paso del tiempo, el carácter espontáneo de los caminos estuviera fuertemente condicionado por un diseño superior, por una voluntad de poder que tiende a unificar Europa bajo el mismo estandarte²⁵.

Como sugiere Cherubini, “sólo podemos imaginar lo que haya significado aquel flujo de forasteros, su tránsito casi cotidiano hasta en los más modestos poblados, no sólo por la posibilidad de ganancias [y de desarrollo individual], sino también desde el punto de vista de los problemas de convivencia que ello podía ocasionar

24 *Liber Sancti Jacobi “Codex Calixtinus”*. / traducción por los profesores A. Moralejo, C. Torres, J. Feo ; dirigida, prologada y anotada por el primero ; edición revisada por Juan J. Moralejo, María José García Blanco. Santiago de Compostela: Junta de Galicia , 2004.

25 Véanse notas 2 y 8.

y, más en general, por la incidencia que ello pudo tener sobre la mentalidad europea, iniciando la percepción cada vez más clara de que existía un espacio geográfico más vasto [más de lo que el campesino percibía desde su modestísima parcela] habitado por pueblos diferentes”²⁶.

Para aclarar las dinámicas de las transformaciones en marcha en la última etapa de la época medieval es imprescindible hacer referencia a las rutas jacobeanas. Ignacio Ruiz admite que el tramo español en el cual confluyen los cuatros itinerarios que estructuraban la columna portante del sistema de comunicación europeo actuó como “eje articulador de los espacios sometidos al benéfico influjo de las corrientes migratorias y del movimiento comercial que tienen en él su cauce”²⁷. Las mismas consideraciones pueden adaptarse con relativa cautela a otros territorios del continente atravesados por las rutas pías. Efectivamente, para enclaves específicos habrá que apelar a otras dinámicas más complejas que dirigen los fenómenos de ocupación y urbanización del territorio. Por ejemplo, Rene de La Coste-Messeliere incide en que no puede infravalorarse el papel del istmo francés como “encrucijada de Europa”. Por ello resulta menos arduo aislar las contribuciones específicas que aportaron las romerías compostelanas en dirección este-oeste en la configuración urbana e infraestructural del territorio respecto a otras circunstancias como el tránsito norte-sur que conectaba por vía terrestre el atlántico con el mediterráneo. En ello pudieron intervenir otros factores, como los viajes de carácter político hacia el centro de la cristiandad, además del tradicional peregrinaje al locus Sacti Petri, en decadencia ya alrededor del siglo XII. La crónica del viaje que Sigerico, arzobispo de Canterbury, hizo en 990 por asuntos políticos hacia Roma nos deja una meticulosa descripción de este itinerario en dirección sur-norte, demostrando cómo ya en esta temprana época, estaba bien estructurado y cómodamente equipado. El itinerario del obispo

26 Cherubini, 1998. La tesis de una progresiva apertura hasta realidades lejanas se encuentra en un ensayo de Jaques Le Goff, “Contacts et no contacts dans l’Occident médiévale” en *Culture et travail intellectuel dans l’Occident médiévale*, París, 1981.

27 De la Peña Solar, J. I. Repoblación y sociedades urbanas en el Camino de Santiago en las actas de la XX Semana de estudios medievales de Estella, 1993. Pág.271. Sobre la estructuración del territorio del noroeste español véase la obra fundamental de Menéndez de Lurca, *La construcción del territorio: mapa histórico del noroeste de la península ibérica*. Barcelona: Lunewerg, 2000.

inglés retoma las informaciones pintadas de la famosa tábula peuntingeriana²⁸, documento valioso para la reconstrucción del antiguo recorrido de la vía romea.

El cometido no exactamente espiritual que conduce a nuestro famoso viajero a Roma sugiere cautela a la hora de establecer conexiones directas y exclusivas entre caminos, hospitalidad y peregrinaje. Es oportuno no ceder a la imprudencia de enfatizar excesivamente el rol que efectivamente desempeñó esta práctica religiosa en la definición infraestructural de las comunicaciones europeas²⁹ y, a través de ellas, en la estructuración urbana del territorio.

Al margen de esta indispensable puntualización, ¿cómo explicar la repentina inversión de rumbo a lo largo de la gran comunicación longitudinal de la península italiana, de norte a sur, a su simétrico opuesto sin considerar el faro de atracción máxime simbólico de Santiago? Lucia Gai señala cómo, a finales del siglo XIII, la polaridad única de Roma se sustituye por una favorable actitud de abertura al contexto europeo. Desde esta perspectiva, Santiago se mostraba capaz de dar voz a las ambiciones del clero occidental y a su convicción de que “la res pública cristiana era una sola”. El escenario de este alegórico (y también concreto) giro de polaridades sigue siendo el mismo trazado longobardo, pero ahora apunta hacia septentrión: la antigua vía romea se ha transformado en vía francigena.

La tupida red de hospitales dispuesta a lo largo de muchos caminos atestigua el copioso número de viajeros en los itinerarios

28 Véase nota 12.

29 A este propósito es muy sugerente la intervención de Ignacio Ruiz de la Peña Solar en la semana de estudios medievales de Estella en 1993. Enfrentándose a la problemática de la urbanización de la región noroccidental de la península ibérica, el historiador señala cómo cierta tradición historiográfica relacionada con la dinámica de la Reconquista “no agote en modo alguno, las variadas manifestaciones que el fenómeno repoblador ofrece en la España medieval”. Op. Cit.

Pese a la validez y legitimidad de su orientación, la complejidad del tema invita a considerar perspectivas alternativas, como las interesantísimas tesis contenidas en los estudios de Giuseppe Sergi sobre la conexión entre caminos y poder (Sergi, 1981). En su obra maestra sobre la Europa del peregrinaje, Cherubini evidencia cómo las relaciones entre las repúblicas de Génova y Pisa y el enclave mediterráneo del sur de España eran de carácter exclusivamente bélico y mercantil, y sobre ello se forjan las rutas marítimas entre ambas regiones. Cherubini, 1998.



fig.4.8
Rutas de peregrinajes
en Europa.
La Europa de los
peregrinajes. Caucci
Von Sauchen, 1993.

que conectaban la península italiana con los territorios del norte de España aprovechando las bien equipadas rutas francesas. Rápidamente estas se apoderaban de la supremacía política y comercial a medidas que se incrementaba el tráfico de los puertos de las franjas cantábricas, eclipsando, ya a principios del siglo XVI, la fortuna de la ruta gallega.

Los estudios de Lacarra,³⁰ suscritos recientemente por Almanzán, han demostrado la existencia de una ruta marítima muy transitada ya desde el siglo X por medio de la cual muchos peregrinos del norte de Europa (desde las tierras de más allá del Canal de la Manga, de los países escandinavos, de los territorios de la Francia atlántica) viajaban al Santuario compostelano. Cabe añadir que las comunicaciones marítimas sufrieron un notable impulso debido a los seculares conflictos entre Francia e Inglaterra que hacían muy poco apetecibles los viajes terrestres y que culminan en la guerra de los cien años.

A pesar del clima de constante beligerancia que imperó a lo largo

30 Lacarra considera que la noticia de la invención de la tumba del apóstol llega a Europa por esta vía. *Las peregrinaciones a Santiago*, 1981.

de los caminos franceses hasta mitad del siglo XV, la famosa Guía del Peregrino³¹ describe con meticulosidad las rutas terrestres que conectaban el norte de España con los territorios ultra-pirenaicos a través de los dos puertos de Somport y Roncesvalles. En realidad el texto medieval compilado por Picaud cita exclusivamente el primero y elogia la magnificencia de su hospital, el Santa Cristina, enumerándolo entre los tres hospitales más destacados del mundo conocido junto al de otro paso de montaña, el Gran San Bernardo y el de Jerusalén. Como nos informa Arturo Soria y Puig, “en el paso de Roncesvalles no se documentan hospitales de peregrinos hasta principios del siglo XII, y el propio y en adelante famosísimo hospital de Roncesvalles no se funda hasta 1127-1132”³². Cruzados los Pirineos en los diferentes puertos, el tronco principal del camino de Santiago, en Puente de la Reina une los cuatro itinerarios franceses que diseñaban las directrices fundamentales de la transitabilidad europea: el primero apuntaba a Canterbury pasando por París y Tours; el segundo miraba en dirección noreste, conectando los territorios germánicos; el tercer tramo, una vez atravesadas Puy y Lyon costaba la corona alpina; finalmente, el último se dirigía hacia el sur, superando en Provenza Arles y Montpellier y entrando en Italia por la vía costera mediterránea.

A pesar de las abundantes noticias sobre el tránsito de viajeros, la documentación de archivo de la que disponemos nunca nos da información sobre el número exacto y la proveniencia del flujo de los peregrinos. Efectivamente, muchos documentos hacen referencia a fechas concretas que, por sus características, resultan poco adecuadas para una generalización en el tiempo y en el espacio (en lo que concierne a las rutas jacobeanas, muchos documentos se refieren a los años santos, cuando el día del apóstol caía de domingo). Tampoco ayudan las fuentes tardías: por ejemplo, un título del siglo XVII nos informa que en el hospital de Roncesvalles se daba diariamente una ración de comida y de vino a los peregrinos; esta noticia nos aporta información sobre el desarrollo de la institución, siendo

31 La Guía está contenida en el Códice Calixtino, libro V, véase nota 20. Se ha consultado además la publicación italiana de la guía comentada por Paolo Caucci Von Saucken, Milano 1989.

32 *Santiago: la Europa del peregrinaje*. Op. Cit. Pág. 226. Además sobre los hospitales de Roncesvalles y Santa Cristina de Somport véase *Casas Ospitalia. Diez siglos de historia en Ultrapuertos*, 1982.

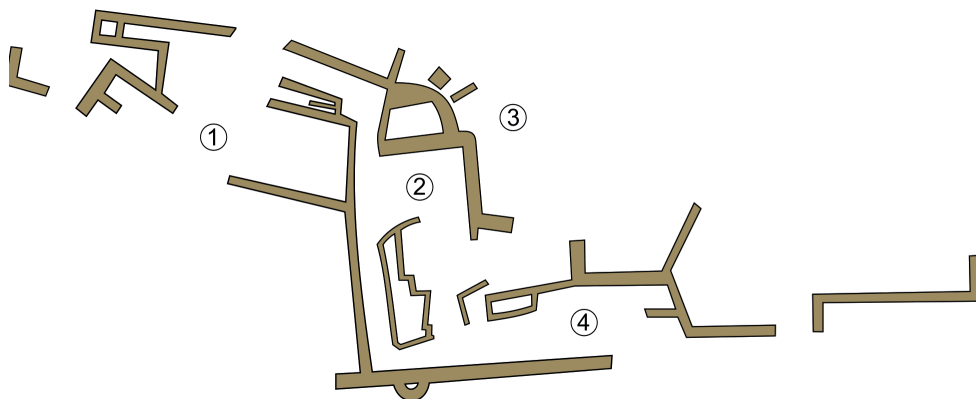


fig. 4.9
Restos arqueológicos
del monasterio e iglesia
de Santa Cristina de
Somport, Francia.
1: Hospital
2: Iglesia
3: Necrópolis
4: Monasterio.
Wiltron, 2008.

peligroso asumir el dato numérico como prueba de una persistencia del fenómeno masivo de las romerías. Efectivamente, mientras que los lugares de cura van evolucionando hacia una especialización funcional más precisa, los documentos se mantienen bastante confusos desde el punto de vista propiamente terminológico. Hasta el siglo XVIII nos encontramos con que la voz “enfermo” y “pobre” sigue combinándose con los términos “viandante” y “peregrino” sin ningún indicio de conexión con la práctica religiosa real.³³

Más allá de estas consideraciones, incluso aceptando una afluencia mucho más baja de la que nos han dejado las publicaciones propagandísticas, sigue siendo un hecho interesante que un número significativo de personas estuvieran dispuestas cada año a emprender un viaje hasta rincones lejanos del continente como pudo ser en su día la meta gallega, arriesgándose en un camino insidioso, ya que las callejuelas medievales alejadas del sistema de calzadas romanas se perdían en un laberinto de senderos, muchos de los cuales quedaban fuera del control de las instituciones públicas.

Paralelamente al proceso de fragmentación del poder y de la alteración de la geografía política de los distritos imperiales, se asiste a la recuperación de sendas, veredas y ramales de cima, más asequibles en un momento de abandono de los equipamientos infraestructurales de llanuras y más seguros, permitiendo un control del territorio de más vasto alcance.

Esto justificaría el crecimiento de realidades urbana como la de Siena, incontestable protagonista de nuestra historia hospitalaria.

³³ Cherubini Op. Cit.



Aunque la fragmentación del poder en una constelación de pequeñas administraciones de carácter local haya obligado en cierta manera a abandonar programas conjuntos y coordinados para el desarrollo de las infraestructuras viarias, los gobiernos municipales, sobre todo en las regiones norteñas de Italia, se dedicaron con conciencia y determinación a este asunto ya a partir del siglo XII. Testimonio de esta todavía tímida tendencia es el interés demostrado por los sujetos públicos hacia las instituciones de caridad, hospitales y hospicios, junto con un esfuerzo intenso para combatir el bandolerismo y preservar la seguridad de viajeros, peregrinos y mercaderes³⁴.

En España, el papel centralizador del santuario compostelano como centro de atracción a nivel internacional hizo que los reinantes españoles se dedicaran con desvelo a la protección de los peregrinos

³⁴ En el siglo XIII, el estado de los sistemas de comunicación tenía que despertar el interés de la administración pública, siendo objeto de una creciente y apremiante preocupación. En este contexto se encuadra el texto publicado en 1283 por Filippo de Beaumanoir que constituye uno de los primeros estudios teóricos sobre las características de los caminos franceses de campo. Más de un siglo antes. Cherubini Op. Cit.

fig. 4.10
Restos arqueológicos del monasterio e iglesia de Santa Cristina de Somport, Francia.

y los mercaderes, si bien la actividad legisladora tomaba impulso en la tradición del derecho canónico. Un ejemplo de este precoz interés lo facilitan las relaciones del Concilio de León celebrado en 1114 que establecen la libre circulación de los peregrinos. Entre las disposiciones figuran la exención de los peajes y el derecho a adquirir productos alimenticios al justo precio y en adecuada medida. Además, los mismos reyes se preocupan de fundar lugares de acogida. Resulta legítimo, por lo tanto, suponer que muchos se aprovecharan de las facilidades y privilegios que se concedieron a los peregrinos en sus largos viajes: mercaderes, mendigos, pícaros etc. Hay que destacar que, en un momento histórico marcado por una profunda inseguridad en las vías de comunicaciones, viajar en la ola de los fieles que se movían de un santuario a otro permitía escapar a muchos peligros, hacer buenos comercios evitando gravosos impuestos sobre las mercancías, o simplemente recibir un buen alojamiento y una comida en alguno de los muchos hospitales, hospicios de conventos y monasterios diseminados a lo largo del camino.

El desarrollo de las comunicaciones terrestres como cruce de anhelos místicos y profanos constituye un marcador importante en la evolución de los hospitales desde el punto de vista institucional, así como funcional y espacial; en virtud de ello, Cherubini distingue dos grandes fases en la historia de los hospitales españoles: una hasta finales del siglo XIII y otra en la que incluye la historia de los siglos sucesivos. “Durante la primera, los fundadores de los hospitales fueron grupos dominantes laicos y eclesiásticos, mientras que en la segunda emerge también la obra de la burguesía urbana”³⁵.

El auge del peregrinaje y las nuevas vías abiertas hacia Oriente por los cruzados, favorecieron el despertar de un nuevo clima social en Europa caracterizado por un aumento demográfico y de la producción, proceso que empieza durante el siglo XI y que tendrá sus máximas consecuencias a principios del siglo XV.

En relación a los mecanismos que condujeron a la delineación de un nuevo sistema europeo, con la formación y polarización de mercados emergentes y la construcción de nuevas configuraciones territoriales, es indispensable mencionar el proceso de metamorfosis

35 *Ibidem*.

del régimen agrario. Pues asistimos al paso de un sistema de abastecimiento local, a la acumulación de productos destinados a alimentar los comercios regionales e internacionales. En los países más desarrollados, la reforma agraria siguió a un fuerte aumento demográfico y a una mejora general de la capacidad técnica, tratando de obviar la excesiva fragmentación de las propiedades (especialmente eclesiásticas), fuente primaria de erosión de las rentas.

En el transcurso de pocas décadas se pasa de un sistema estático en la dialéctica económica entre recursos y necesidades, a un sistema tímidamente dinámico, basado en nuevas ideas de tipo protocapitalista y monetario. “En este cuadro, las ciudades y en general todos aquellos centros que tendían a asumir funciones urbanas, se configuraron como centros de coágulo de las rentas agrarias, al mismo tiempo que se acentuaba la función “natural” como puntos de acumulación capitalista en relación al florecimiento de las actividades comerciales, financieras y manufactureras, cuyo desarrollo fue posible gracias al crecimiento de las rentas agrarias y, por tanto, de la disponibilidad de capitales, que las ciudades ofrecían junto a la libertad jurídica y la independencia económica”³⁶.

El género proveniente del mercado oriental como las especias, productos medicinales, telas etc. llegaba a los puertos mediterráneos (Pisa, Venecia, Génova) y de aquí se expedían al norte de Europa a través de diligencias terrestres. Además, las comunicaciones terrestres permitían a los más audaces mercaderes llegar directamente a los lugares de producción y ahí controlar el tráfico a través del sistema de crédito. Todos estos vivaces negocios se fomentaban gracias a una feliz coincidencia entre las fuerzas internas (de las comunicaciones terrestres) y las externas (de las rutas marítimas).

La recuperación económica empezó en las ciudades con acceso directo a las vías marítimas, pero a estas siguieron muy rápidamente centros que se encontraban a lo largo de los hilos de comunicación terrestres o muy próximos a ellos³⁷.

36 Stopani Op. cit. Pág. 140.

37 Lucca y Siena por ejemplo, tuvieron una importancia fundamental en el comercio internacional. AA. VV. Trasporti e sviluppo economico..., 1986.

Este escenario hace que el desarrollo de los hospicios pueda relacionarse en parte con las nuevas exigencias de un tráfico cada vez más intenso. Efectivamente, en la cumbre del crecimiento económico de los siglos centrales de la Edad Media empiezan a surgir hospicios por iniciativa privada de ricos comerciantes. Es también el momento en que los mayores hospitales afrontan una profunda reestructuración funcional. No sería arbitrario pensar que este impulso general dado a los establecimientos asistenciales fuera debido al hecho de que viajeros de extracción burguesa y nobles empezaran a demandar servicios diferentes a los ofrecidos hasta entonces por las instituciones eclesiásticas. La temática de la acogida se colma de significados urbanos y el planeamiento de los centros habitados tiende a la zonificación de los servicios creando las tareas asistenciales, sanitarias y hoteleras núcleos funcionales aglutinantes. Una característica común de muchos hospitales monásticos es prever unas dependencias aisladas para los huéspedes de reguardo; sin embargo, la capacidad de estas estructuras se mantenía bastante modesta en comparación a los espacios preparados para los peregrinos pobres, resultando inadecuados frente a una demanda cada vez más polifacética.

En resumen, a finales de la larga etapa medieval “el hospital intentó cumplir una triple función: remedio médico de los cuerpos, o, más exactamente, preparación para la agonía de los pobres; asilo encubierto de aquellos que, en ocasiones, solían hacer un recorrido por los distintos establecimientos hospitalarios de una localidad; y hostel de atención al viandante, en especial al más necesitado, el peregrino. Los hospitales florecen por ello en los caminos de peregrinación. Y, desde luego, su número se multiplica y su localización se diversifica, al principio como producto de los grupos dominantes de la sociedad feudal con atención a cualquier persona; desde el siglo XIII, como signo de preocupación de los núcleos urbanos por la política sanitaria y asistencial, concretamente, en beneficio de miembros de asociaciones profesionales y parroquiales³⁸.

A lo largo de los siglos cambian también las referencias culturales

38 J. A. García de Cortazar, Op. cit., Estella 1991, Pág. 45. Compárense con J. Uría, La hospitalidad de los peregrinos y el hospedaje, en *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*, Op. cit., Pág. 399-400.

y religiosas³⁹: los sermones de los predicadores sustituyen los objetos de sus sentencias amenazadoras; en lugar del desapego al hogar figura el desinterés hacia las riquezas materiales. Entre líneas se lee un giro obvio de intenciones socio-políticas. La Iglesia, como máximo protector del *status quo*, tiene más de un motivo para contener las ambiciones del vulgo en un sistema social en completa revolución.

Como habían vaticinado ya los monjes de Cluny⁴⁰, el viaje material se transfigura en viaje mental y espiritual bajo el amparo de los aforismos bíblicos oportunamente reinterpretados. Y bajo una nueva luz retumba la pena de San Agustín: “¡Inquieto está mi corazón y no descansaré hasta que repose en ti!”⁴¹.

Aún entendiendo a los peregrinos como elemento fundantes de la sociedad medieval y considerando su “impacto habitual en la fisionomía de caminos y ciudades”⁴², en este novedoso contexto “los caminares se laicizan”⁴³, por ellos viajan cada vez más mercaderes, diplomáticos e incluso las ideas heréticas: “la *vía dolorosa* de las antiguas peregrinaciones se ha convertido en un sendero de curiosidad intelectual y cambio”⁴⁴.

39 Para la historia de la evolución del sentimiento religioso en occidente, Vauchez A., *La espiritualidad del Occidente medieval*, Madrid: Cátedra, 2001, e *Historia del Cristianismo*, Madrid 2003-2010, Volumen 2, El mundo medieval, Volumen 3, El mundo moderno. García de Cortazar, J. A., *Historia religiosa del occidente medieval (años 313-1464)*, Madrid: Acal, 2012.

40 Ningún abad de Cluny, si bien hubieran viajado más veces a España, había cumplido el peregrinaje a la tumba del apóstol. Pues parece que Cluny participa solo indirectamente a la promoción de las peregrinaciones de larga distancia, siendo más interesado a la formación de una nación cristiana.

41 San Agustín, *Las confesiones*, Libro I, Capítulo I. Madrid 2006.

42 Bonilla, Op. cit. Pág. 97.

43 García de Cortazar, J. A., Op. cit., Pág. 18.

44 *Ibidem*.



4.2 Florencia y los dominios toscanos

Desde finales del siglo XIII, los territorios del centro norte de la península italiana, correspondientes a la actual Toscana, se habían configurado como centro de polarización de una serie de cambios de la estructura social tradicional, cambios dictados por una prosperidad económica general y por la feliz coincidencia de la estabilidad política tras siglos de conflictos entre diferentes poderes y etnias. Ya a principios del siglo XIV las controversias en Siena, Lucca y Florencia entre los terratenientes y la nueva clase media constituida por comerciantes y artesanos se habían resuelto a favor de estos últimos, estrenando aquella peculiar forma de gobierno que se mantendrá como trazo distintivo de los ayuntamientos italianos durante más de un siglo. Este contexto se convertirá en escenario privilegiado del florecimiento de un nuevo clima cultural en el que cabe hallar, más allá de toda prudencia historiográfica, claros y definitivos elementos de modernidad.

fig.4.11
Papa Martino V
consagra la chiesa
di Sant' Egidio a
Fierenze. Bicci di
Lorenzo, 1424.



Hemos mencionado brevemente en los capítulos anteriores el papel que desempeñaron los gremios profesionales en la definición de nuevos equilibrios sociales. Si consideramos que el derecho de ciudadanía dependía de la afiliación a los *Arti Maggiori* y *Arti Minori*, podemos entender de qué manera y según qué juegos de fuerzas políticas se definen las nuevas repúblicas burguesas. Como señala Meiss hablando de Siena y Florencia, "el estado (...) poco antes de 1300 estaba de hecho administrado por una floreciente oligarquía centrada dentro de los *Maggiori*". Aunque se tratara de un sistema que, como de costumbre, apartaba del poder real a la gran masa de trabajadores adoptados por las industrias nacientes, las formas estatales buscaban una novedosa inspiración liberal que apuntaba a un gran consenso democrático mantenido a través de un alto nivel de vida para los más pudientes y un aceptable sustento para la clase media y baja. Ésta tuvo en todo momento la ilusión de participar directamente en la gestión de la cosa pública. Por estas razones se ha advertido en la peculiar forma de asociacionismo de los ayuntamientos toscanos la voluntad de construir una estructura social más participativa y horizontal que, junto con una afortunada coyuntura internacional, contribuyó al arraigo de un clima de paz y bienestar general.

Otro elemento distintivo de los núcleos urbanos de los territorios toscanos promovido por los argumentos que acabamos de exponer fue el desarrollo de una nueva conciencia civil paralelamente a una autoconsciencia individual, que se manifiestan respectivamente en un nuevo sentimiento de pertenencia comunitaria y competencia interclasista. Característica singular de ciudades como Siena y Florencia que contribuyó indudablemente a decretar su auge internacional, fue la difusión de un nuevo empirismo en todos campos del conocimiento y en la definición de los códigos de convivencia social. La producción económica conoce un incremento sin precedentes y una racionalización desconocida hasta entonces. "Las artes florecen como en pocos momentos de la historia" buscando los artistas "un estilo más naturalista", como espejo de un mundo "más ordenado, sustancial, extenso y aprehensible".

Hablaremos más adelante de cómo tal actitud neo-positivista y absolutamente optimista contribuye a definir la nueva imagen arquitectónica de las ciudades burguesas. Lo que nos urge destacar

en este apartado es en qué medida los elementos de innovación social, subordinados a un inédito interés hacia las relaciones interpersonales, definen una nueva realidad en la gestión de la problemática asistencial.

Antes de nada nos parece útil indicar esquemáticamente las condiciones que llevaron al auge de los núcleos urbanos toscanos y a la construcción de una red territorial de centros altamente competitivos a nivel local e internacional.

Hasta la primera mitad del siglo XIV, época en que generalmente se sitúa un cambio de ruta en las economías toscanas ampliamente debatido por los historiadores¹, los negocios de los grandes empresarios se dirigían hacia intereses preferenciales:

- la producción para el comercio internacional más que para el sustento del mercado local o regional;
- la acumulación de capital a través de una nueva política financiera de tipo monetario;

La financiación de los matrimonios reales, actividades de príncipes y nobles y el apoyo financiero al papado.

Todo eso se traduce, por una parte, en la definición de rutas comerciales cada vez más amplias sobre las cuales imponer un control de tipo monopolístico (por ejemplo en la exportación de acabados de lujo) y, por otra, en una política imperialista a nivel local que animará los conflictos entre los núcleos más poderosos (recordaremos entre ellos la guerras repetidas entre Pisa, Lucca, Siena

1 Tema muy complejo y debatido con varios resultados y conclusiones: en la historiografía tradicional podemos indicar dos líneas de investigación desarrolladas durante el siglo XX y después de la segunda guerra mundial respectivamente: en las primeras fases, ampliamente desarticuladas en los contenidos, los historiadores de la economía indicaban un periodo de crecimiento económico y prosperidad en el siglo XIII, mientras que veían en el siglo siguiente una general recesión. A partir de los años cuarentas, las tesis del historiador inglés Michael Postan logran acotar la cuestión de forma más escrupulosa, inspirando la labor de Armando Sapori y Federigo Melis sobre la economía del siglo XIV en Italia. Véase Sapori A., *Studi di storia economica : (secoli XIII, XIV, XV)*, Firenze 1955. Melis F., *Lo sviluppo economico in toscana e internazionale dal secolo XIII al secolo XV*, in Conferenze del VII centenario della Battaglia di Colle-1262 1969, Castelfiorentino, 1979. Hoshino, H, *Industria tessile e commercio internazionale nella Firenze del tardo medioevo*, 2001.

y Florencia que finalmente terminarán con la definitiva afirmación de la capital toscana en detrimento de los otros centros de la región).

En un primer momento, la vía francigena² asumió un papel determinante en este proceso de progresiva abertura de los comercios: lugar privilegiado de intercambios, se conectaba por una parte con el valle del río Po, de donde partían todas las principales conexiones continentales; por otra, permitía abrirse hacia el mar, medio privilegiado de los intercambios de mercancías, concentrándose las exportaciones en los puertos del Tirreno dominados por la ciudad de Pisa.

En los capítulos precedentes nos hemos detenido a menudo en señalar cómo los caminos medievales han contribuido al desarrollo de las redes asistenciales y a su progresiva polarización urbana, secularización y especialización funcional. A propósito del territorio toscano, no parece, pues, una mera coincidencia que uno de los más suntuosos y eficientes hospitales del medioevo europeo surja en correspondencia con el cruce entre la antigua vía Romea³ y el camino en dirección este-oste hacia Pisa: el famoso hospital de Altopascio⁴. Fundado en el siglo XI, probablemente alrededor de 1080, ligado al culto compostelano, como indica su dedicación a San Jacobo, y regido por una congregación inspirada en la orden hospitalaria de los caballeros de San Juan de Jerusalén, conoció un enorme desarrollo, incrementando a lo largo de los siglos centrales de la Edad Media un conspicuo patrimonio con posesiones en toda Europa, hasta Santiago. Más allá de su organización espacial, todavía ligada a la tipología medieval de sala y cuya compleja articulación y eficiencia contribuyó a su renombre, destaca la actividad específicamente sanitaria. De su reputación daban cuenta ya en el siglo XIII cuatro médicos y dos cirujanos⁵ como queda de manifiesto en el estatuto concedido en 1239 por Gregorio IX⁶.

2 Para la vía francigena véase capítulo 4, apartado 1.

3 Sobre las diferentes maneras de nombrar este itinerario véase apartado 1.

4 Spicciani, A., *L'ospedale lucchese di Altopascio :storia economica e finanziaria nei secoli XI-XII*. Pisa: ETS, cop. 2005.

5 R. Stopani, *La Via Francigena in Toscana, storia di una strada medievale*, Firenze, 1984.

6 Para las noticias sobre el estatuto de 1239 véase las actas del congreso dirigido por Amleto Spicciani, *Aspetti del pellegrinaggio, della crociata e della ospedalità nella Tuscia Medievale*, 2001, Pág. 35.

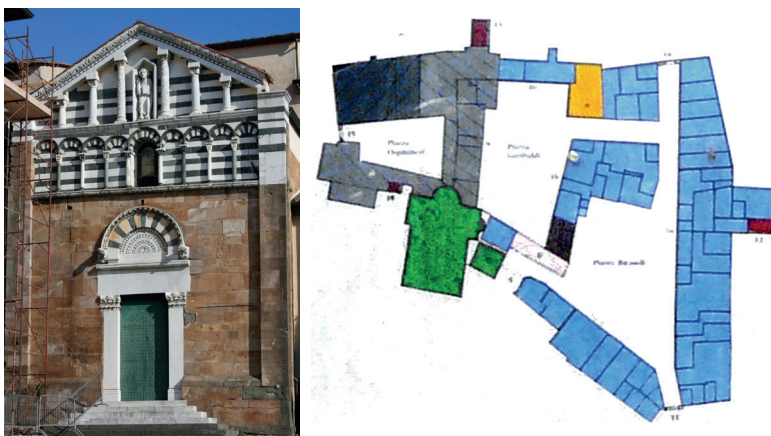


fig. 4.12
 Plano del Hospital de
 Altopascio y Fachada
 de la iglesia. En azul,
 el xenodochium,
 en verde la iglesia de
 San Jaime. Altopascio,
 Lucca.

La autoridad de este hospital y su disponibilidad financiera fueron tan extensas que pudo controlar bajo su directa jurisdicción muchos hospicios y hospitales del valle junto a la célebre y rica ciudad de Lucca. Para incrementar su poder, el ente manifestó un patente interés en las obras de mantenimiento del sistema infraestructural de su términos limítrofes, llegando a hacerse cargo de la construcciones de puentes y vados. En consecuencia, el consejo de Lucca, que administraba políticamente la comarca, intentó en más de una ocasión acrecentar su intromisión en los intereses del ente hospitalario, consciente de la importancia estratégica que desempeñaba en un territorio clave para la formación y asentamiento de nuevos equilibrios de poder. Por su parte, el hospital, solicitando la protección directa de la sede papal, ocultaba un claro intento de huir de las presiones del cabildo municipal, al igual que de las pretensiones de su obispo.

Efectivamente, en los propósitos de autonomía de la comunidad de Altopascio es posible reconocer un trato idiosincrásico que caracterizará a las mayores instituciones asistenciales del territorio toscano, responsable del éxito y de la fama internacional que muchas de ellas alcanzarán a principios de la época moderna.

Como hemos observado anteriormente en nuestro estudio, la fortuna de la vía francigena como eje de comunicación comercial y directriz para una expansión de carácter colonialista tuvo una notable influencia en el desarrollo y auge de las núcleos urbanos que se iban formando a lo largo de su trayecto. Una característica común de muchos de ellos es el peculiar desarrollo lineal. A este propósito



fig. 4.13
*Hospital de San Jaime
de Altopascio, Lucca,
Italia.*

ninguna realidad urbana es más sugerente de la que nos facilita el casco antiguo de Siena: ciudad de mercaderes y banqueros, Siena debe a los itinerarios romeos no sólo su peculiar forma en Y, sino la notoriedad de su talento empresarial, que le permitirá controlar bajo su firme mando un amplio y fecundo territorio y entablar relaciones que llevarán su fama bien lejos de los confines nacionales.

A su magnífico hospital hemos dedicado un capítulo específico⁷, dada la trascendencia que supuso en el desarrollo del sistema asistencial toscano, y no solo eso. El Santa Maria della Scala crece como crece una ciudad, altera su figura expandiéndose y definiendo, protegiendo y deformando su confines, hasta hacerse parte integrante y congruente del paisaje. Como un núcleo urbano en pequeña escala, especializa progresivamente su tejido, crea en su interior polaridades y jerarquías funcionales, ordena recorridos y servicios; aprovecha con destreza sus recursos ambientales sometiendo las peculiaridades topográficas del sitio a sus prerrogativas de expansión y afirmación dentro de un contexto antrópico concreto. Considerado bajo esta luz, no parece tan ilógico el intrincado desarrollo del complejo hospitalario en el transcurso de su larga historia. Veamos pues qué instrumentos metodológicos pueden servir de auxilio para aclarar las dinámicas de agregación de las diferentes porciones que el hospital va englobando en su compleja estructura y los vínculos y paradigmas funcionales y constructivos que subyacen en su diseño general.

⁷ Capítulo 3, apartado 4.

Indudablemente, la herramienta que más contribuciones aporta a nuestro cuadro cognoscitivo y que más adelantos ha surtido en los últimos años con excelentes resultados presentados en ponencias y publicaciones científicas⁸, es la arqueología urbana. La ventaja de su aproximación disciplinar reside en la posibilidad de desmembrar analíticamente los diferentes niveles de formación de las estructuras arquitectónicas, relacionando en una secuencia lógica de acontecimientos materiales las diferentes capas sedimentadas bajo una apariencia de continuidad sincrónica. La arqueología permite además relacionar de manera congruente estos datos empíricos con

8 Cantini, F., Archeologia urbana a Siena. *L'area dell'Ospedale di Santa Maria della Scala prima dell'ospedale. Altomedioevo*. Firenze: All'Insegna del Giglio, 2004. AA. VV., Nuova definizione di spazi abitativi all'interno del Santa Maria della Scala di Siena tra '300 e '400: storia e archeologia in AA. VV., *Ospedale di Santa Maria della Scala: ricerche storiche...2005*.



fig.4.14
Hospital de Santa
Maria della Scala.
Vista axonométrica.
Sordini, 2010.

las noticias que es posible reconstruir por medio de la búsqueda documental y bibliográfica, confiriendo organicidad y precisión a la reconstrucción de las fases evolutivas de los inmuebles.

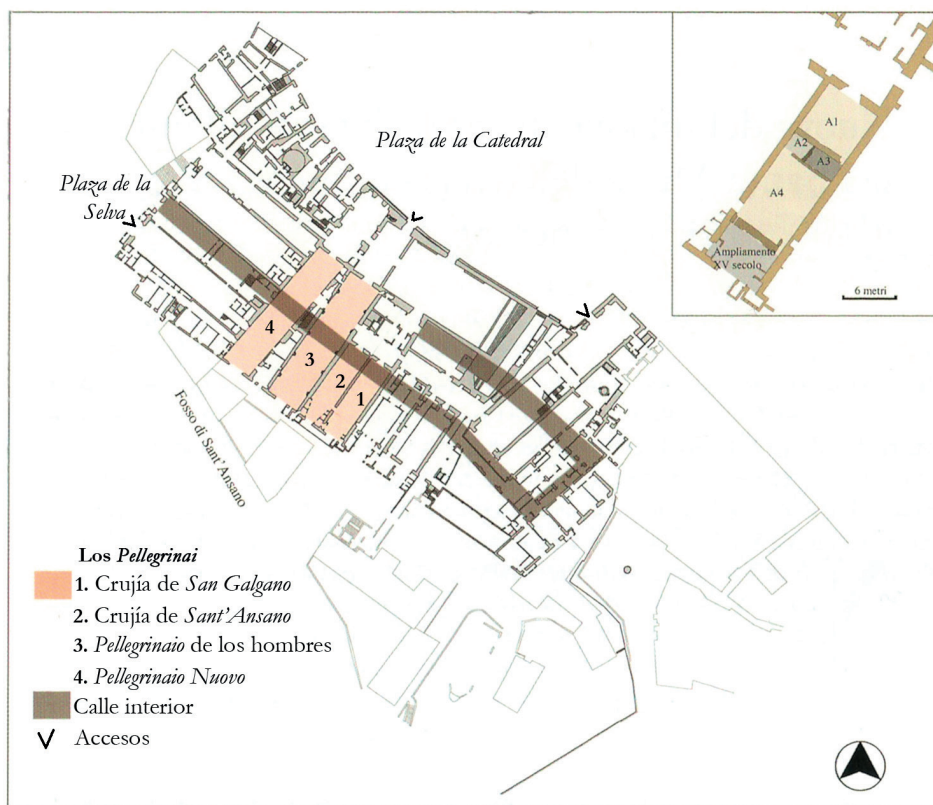
En el caso del hospital de Santa María de Siena, la indagación arqueológica, que arranca en el 2002 y en la cual han participado personalidades del calibre de Riccardo Francovich⁹, ha incluido también los alzados interiores y exteriores de más de treinta ambientes: “la intervención de sondeo ha permitido añadir nuevas ocasiones de estudio sobre la evolución del complejo hospitalario y sobre las transformaciones de las estructuras urbanas precedentes a la ampliación del Santa Maria della Scala entre la mitad del siglo XIII y el siglo XIV”¹⁰. El análisis de los elementos hallados ha permitido destacar, dentro del laberíntico hacinamiento de salas, ambientes de servicios y recorridos de conexión como el núcleo originario de los ambientes terapéuticos dispuesto a finales del siglo XIII y correspondiente a las crujías de San Ansano y San Galgano¹¹.

A la luz de las evidencias arqueológicas es posible avanzar algunas reflexiones sobre la organización y articulación de los espacios en los cuatro niveles del hospital que se desarrolla desde la cota de la plaza de la Catedral hacia el valle en dirección suroeste. Todos los datos recogidos apuntan a la confirmación de la excepcionalidad y excelencia del hospital sienés, que quedan patentes en las crónicas históricas, eco de la popularidad que había alcanzado como ejemplo a seguir en el campo terapéutico. En la cota más baja del complejo aparece un camino adoquinado perfectamente conservado hacia el cual se asoman una serie de espacios de apoyo para la erogación de las prestaciones asistenciales como el horno, el granero, el matadero etc. A primera vista, se trata de una serie de antiguas células residenciales que el hospital ha ido fagocitando a lo largo de su expansión, perfectamente reconocibles en la tipología y en el típico módulo de agregación progresiva. A esta calle accedía con frenético ritmo diario la mercancía necesaria para el sustento de toda la familia hospitalaria a través del acceso secundario ubicado

9 Francovich, F., Valenti, M., Cantini, F., *Scavi nella città di Siena en Le città italiane tra la tarda antichità e l'alto Medioevo*. Actas del congreso. Ravenna 26-28 de Febrero de 2004. Firenze: All'Insegna del Giglio, 2006. Pp. 273-298.

10 AA. VV., *Ospedale di Santa Maria della Scala: ricerche storiche...2005*. Pág. 55.

11 *Ibidem*.



en la plazuelita de la Selva.

Los espacios propiamente asistenciales se concentran en la planta principal, con acceso directo desde la plaza de la catedral: aquí podemos admirar una serie de amplias salas con un marcado desarrollo longitudinal dispuestas por bloques paralelos y conectadas por breves tramos de corredores. Antes de la campaña de excavación, el *Pellegrinaio degli uomini*, que hoy en día luce por la espectacular serie de frescos pintados en la primera mitad del siglo XV por Priamo della Quercia y Domenico di Bartolo, se consideraba como el primer espacio dispuesto propiamente para albergar a los enfermos cuando se ordena que la amplia sala confinante directamente con la plaza se dedique exclusivamente a las funciones litúrgicas¹². Sin embargo, un problema quedaba irresuelto: en un documento de 1328, el rector del hospital recibe el consentimiento para construir una capilla en

12 Con la Bula de Alejandro III véase capítulo III apartado 4.

fig.4.15
Hospital de Santa
Maria della Scala,
zonas excavadas
durante la campaña
de excavación
arqueológica de 2005.
Causarano et al.

la crujía que se había edificado el año anterior, definiéndola como “pellegrinaio nuovo degli infermi”¹³. Si es verdad que lo que hoy conocemos como Pellegrinaio Nuovo es la sala que en 1379 se construye paralelamente a una ya existente¹⁴, como réplica perfecta de aquella, la expresión utilizada en 1328 suponía que un espacio apropiado para la estancia de los enfermos tenía que existir ya en el siglo XIII, es decir, existía una crujía “antigua”.

Los estudios desarrollados en las crujías de San Ansano y San Galgano han demostrado la antigüedad de sus paramentos, fechable en el siglo XIII. Se trataba en origen de una sala dividida en dos naves por medio de un sistema de tres arcadas sobre columnas, cuyos basamentos han quedado englobados en el muro tras una labor de acondicionamiento o rehabilitación. Es legítimo pensar que dificultades de orden funcional en la gestión del espacio de

fig.4.16
Hospital de Santa
Maria della Scala.
Planta baja.

13 Archivo Histórico de Siena, fondo del antiguo hospital de Santa Maria della Scala, 170, c. 52 r.

14 Archivo Histórico de Siena, fondo del antiguo hospital de Santa Maria della Scala, 20, c. 44 r.

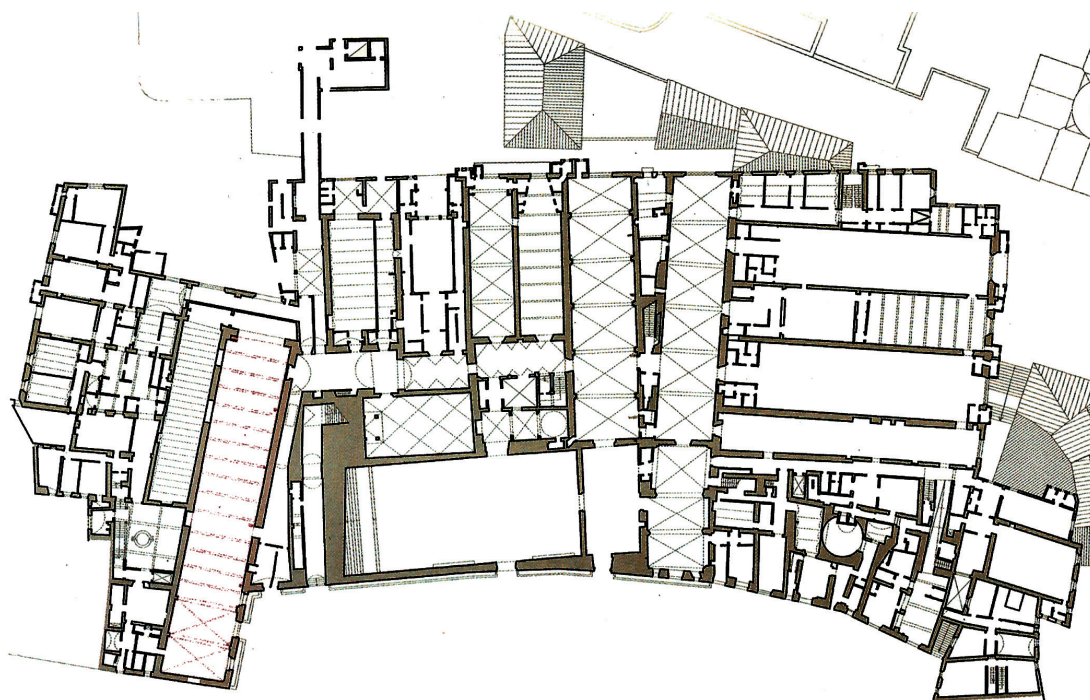




fig. 4.17
Calle interior.
Santa Maria della
Scala.

salas obligaran a la división de las dos naves mediante tabiquería antes de que la presión de la demanda asistencial hiciera emprender la construcción de una sala nueva, objeto de un decidido incremento dimensional, oblonga, con un patrón geométrico preciso y modularmente repetible. Las dos crujías de 1327 y 1379 muestran una coherencia arquitectónica nueva, con un desarrollo espacial marcadamente longitudinal y la inserción de un pasillo de comunicación transversal entre ambientes funcionalmente autónomos. Esta nueva concepción del organismo hospitalario, surgido como secuela de una concreta demanda de espacios terapéuticos, tuvo que ajustarse a la disponibilidad ofrecida por el solar: de alguna manera, la posibilidad de un cómodo ensanchamiento en dirección al valle frente a los inconvenientes y la falta de espacio en la franja paralela al frente principal, tuvo que orientar de manera resolutiva los programas de expansión emprendidos por la institución. Además, las estructuras residenciales que ocupaban la parte baja de la ladera, que el hospital va adquiriendo según un plan necesario de crecimiento inmobiliario, se van reforzando oportunamente para que sirvan de soporte a las crujías de la planta principal, ahorrando costosas obras de cimentación. Los constructores de Santa Maria ostentan una rara maestría en aprovechar con éxito los recursos ofrecidos por un entorno cada vez más densamente ocupado,

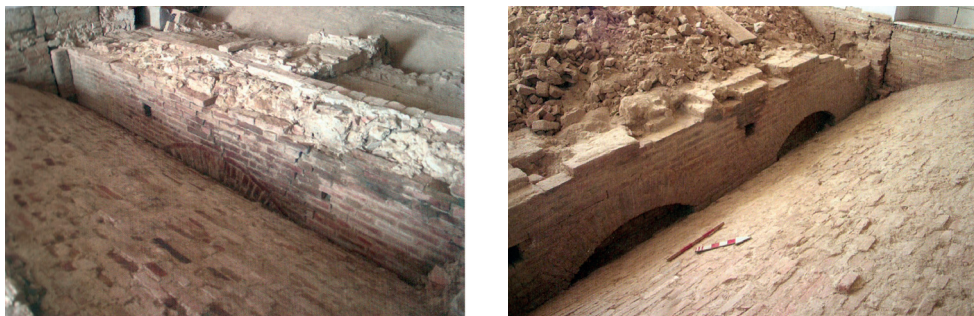


fig.4.18
Excavación
arqueológica en
las crujías de
San Galgano
y Sant'Ansano.
Estructuras
residenciales de la
planta inferior.
Hospital de Santa
Maria della Scala.
Causarano 2005.

superando con habilidad la falta crónica de espacio para disponer locales de nueva planta.

Por la eficiencia de su gestión y por la complejidad de su estructura espacial, el hospital de Siena se ha considerado desde siempre como un modelo para el desarrollo de la problemática asistencial en clave urbana. Sin embargo, acontecimientos de tipo histórico iban desplazando el desarrollo de las actividades urbanas hacia los centros de más fácil accesibilidad en valles y llanuras.

En un famoso documento, el libro del Rey Roger, compilado por el geógrafo Al-Idrisi en la segunda mitad del siglo XII, aparece la descripción del itinerario de la antigua Vía Romea con la variante de la etapa de Florencia. En la obra cartográfica del autor hispanoárabe se encuentran asociados los dos ejes de comunicación, el de Roma y de las cruzadas y el de los comercios con Oriente, que hasta entonces se citaban de forma autónoma. En la descripción del recorrido hacia Roma habla de una desviación que más tarde se transformará en el camino principal, por ser el tramo antiguamente controlado por la Abadía del monte Amiata muy peligroso e incómodo. El nuevo camino transitaba a lo largo del valle del río Elsa, en la parte de los territorios de Florencia, y se conectaba con el antiguo camino en San Genesio que, por su proximidad al cruce con el Arno, mantuvo durante mucho tiempo una buena fama por ser un cómodo centro de descanso.

La suma de nuevos itinerarios para el comercio se justificaba por las mejoradas condiciones del valle y por el progresivo desarrollo de Florencia durante el siglo XII. A partir entonces, Florencia empieza a retomar el control sobre sus territorios limítrofes y se asoma al panorama internacional con renovado vigor. Este

crecimiento económico, bajo un importante empuje demográfico, explica también la repentina ampliación del núcleo urbano, con la construcción de una segunda cinta amurallada que dobló el espacio intramuros¹⁵. La acuñación de una nueva moneda de plata atestigua la importancia que esta ciudad había adquirido en ámbito internacional, transformándose en la capital financiera de occidente.

Con el progresivo arraigo del dominio florentino en los mercados internacionales, Florencia engloba el recorrido de la antigua Vía Cassia, que desde ahora se impondrá como eje de comunicación privilegiado hacia Roma en dirección sur y hacia los territorios emilianos y milaneses rumbo al norte: “de hecho es ahora la ciudad del Arno la que determina mayor cantidad del tráfico a través de los Apeninos. Para la presencia de la Santa Sede, centro de la Cristiandad y al mismo tiempo gran potencia financiera, Roma continua atrayendo peregrinos (que pasan por Florencia), así como altos prelados y hombres de negocios; sin embargo, por su comercio a distancia, por sus actividades manufactureras y por la actividad financiera a nivel internacional, es en dirección a Florencia hacia donde se mueve el más conspicuo flujo de hombres y mercancías que cruza los Apeninos”¹⁶.

El testimonio del rol que Florencia va cobrando como catalizador

15 La construcción del primer recinto amurallado data de 1176, mientras que el segundo perímetro se levanta en 1284. La decisión de abatir la antigua muralla llega en 1260.

16 191. Stopani, R. *La via francigena in Toscana...*, 1984. Pág. 62.

fig. 4.18
Detalles de los nichos
de la enfermería de
Sant'Ansano. Hospital
de Santa Maria della
Scala. Siena.



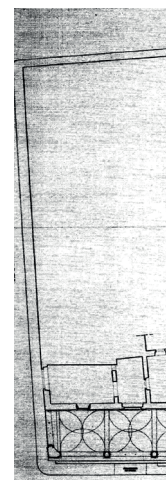
de actividades industriales y servicios permanece en el diseño radial de la ciudad, así como en la organización de los sistemas urbanos periféricos y de la comunicación alrededor de la capital toscana, que se impone como eje centrípeto a escala regional.

En un artículo publicado en 2003, la historiadora Esther Diana se ocupa de destacar las coincidencias existentes entre los caracteres de localización de los hospitales florentinos y las dinámicas inmobiliarias del desarrollo urbano entre los siglos XIV y XVI. Los resultados de este estudio apuntan a una perfecta sinergia entre la distribución de las nuevas casas de cura y los sectores emergentes de la ciudad burguesa caracterizados por la especialización manufacturera y comercial: “de la topografía del patrimonio hospitalario emerge el “diseño” empresarial de las diferentes instituciones que tienden a construir un elenco de edificios entorno a la estructura principal, como emblema de su implantación económico-social dentro de la ciudad”¹⁷.

La progresiva urbanización de Florencia condujo muy rápidamente a la saturación de los espacios intramuros, animando a los diferentes grupos e instituciones laicas y religiosas a emprender una verdadera contienda para asegurarse el control sobre nuevas áreas urbanas capaces de manifestar el poder de los nuevos grupos sociales por medio de un fuerte acento simbólico. Así mismo, todos los entes asistenciales que nacieron entre el siglo XIV y la primera mitad del siglo XV buscan una localización dentro de los nuevos barrios productivos, al norte del río, donde se iba disponiendo, además, el centro administrativo y político de la naciente entidad municipal.

La disponibilidad de solares libres, la conveniencia de un nuevo sistema de accesibilidad urbana y las ventajas lucrativas ínsitas en la nueva valoración del suelo, alentaron la experimentación tipológica y arquitectónica, creando un ambiente cultural y artístico enormemente vivaz y creativo. Junto al tradicional espíritu caritativo ligado al concepto medieval de la buena muerte, la ocasión de incrementar las ganancias a través de inversiones seguramente exitosas tuvo que animar a los benefactores privados en sus iniciativas fundacionales.

17 Diana E., *Dinamiche fondiari e caratteri insediativi degli ospedali tra il IV e il XVI secolo* en *Medicina & Storia*, 6, 2003. Pág. 37.



Las prerrogativas especulativas implícitas en el desarrollo de las casas de cura hicieron que se dedicara una especial atención a la definición arquitectónica de los nuevos edificios. Estos edificios estaban acomunados por algunos caracteres persistentes, no solo en lo que concierne el sistema administrativo, sino también en la ideación de sus diseños arquitectónicos. Así pues, por primera vez la problemática de la gestión institucional se relaciona con la organización espacial y volumétrica de los diferentes ambientes, cuya articulación respondía a un proyecto orgánico, aunque gradual y pausado, dictado por exigencias funcionales muy específicas.

El elemento característico de los nuevos hospitales florentinos resulta ser la propia sala para los enfermos, por la que se prevén edificios de nueva planta en contra de la tendencia de la praxis antigua según la cual se aprovechaban locales residenciales existentes -y a menudo parte del patrimonio inmobiliario de los fundadores, es decir, su propia casa- acondicionándolos para la función terapéutica. Si bien en el antiguo hospital de San Paolo la formación de los ambientes interiores había seguido el tradicional patrón de agregación de simples células residenciales, aunque la remodelación renacentista confiriera al complejo un aspecto perfectamente en línea con los modelos más vanguardistas, en el mayor hospital ciudadano, el Santa Maria Nova, ya en 1313 se levantaba un edificio de nueva planta para albergar a los enfermos. La interpretación del modelo propuesta por la historiadora Esther Diana resulta muy sugerente: “los Portinari”, que ya desde 1286 se habían hecho promotores del ente asistencial, “cuyo volumen de negocios sobrepasaba el ámbito

fig. 4.19
Hospital de San
Paolo. Planta baja
y detalle del porche
delantero. Bini, 2002.

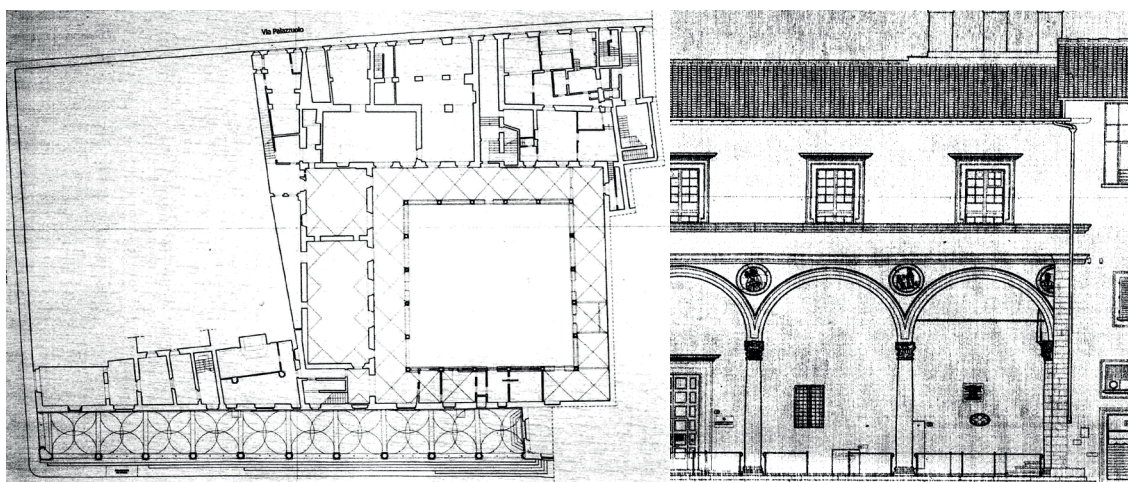
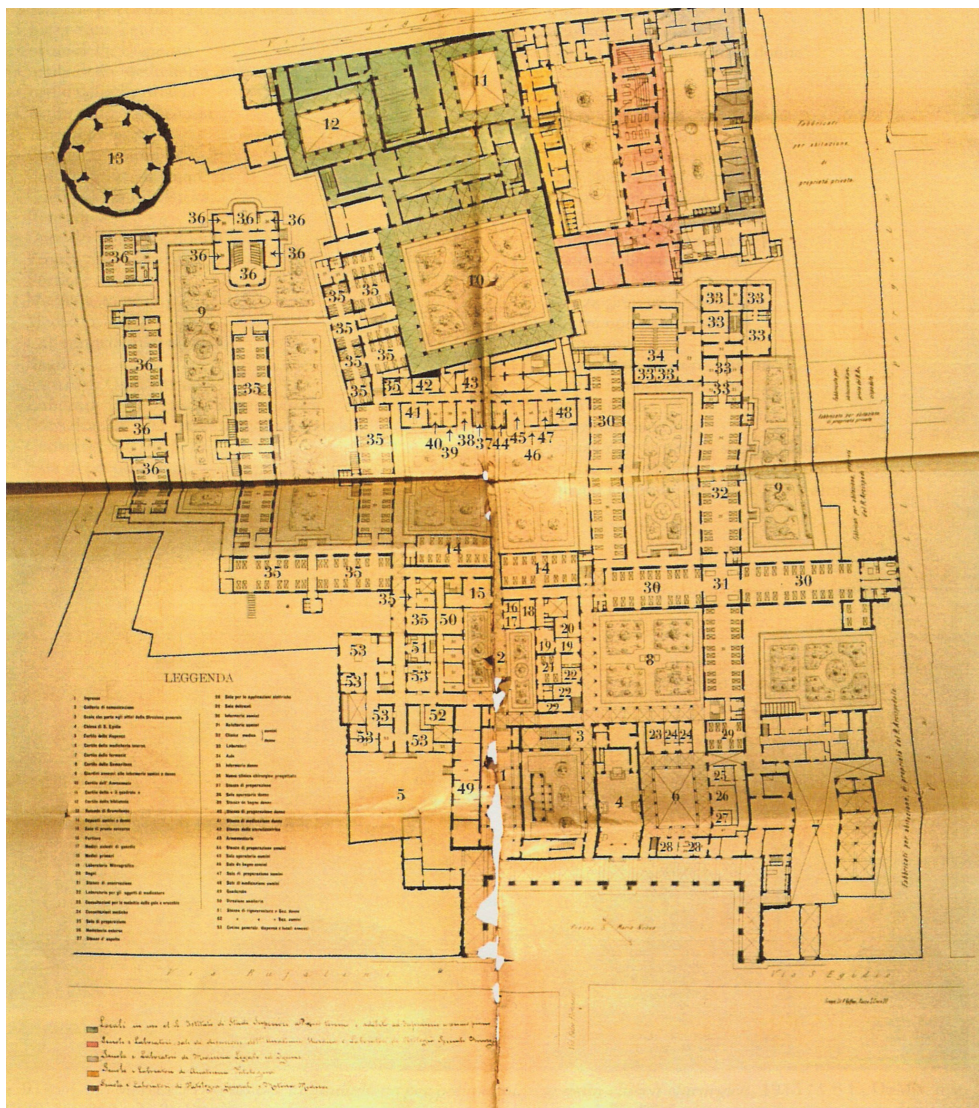


fig.4.20
Planta general del
Hospital de Santa
Maria Nuova.,1902.
Diana, 2012.

urbano, tenían que estar al tanto de las construcciones hospitalarias del norte de Europa basadas en el diseño de aulas rectangulares cubiertas por medio de cerchas de madera, donde la asistencia a los enfermos seguía pautas todavía poco conocidas en Italia durante el siglo XIV¹⁸. Efectivamente, parece razonable apelar a los hospitales

18 Hay que comparar estas consideraciones con el análisis crítico sobre las salas de los hospitales catalanes y la influencia de la arquitectura gótica Castejón Doménech



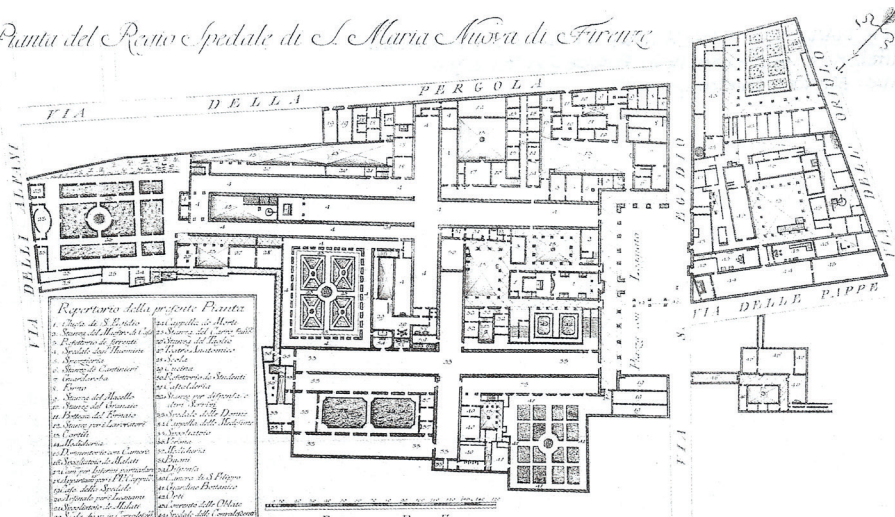
conventuales como principio del desarrollo arquitectónico y jurídico institucional de las casas de cura que empiezan a surgir durante el siglo XIV con destacados elementos de modernidad, asimismo la proveniencia y exportación de los modelos resulta legitimada sólo considerando la vivacidad de los intercambios culturales entre determinados territorios donde, en un preciso momento histórico, se impulsan relaciones económico-políticas sin precedentes. La madurez del sistema florentino hace que el colonialismo artístico que la capital toscana impone en la época del humanismo, surja de una aguda valoración y asimilación de las aportaciones externas. En el caso de los hospitales proto-renacentistas, consideramos que es sensato hablar de una matriz norte europea en la elección de los esquemas funcionales, lo cual, junto con la recuperación de los elementos clásicos y la lógica técnico constructiva de ámbito mediterráneo, creó una síntesis compositiva muy característica, que se exportará a toda Europa con diversas interpretaciones.

Tendremos posibilidad de detenernos más adelante sobre cómo en Santa Maria Nova el “modelo arquitectónico constituye el elemento primario de inserción y referencia dentro del complejo urbano”. Aquí cabe destacar la consonancia entre el incremento del patrimonio inmobiliario y las rentas del hospital y el desarrollo tipológico de su edificio representativo: en 1334, cuando ya la

fig.4.21
Plano de Santa Maria Nuova, 1789

N., *Aproximació a l'estudi de l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona, 2007.*

Pianta del Reale Spedale di S. Maria Nuova di Firenze



institución contaba un importante número de adquisiciones en forma de donativos entre fincas suburbanas, talleres manufactureros y locales para alquiler¹⁹, destinados a incrementarse en la década sucesiva, se empieza a considerar la conveniencia de construir un segundo brazo en el hospital de los hombres, perpendicular a la crujía comenzada en 1313. El nuevo ala, cuya construcción arrancaba en 1341, creaba un extraño trazado en forma de 7 invertido, a lo que los historiadores han dado múltiples lecturas. Una de las hipótesis considera que un esquema cruciforme pudo ser planeado desde el principio, o por los menos que, a partir de 1334, un proyecto unitario dictara las indicaciones a seguir para las obras sucesivas, que culminaron en 1574 cuando se remató el diagrama espacial en forma de cruz griega con la crujía nororiental del Sacramento.

El hecho que confirmaría tal sospecha consiste en la decisión de cubrir el espacio derivado de la articulación perpendicular de las dos salas con una cúpula de madera, elemento que parece sugerir un posible desarrollo especular de estos ambientes. Esta reflexión

19 En 1399 el Hospital de Santa María Nuova de Florencia contaba con 26 inmuebles entre tiendas y talleres, de los cuales 16 localizados en el centro de la ciudad en proximidad de las Parroquias de San Pier Maggiore, San Procolo y San Pancrazio. Diana E., *Non solo carità. L'Ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze: un risultato imbroditoriale (1285-1427)*. en *Ricerche Storiche*. XL. 2010. Pág. 27.



fig. 4.22
Fachada del hospital
de Santa Maria
Nuova,
Florencia.

sobre la importancia de la cúpula como punto de coyuntura de un sistema de cuatro brazos aparece en un ensayo de Adriano Peroni de 1986 titulado *Il modello dell'ospedale cruciforme: il problema del rapporto tra l'Ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze e gli ospedali lombardi*. Sin embargo, el estudioso italiano parece avanzar esta hipótesis de manera todavía tímida, casi como una sugerencia personal más que como un hecho constructivo extremadamente indicativo y consecuencia de una precisa lógica arquitectónica. Tal disposición en dos alas perpendiculares no puede más que preveer un remate, si no perfectamente simétrico en forma de cruz, por lo menos con forma de T. Este otro camino, muy sugerente, que nos conduce a los ejemplos de Roma y Santiago de Compostela queda como motivo de investigación todavía abierto.

De hecho, a día de hoy no se ha hallado una documentación que identifique de manera incontrovertible el planeamiento adoptado en Florencia ni las razones funcionales, arquitectónicas o económicas que subyacen a su diseño arquitectónico. Sin embargo, consideramos plausible que los administradores y los constructores del Santa María Nova, que habían dado prueba en más de una ocasión de pericia y competencia en la gestión de la temática asistencial, vislumbraran con habilidad la evidencia del incremento, ya en marcha, de la demanda de servicios terapéuticos para la comunidad, disponiendo un sistema abierto a desarrollos futuros. La misma elección del solar, en una zona todavía virgen, pero afectada por el empuje urbano de la villa y con disponibilidad de suelo para el cómodo crecimiento de la fábrica, confirma la lúcida estrategia empresarial del fundador; además, el hecho de que, en 1334, la expansión del hospital tienda a saturar la cortina de pequeñas construcciones atestadas en la calle de la Pergola²⁰, precisando los límites del hospital hacia su ladera oriental, se percibe como garantía de un desarrollo buscado más que como un confuso intento de ocupación de parcelas.

Casi contemporáneamente a la edificación del hospital para los hombres se delinea el proyecto de una sala para mujeres enfermas, que se sitúa en un solar frente al núcleo originario adquirido por Folco Portinari en 1286 y limítrofe al antiguo convento abandonado de los frailes Saccati. La obra del hospital femenino tenía que

20 En 1486 se cuentan 24 casas que constituye el frente continuo de *Via della Pergola*. Diana E., 2003. Op. cit. Pág. 52 y siguientes.

completarse alrededor de 1327 con el remate del altar, cuyo pago queda documentado en un folio conservado en el Archivo del Santa María. Esta primera sala destinada a las mujeres era el resultado de una remodelación de locales existentes, contrariamente a lo que ocurre para la enfermería masculina, para la cual se decidía edificar un edificio de nueva planta. Sin embargo, el hecho de aprovechar estructuras más antigua no menguó el interés hacia esta categoría para la cual cuarenta se apresta una obra de considerables dimensiones durante los siguientes años. Este hecho nos confirma una vez más la complejidad de la oferta asistencial de Santa Maria Nova, que no descuida ningún aspecto de la práctica terapéutica, presentándose como servicio para toda la comunidad.

Los eventos epidémicos de la segunda mitad del siglo XIV dieron un ulterior impulso a la actividad edificadora del hospital que en este mismo momento ve aumentar sus rentas gracias a donaciones y legados testamentarios. El espanto general que sacudió a la sociedad florentina, que observa inerte desaparecer un tercio de su capital humano, encuentra un preciso testimonio en las tipologías de las cesiones que engrosan las cajas de los entes caritativos, pues se trata sobre todo de propiedades residenciales en las cuales el hospital asume el rol de garante para que se mantenga en ella parte del usufructo a beneficio de viudas y prole.

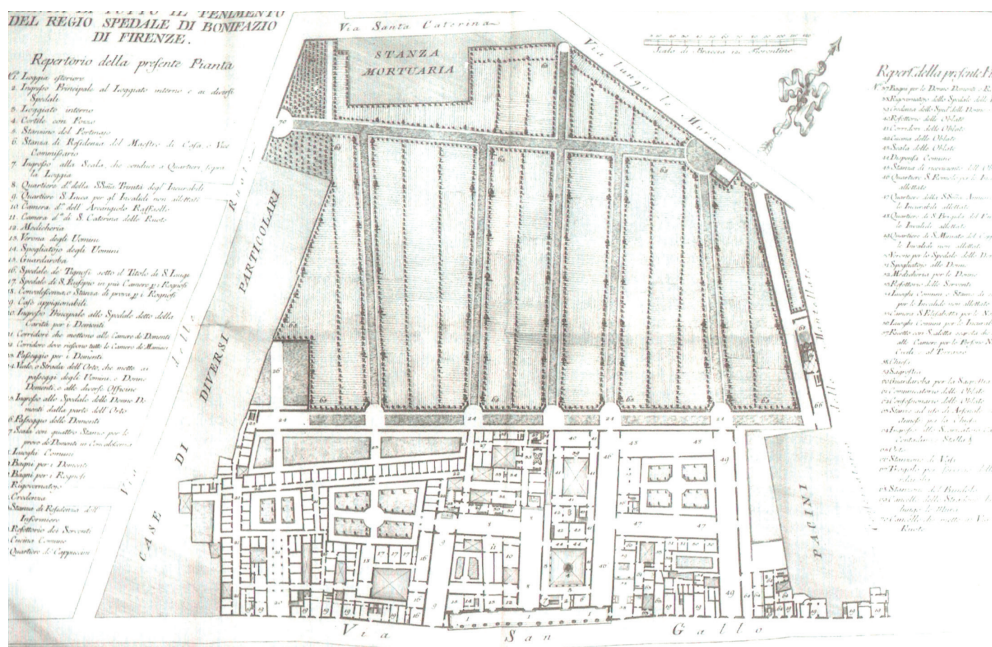
Este inmenso patrimonio conformaba la base financiera de la actividad constructiva que se intensifica nuevamente a principios del nuevo siglo. A la luz de los documentos inéditos hallados en el fondo del Hospital, una lectura más escrupulosa de los acontecimientos registrados permite corregir las tradiciones documentarias que situaban el cumplimiento del esquema en T en 1479 según lo que reportaba una transcripción del siglo XVI publicada por Ciuccetti²¹. Esta circunstancia documental ha sido interpretada según una nueva perspectiva crítica que nos parece especialmente interesante. En 1376, el hospital contaba con 62 camas en el sector masculino y 58 en el femenino; la pujanza de la demanda, consecuencia de los repetidos brotes epidémicos, agravados por un

21 Ciuccetti, L., *Lo sviluppo architettonico dello Spedale di Santa Maria Nuova dalla sua fondazione al XV secolo* en *Il patrimonio artistico dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze : episodi di committenza*, a cargo de De Benedictis, C. Firenze: Pagliai, 2002. Pág. 56.

general estancamiento de la producción, obliga ya desde principios de siglo a reanudar la construcción de nuevos locales para asistir a la población. De esta exigencia tenemos noticia por la compra de material de construcción referida a la obra de un “hospital nuevo”. A partir de 1401 se agregan, de manera algo apresurada, unos nuevos ambientes a continuación de las crujías del siglo XIV; la imagen del hospital tras estas obras tenía que presentarse algo confusa e imprecisa, por lo que, alrededor de 1479, el capítulo hospitalario ordena definir un programa de remodelación de estos espacios para darles organicidad, regularidad y decoro.

En palabras de Esther Diana “esta lenta construcción del esquema en forma de cruz -por esbozos y sucesivas modificaciones- da valor a la tesis de una estructura tipológica que no se origina por un idea predefinida, sino más bien por una estructura que es el producto de una feliz gemación arquitectónica en la que las apremiantes presiones culturales hacia nuevos modelos encuentran en varios momentos, en los casuales pero progresivos recursos financieros, en la disponibilidad de nuevos espacios adyacentes, en la peculiar sensibilidad y apertura de los personajes prepuestos a la gestión del

fig. 4.21
Planta del complejo hospitalario Bonifazio, Florencia. Archivo histórico de Florencia.



ente, aquella síntesis de intenciones que llevará a la codificación y cumplimiento del esquema cruciforme²². Desde nuestro punto de vista, estas consideraciones no hacen más que confirmar una especial vocación de la tradición arquitectónica toscana hacia una experimentación compositiva y funcional consciente e iluminada en una época en la cual todavía el proceso de ideación del producto arquitectónico no ha sido cristalizado en una praxis orgánica, la cual se impondrá definitivamente sólo con la obra de pioneros como Brunelleschi y Alberti. De hecho, ambos arquitectos se dedicarán a la arquitectura asistencial como campo privilegiado para la definición de un concepto revolucionario de arquitectura civil.

Santa María no fue el único nosocomio surgido durante el siglo XIV para aliviar las dolencias de los pobres enfermos. Así como Folco Portinari, otros personajes eminentes de la sociedad civil florentina valoraron la posibilidad de invertir sus propias rentas en la construcción de casas de cura en distritos urbanos que habían sido favorecidos por la prosperidad de actividades productivas destinadas a alimentar la actividad de los ricos comerciantes y banqueros de la ciudad, o en zonas privilegiadas por ser el centro administrativo o político-religioso de una ciudad en plena expansión. En este sentido, el Santa Maria Nova tuvo el mérito de servir con su labor de “ejemplo anticipador” para el desarrollo progresivo de la función sanitaria en ámbito urbano, que se incrementará de forma exponencial hasta el siglo XVI construyendo una red cada vez más especializada y cooperativa.

Entre los centros de esta red hay hacer mención de algunos que por su localización, por sus elecciones arquitectónicas y tipológicas, por la variedad de la oferta sanitaria, contribuyen a hacer de Florencia la ciudad símbolo de un sistema asistencial moderno y eficiente.

El hospital de Bonifazio se funda en 1377 por voluntad de un rico mercader de Florencia, Bonifacio Lupi. La zona elegida destacaba por el número de fundaciones religiosas que punteaban la vía de San Gallo, importante para el tránsito y el acceso hacia el centro de la capital; alrededor de este camino se había formado un núcleo densamente poblado, por lo que la disponibilidad de solares

22 Diana, E., 2010. Op. cit. Pág. 33.

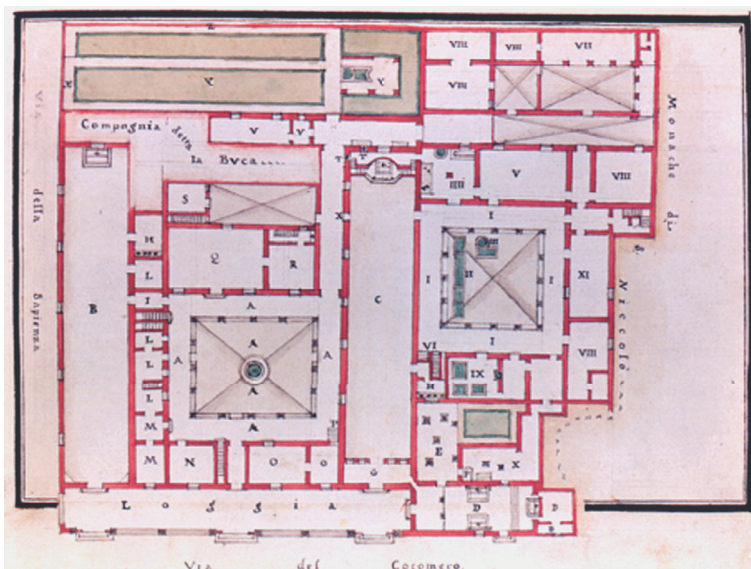


fig. 4.22
 Planta del Hospital de
 San Matteo.
 Florencia, Archivo
 histórico de Florencia.

libres resultaba muy inferior a aquella de las que algunas décadas antes había podido beneficiarse el Santa María en su crecimiento arquitectónico. En la vista de Florencia de Piero del Massaio de 1456, conservada en la biblioteca nacional de París²³, se distinguen claramente tres cuerpos de fábrica paralelos unidos por una galería porticada que sirve de elemento de conexión entre el hospital y su entorno urbano. Esta componente arquitectónica se convertirá en elemento normativo para las fachadas de los edificios hospitalarios italianos y símbolo de la perfecta integración en la imagen urbana. A ello contribuyó la formalización de Brunelleschi en la logia de los Inocentes en 1419, donde el módulo arquitectónico mide y proporciona el frente urbano, confiriéndole al mismo tiempo limpieza, linealidad y elegancia. La imagen exterior se hace metáfora de la racionalidad de los servicios prestados en el interior del edificio, legitimando el pleno derecho de su presencia como momento impulsor de la nueva arquitectura civil.

Que el pórtico en fachada se transforme y se imponga como elemento normativo, lo demuestra el hecho que se haga explícitamente mención del mismo para la disposición de los frentes de los principales hospitales florentinos. A este propósito resulta

23 De esta panorámica quedan tres ejemplares, dos en Roma en la Biblioteca Vaticana y una en París.

muy explicativo el caso del San Matteo.

En 1385, el acaudalado mercante de Montecatini Guglielmo Balducci, emprende la construcción de un hospital junto a la plaza de San Marco, en aquella zona que se configuraba como “bisagra ideal entre el polo religioso y socio-representativo de la Santísima Annunziata y San Marco, y aquel, económicamente más activo situado en la área trasera de la Catedral”²⁴. Si para la organización funcional se elige un esquema que ya en el Santa María había demostrado su validez, según una reinterpretación tipológica con planta en forma de H separada por un claustro, para el arreglo del frente principal se lee en el documento de fundación la voluntad de edificar una galería con la forma y técnicas utilizada en la obras del Hospital de Bonifazio²⁵; en ambos, el pórtico de entrada no sólo delinea la imagen pública de la institución, sino que sirve para conectar los dos elementos fundamentales del diseño arquitectónico y compositivo: las crujías para los enfermos y la capilla.

Según Leistikow, la logia delantera constituye uno de los motivos arquitectónicos que caracteriza el hospital moderno²⁶. En realidad, como destaca Andrea Vanni Desideri, la inserción del pórtico no constituye de por sí un elemento original de la cultura arquitectónica

24 Diana, E., 2003. Op. cit. Pág. 50.

25 Archivo de S. Matteo, f. 123, c. 5v. *Ibidem*.

26 Leistikow, D., *Edificios hospitalarios en Europa...*, 1967. Pág. 67.

fig.4.23
Foto histórica del
Ospedale del Ceppo,
Pistoia, Italia.
Bibliothèque
Nationale de France.



humanista; su empleo está plenamente documentado a lo largo del medioevo, sobre todo en los pequeños hospitales de los suburbios y del campo²⁷. A pesar de ello, es cierto que durante el siglo XIV y sobre todo en la producción lombarda del siglo XV, esta pieza adquiere una mayor solidez estructural y una significación peculiar desde el punto de vista funcional, constructivo y representativo, llegando a configurarse como motivo típico de la arquitectura asistencial. Aún en ámbito toscano, el hospital del Ceppo de Pistoia, de 1277 destaca por la remodelación renacentista de la logia delantera, que recuerda la admirable fachada de los Inocentes de Brunelleschi.

Todo esto nos persuade de que, en el caso de la tipología hospitalaria, de ninguna manera es lícito hablar de ruptura definitiva respecto a los ejemplos del pasado, aunque nos parezca indudable que una especie de *revolución* arquitectónica y tecnológica haya surgido entre los siglos XIV y XV, revolución de tal potencia que permanecerá durante varios siglos, incluso adoptándose en contextos territoriales lejanos a su punto de origen. Sin embargo, es indispensable precisar que, si es lícito hablar de revolución o reforma renacentista de la tipología hospitalaria, se trataría más bien de una revisión crítica de la tradición y no de un abandono indiscriminado de las técnicas y de las referencias formales antiguas. Este problema de la originalidad, por así decirlo, *autárquica* o *históricamente dependiente* de la producción renacentista, resulta agravado por la aparición de una nueva figura de arquitecto-profesional de mucho impacto social cuya libertad intelectual surge como emblema de los nuevos tiempos.

En la discrepancia entre innovaciones sociales de todo relieve y la permanencia en el repertorio arquitectónico de elementos pertenecientes a la cultura tardogótica se leen las contradicciones atávicas del movimiento renacentista, todavía ligado a las creencias artísticas de la Alta Edad Media en su primera fase, y ya manierista en su culmen.

27 Desideri, A V., *Aspetti della documentazione materiale di ospedali medievali toscani* en *Lungo il cammino. I luoghi dell'ospitalità nel Medioevo - Le Vie del Medioevo*, a cargo de Sergi G. y Bordone R., 1998. Pág. 26.

Para reanudar nuestro discurso del problema de la forma arquitectónica del hospital del siglo XV hay que buscar las huellas tipológicas en las relaciones que en su tiempo se dieron entre dos centros representativos de la cultura renacentista: Florencia y Milán. Las críticas tradicionales han reconocido ya en el hospital toscano de Santa Maria Nuova el origen de la tipología en forma de cruz, que será adoptada más adelante en Milán y de manera más general en el área lombarda con éxitos arquitectónicos admirables. Aceptando la definición tipológica avanzada hasta hoy, que es de hecho difícilmente contestable, intentaremos proponer una visión que pueda conciliar diferentes aspectos que consideramos útiles para una descripción completa de la matriz tipológica desde el punto de vista *arquitectónico*²⁸. Para lograr nuestros propósitos nos hemos referido al modelo comparativo desarrollado por Marc Bloch: aunque sea legítimo hacer equiparaciones de tipo histórico, incluso entre realidades que no mantuvieron contacto (ni relaciones, en este caso específico), se pueden asumir como elementos de referencia la vecindad, los orígenes comunes y las influencias recíprocas que perduraron durante años entre Florencia y Milán,²⁹. Aún así, existe un doble riesgo en esta aproximación: por una parte, el peligro de subestimar las diferencias entre las dos ciudades; por la otra, caer en una actitud anacrónica al considerar caracteres excesivamente singulares en lo que concierne a la vida social, política y religiosa y a las características de la producción arquitectónica de cada región analizada.

28 Vale la pena recordar que para llegar a justificar las motivaciones de ciertas elecciones funcionales, tecnológicas y formales en la construcción de una obra de arquitectura hace falta moverse a los campos de estudio más dispares las cuyas contribuciones enriquecen enormemente el conocimiento del edificio. Aunque la descripción última se refiera al campo exclusivamente arquitectónico, esta deriva del cruce de muchas informaciones aparentemente distantes. En esta actitud reconocemos el verdadero valor de una aproximación pluridisciplinaria.

29 En la introducción al convenio organizado por la Universidad de Harvard en 1986, Adriano Prosperi se enfrenta a esta problemática que es la adopción de un adecuado modelo comparativo, pero lo adapta al tema de la organización de las cofradías laicas en Florencia y Milán. El afirma que las notables semejanzas entre los dos centros legitiman una comparación directa, donde lo que más interesa es la naturaleza de las relaciones que conducen a éxitos similares. Véase: *Florence and Milan: Comparisons and relations*, Acts of two Conferences at Villa I Tatti in 1984 and 1986, 1989.

Veamos a continuación de qué manera y según qué directrices socio-culturales las adquisiciones de la arquitectura hospitalaria tardo medieval toscana contribuyen a la definición de una nueva forma de acercamiento a las problemáticas arquitectónicas en materia asistencial.



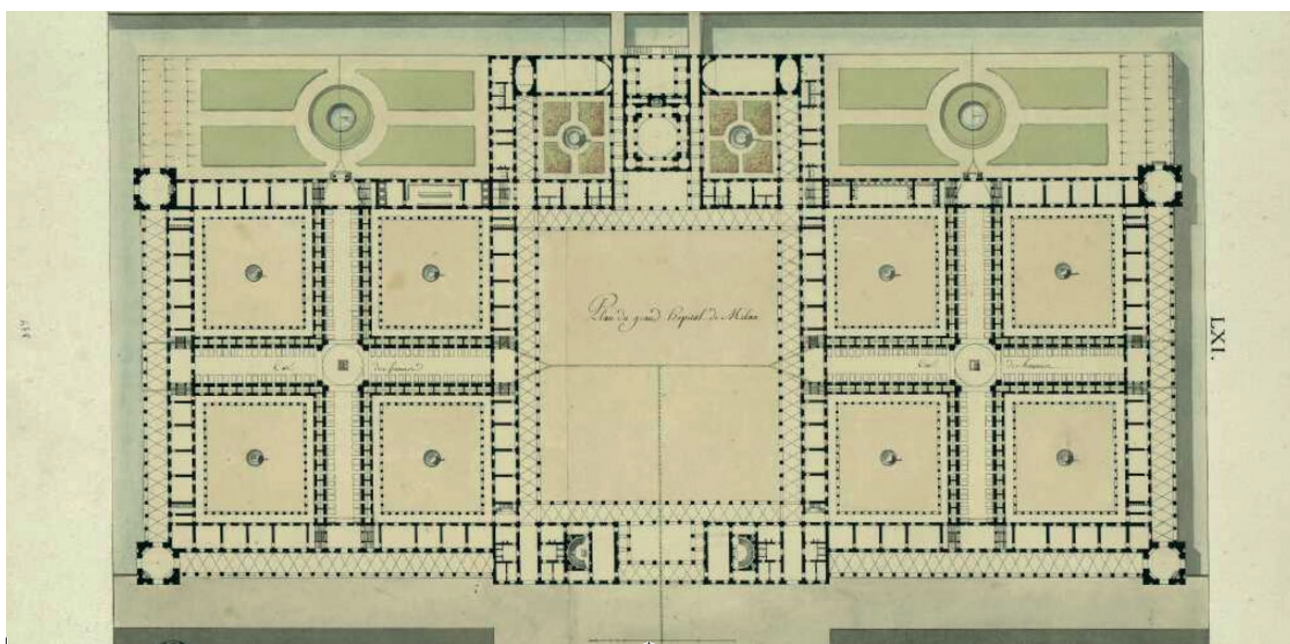
4.3 El ambiente lombardo

En los anteriores apartados hemos visto cómo a principios del siglo XV se difunde en los ayuntamientos italianos del centro norte una visión más racional de las problemáticas asistenciales y sanitarias, que se refleja en una organización más orgánica de las estructuras hospitalarias, con una mayor implicación de sujetos laicos¹. Desde este punto de vista, Florencia se había dado a conocer como ejemplo de eficiencia y modernidad.

Los mercaderes florentinos que administraban políticamente la ciudad habían demostrado la utilidad de las iniciativas caritativas bajo el perfil económico y social, involucrándose en primera persona o bajo el amparo de las asociaciones corporativas en la fundación de hospitales y casas de cura.

1 Chittolini, G. *La Chiesa e il potere politico dal Medioevo all'età contemporanea*, en la revista *Storia d'Italia, Annali*, Torino, 1986. AA. VV., *Stato e chiesa di fronte al problema dell'assistenza; atti del congresso tenuto a Pistoia nel 1979*, Roma: CISO Edimez, 1982.

fig.4.24
Planta del Ospedale
Maggiore de Milan.
Pierre Adrien, Siglo
XX.



En primer lugar, el asunto que angustiaba a los gobernantes era la condición de miseria que consumía a una franja cada vez más amplia de la población. Las escasas condiciones higiénicas de los suburbios y de las ciudades en general y la alta concentración de miserables hacían que enfermedades de todo tipo atormentaran a los habitantes; las crisis amenazaban periódicamente con desembocar en disturbios y motines.

Al problema apremiante de los pobres se añadía la moda contante de los peregrinajes que tuvieron importantes secuelas en la organización del territorio en toda la llanura del ducado de Milán. El norte de Italia está implicado en los grandes peregrinajes hacia Jerusalén y Roma, ya que se encuentra en una posición privilegiada para las comunicaciones por vía terrestre. Pavía resultó desde siempre un importante punto de confluencia entre los recorridos de las romerías hacia el sur, en tanto que Milán, bastante más descentrada, adquirirá cierto relieve sólo a partir del siglo XIII con la abertura de las grandes rutas alpinas que permitirán a este centro devenir capital y cruce fundamental para las comunicaciones y el comercio. Al desarrollo de la red vial se sumaba el sistema de conexiones fluviales hacia oriente a través del puerto de Venecia. Por su posición estratégica, la franja de la baja llanura paduana vio surgir numerosos hospitales, además de xenodoquios, para asistir a los que cumplían, de norte a sur, el viaje penitencial. Paralelamente a lo que ocurría en otras zonas de Europa y de la península italiana, estos lugares de acogida fueron administrados en sus mayorías por cofradías laicas, mientras que el problema terapéutico seguía delegándose a las instituciones religiosas, que intentaban en balde enfrentarse a plagas cada vez más mortíferas.

En Milán, el duque Francisco Sforza estaba firmemente convencido de la importancia capital de la política asistencial en la toma y gestión del poder², tanto como para participar activamente en el debate sobre la construcción de las mayores instituciones hospitalarias lombardas, incluso antes de que tomara la iniciativa de construir el hospital grande de Milán. En lo que concierne a las

² El mismo Nicolò Machiavelli, en *El Príncipe* exalta la estrategia política de Francisco Sforza, empeñado constantemente en resolver las problemáticas económicas y sociales de la población:

“[...] con li debiti mezzi, e con una sua grande virtù, di privato divenne duca di Milano[...]” (*Il Principe*, VII).

maneras más congruentes y modernas de erigir los nuevos centros sanitarios, el camino de la familia Sforza se cruza a menudo con los acontecimientos de Florencia, donde el Señor, Piero de Medici, se encontraba igualmente implicado en la difícil cuestión de la organización y gestión de la asistencia pública en una continua y sutil lucha de poderes con los exponentes de la Iglesia Católica.

La naturaleza de las relaciones entre la nobleza lombarda y la florentina y de los intercambios culturales y artísticos que mantuvieron a lo largo del siglo XV merecerían un trato aparte; baste con recordar aquí que será el mismo señor Cosimo de Medici quien le recomiende a Francisco Sforza a un arquitecto florentino joven y prometedor, muy implicado ya en Florencia en la construcción del “nuevo arte”: Antonio Averlino, alias Filarete. El documento que nos facilita esta noticia fue hallado por John Spencer en el *fondo sforzesco* del Archivo de Estado de Milán; se trata de una epístola enviada al duque por el embajador Nicodemo Tranquedini de estancia en Florencia. Así se puede leer en un paso de la misiva, expedida el día 27 de abril de 1451:

“Cosimo dice ve mandra lo inzegniere per lo spedale dal laghetto instructo et informato apieno de omne cosa appartenente ad simile edificio et ali ordeni soy et col designo de questo Et grandemente comenda questo vostro laudable et sacto proposito”³.

Spencer está firmemente convencido de que, aunque el nombre de Filarete no aparezca explícitamente, es él el personaje más indicado para la ambiciosa empresa constructiva que Francisco Sforza deseaba emprender en la capital de sus dominios⁴.

3 Spencer, J R., *Two new documents on the Ospedale Maggiore, Milan and Filarete*, Arte Lombarda, 1971, Pág. 114.

4 El documento del archivo de Milán al que se hace referencia resulta fundamental para otra cuestión de carácter historiográfico, pues permite adelantar en algunos años la decisión del duque de levantar un magnífico hospital para pobres enfermos. El hecho de que en abril de 1451 se reciba respuesta desde Florencia para el posible nombramiento del arquitecto responsable de las obras de la nueva casa de misericordia indica que la administración ducal habría tomado la decisión mucho antes de esta fecha. La mención al Hospital Mayor de Milán, que hasta el hallazgo de Spencer se había considerado más temprana, aparece en dos cartas del mismo embajador lombardo enviadas el 6 de Mayo de 1451 desde Roma; si embargo, en ellas se refiere simplemente el complacimento de Nicolás V al enterarse de las pías intenciones del Duque de Milán y de su esposa. Que el duque hubiera activado ya sus recursos diplomáticos para buscar al artista más idóneo para el proyecto

Sin embargo, antes de que el maestro florentino llegara a Milán, donde transcurrirán quince años de densa actividad edilicia, Francisco Sforza había mostrado un particular interés hacia las problemáticas que imponía la situación asistencial en los territorios de su ducado tal y como atestigua su activa participación en la obra del Hospital San Mateo de Pavia. Efectivamente, según las noticias reportadas en las publicaciones de Biagetti y Bacapè, el estado de los hospitales milaneses, su disponibilidad de camas y la condición desastrosa de sus rentas tuvo que imprimir cierta prisa al programa de los administradores ducales antes de la mitad del siglo XV. Esta hipótesis situaría todas las instituciones sanitarias lombardas del Quattrocento en una línea de continuidad y contemporaneidad mucho más cerrada de lo que indican las bulas y diplomas oficiales de fundación de cada ente.

Tratemos a este propósito de analizar con más detenimiento cada experiencia de aquel amplio proceso de reforma que vio florecer, en el trascurso de pocas décadas, una compleja red de edificios hospitalarios acomunados por una peculiar afinidad en las elecciones arquitectónicas y funcionales.

Un ejemplo todavía poco conocido es el hospital de Brescia. Tendríamos que arrancar nuestro discurso en las enfermerías de San Luca, dado que las noticias referidas al hospital de aquella ciudad paduana se refieren a una época bastante temprana en relación a los futuros desarrollos de la política asistencial en la región. En septiembre de 1420, los administradores de la ciudad consideraron la oportunidad de reunir los hospitales urbanos para optimizar y mejorar los servicios sanitarios ofrecidos a los enfermos pobres. Las investigaciones realizadas hasta hoy han convencido a los historiadores de que quizás sea demasiado atrevido hablar en este caso de una tipología en forma de cruz conscientemente reelaborada desde los ejemplos toscanos. Si la referencia a ellos, en particular al hospital de Santa María della Scala, aparece efectivamente con cierta insistencia en la bula de fundación de 1427⁵, sería más

evidencia cómo de adelantado estaba su programa en aquel momento. Spencer, J R., 1971. Op. cit.; Biagetti V., *L'Ospedale Maggiore di Milano*, Milán: Francesco Perella Editore, 1937; Lazzaroni M., Muñoz A., *Filarete scultore e architetto del secolo XV*, Roma: W Modes, 1908.

5 En la deliberación del consejo de 1427, publicada en el Volumen II de la colección *Storia di Brescia* en 1963 se lee:

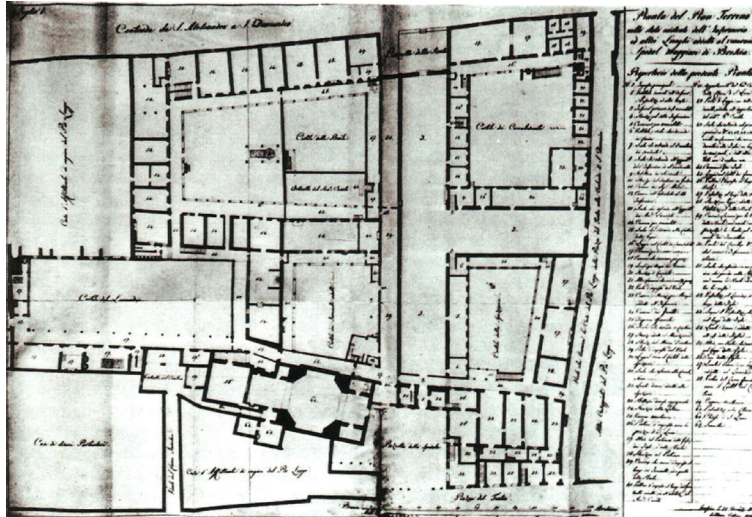


fig. 4.25
Hospital de San Luca
de Brescia.
A. Vigiliani, 1821.

indicado y razonable considerar estas referencias al modelo de organización y administración de la nueva estructura sanitaria. Respecto a los estudios que hasta ahora se han desarrollado y al análisis atento de los documentos oficiales, podemos afirmar que, en el precoz caso del Crucero de San Luca de Brescia, el modelo toscano es más bien un modelo de coherencia institucional más que un ejemplo detallado de organización espacial⁶. Sin embargo, no se puede descartar que el proyecto original fuese concebido con un planeamiento cruciforme, aunque nunca se llegó a acabar el último brazo que habría completado simétricamente la planta. Sobre este diseño y en relación al sucesivo desarrollo de la tipología hospitalaria “lombarda”, queda la sugestión de que la mirada hacia el repertorio florentino no fuera dictada simplemente por razones de carácter jurídico-administrativo, sino también por un nuevo anhelo artístico de la comunidad “quattrocentesca”, o por lo menos por unas nuevas exigencias de carácter arquitectónico-funcional. Por otra parte, Liliana Grassi afirmaba que las crujías de San Luca estaban pensadas según un esquema compuesto de tres salas en forma de T, lo cual llevaría a pensar, como han señalado otros críticos, que las más maduras interpretaciones lombardas cruciformes no derivaban de los ejemplos toscanos por filiación directa, sino que son fruto

⁶ “Hospitale unum magnum et generale fiat Brixie Sicut in civitatem Senarum”. *Storia di Brescia*, 1963, Pág. 683.

⁶ Peroni A., en *Storia di Brescia*, II, 1963, Pág. 682.

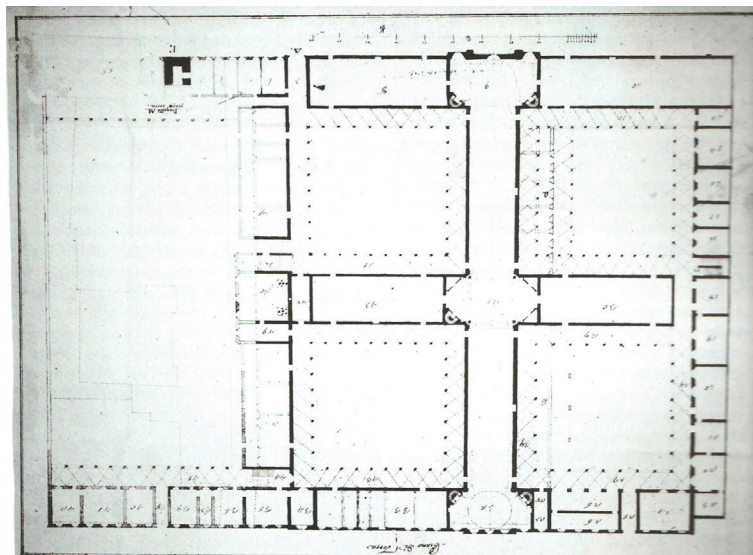


fig.4.26
Hospital de San
Matteo, Pavia.
A. Capponi, 1821.

de una interpretación original de los modelos existentes, de una destacada capacidad compositiva y una aguda sensibilidad hacia las cuestiones de carácter funcional. Philip Foster señala la similitud entre el Pellegrinaio de Siena y las salas de San Luca, considerando probable que este edificio fuese el primero en adoptar las crujiás oblongas que se podían admirar en Siena y Florencia⁷ en las regiones norteñas de Italia. En 1450, los constructores de Brescia debían de haber terminado al menos una de las salas, mientras que los otros ambientes de los que habla Grassi fueron añadidos en época más tardía. Desafortunadamente, las agresivas obras de restauración del siglo XX han borrado completamente las trazas más antiguas del hospital, por lo que ninguna información puede obtenerse del análisis directo de su arquitectura. Mientras es posible hacer algunas consideraciones sobre la adopción de las salas longitudinales como elemento articulador del espacio hospitalario, poso podemos decir sobre la lógica que subyace a la agregación de cada módulo en las enfermerías de Brescia.

El caso del hospital de Pavía resulta más explicativo⁸: en la bula

7 Foster P., *Per il disegno dell'Ospedale Maggiore di Milano*, en *Arte Lombarda*, 1973. Pág 3 y siguientes.

8 Para el estudio del Hospital de San Matteo de Pavia, Saletti C., *La fabbrica*



fig.4.27
Hospital de San
Matteo.
Vista del patio, foto
histórica.
Principios del siglo XX

de 1449 firmada por Nicolò V, se autoriza la construcción de una gran estructura asistencial y sanitaria en el corazón de la ciudad, con un estatuto jurídico muy especial, ya que por primera vez la nueva institución se sustrae a la autoridad del obispo. Pero lo que verdaderamente adquiere una importancia desconocida hasta entonces es el cuidado en la definición del aspecto arquitectónico de la nueva obra. Las continuas referencias a los ejemplos toscanos, no sólo como modelo institucional, sino también como referencias arquitectónicas, se hacen explícitas como para mover la diplomacia señorial, para que se organicen visitas y puedan circular en todo el norte Italia los dibujos y los levantamientos científicos de la tipología hospitalaria florentina. Se toman las medidas y se estudian las relaciones proporcionales entre los diferentes espacios del hospital de Santa María Nova, repitiéndolas con deslumbrante fidelidad en los edificios de nueva construcción. En 1449, el consejo de la cofradía del hospital de San Mateo autoriza los gastos para que el “ingenierus” Antonio Vasari viaje a Florencia y prepare una relación muy cuidada sobre el diseño de su hospital más ilustre. Vale pues la pena subrayar la componente arquitectónica de las relaciones requeridas, así como el nivel de los dibujos y esquemas producidos. Aunque, de hecho, la información aportada por Vasari debió de

quattrocentesca di San Matteo in Pavia, en Arte lombarda, V, 1980.



fig. 4.28
Cimborrio.
Hospital de San
Matteo, Pavia.

considerarse insuficiente, ya que unos años después y en ocasión de la construcción del hospital Francisco Sforza promueve un segundo “peregrinaje” a Florencia.

El diseño del Hospital de San Mateo ostenta caracteres de modernidad y novedad desconocidos por sus contemporáneos. Como acabamos de comentar, las fuentes nos hablan de precisas referencias adoptadas para la construcción del complejo asistencial de Pavía⁹ y, sin embargo, no escaparía ni siquiera al ojo menos atento la rebosante originalidad del proyecto: cuatro monumentales salas longitudinales abrazadas en un cuadrilátero perfecto constituyen el eje del edificio; este corazón funcional determina la dimensión alimétrica del complejo, con las enfermerías de doble altura, sobre las cuales se eleva, en un sugerente clímax compositivo, la cúpula central, culmen simbólico del diseño arquitectónico reforzado por la presencia del altar. Alrededor de él se articulan cuatro patios dotados de galerías con arcos de medio punto sobre columnas dispuestos en dos plantas.

9 En la bula papal de 1449 por la que se consiente la construcción del hospital, Niccolò V ordena que éste se levante “*ad instar Florentinensis et Senensis hospitalium*”. Foster, 1973 Op. cit. Pág. 7.

Casi contemporáneamente a la bula de Pavia, en 1449, el incansable Nicolás V se preocupaba de conceder su beneplácito para emprender las obras del hospital de Mantua¹⁰. En virtud de su proximidad geográfica y de la simultaneidad del proceso de reforma asistencial emprendido en los dos centros, las similitudes deducibles de sus diseños arquitectónicos aparecen bastante patentes: similar estructura en forma de cruz inscrita en un cuadrado, análoga disposición de los cuatros patios alrededor de las enfermerías. Y, sin embargo, un examen más atento permite señalar ciertas discrepancias entre los dos edificios. Sin considerar la diferente situación jurídico-institucional que sitúa al hospital de Mantua bajo el patronato directo de Ludovico Gonzaga, en tanto que el San Mateo presume de ser el primer hospital municipal¹¹ desde su temprana fundación, diferencias significativas pueden encontrarse en el planeamiento arquitectónico general. En el hospital grande de Mantua, los brazos del crucero lindan con el perímetro exterior, casi buscando una conexión directa con el entorno urbano. En Pavia, las enfermerías se ajustan dentro de una corona de espacios de servicio que rodea el contorno del edificio en tres lados, dejando libre sólo el frente principal; aquí los patios desempeñan un papel más incisivo, ordenando toda la circulación interna del conjunto hospitalario. Este aspecto resta algo de nitidez al diseño planimétrico general y algo de potencia expresiva al sistema cruciforme en favor de una mayor permeabilidad de los recorridos y una mayor autonomía funcional de los ambientes.

En lo que concierne a los autores responsables y constructores que participaron en los trazados, en el caso de Pavia las fuentes documentales sugieren el nombre del mismo Antonio Vasari de Borgo que recibía el encargo de viajar a Florencia y Brescia para estudiar sus hospitales; la situación para el Hospital grande de Mantua es diferente: es plausible que en él haya trabajado Luca Fancelli, arquitecto predilecto en la corte de los Gonzaga, aunque estudios recientes apuntan a limitar su intervención a los elementos plásticos y esculturales tales como los capiteles de los patios¹². Philip Foster considera poco plausible que Fancelli pudiera participar en

10 Las obras se empiezan en 1450. Franchini, L., *Ospedali Lombardi del Quattrocento*, 1995. Pág. 73.

11 Albini, *Carità e governo della povertà*, 2002. Pág. 261.

12 Franchini, 1995. Op. cit. Pág. 73.

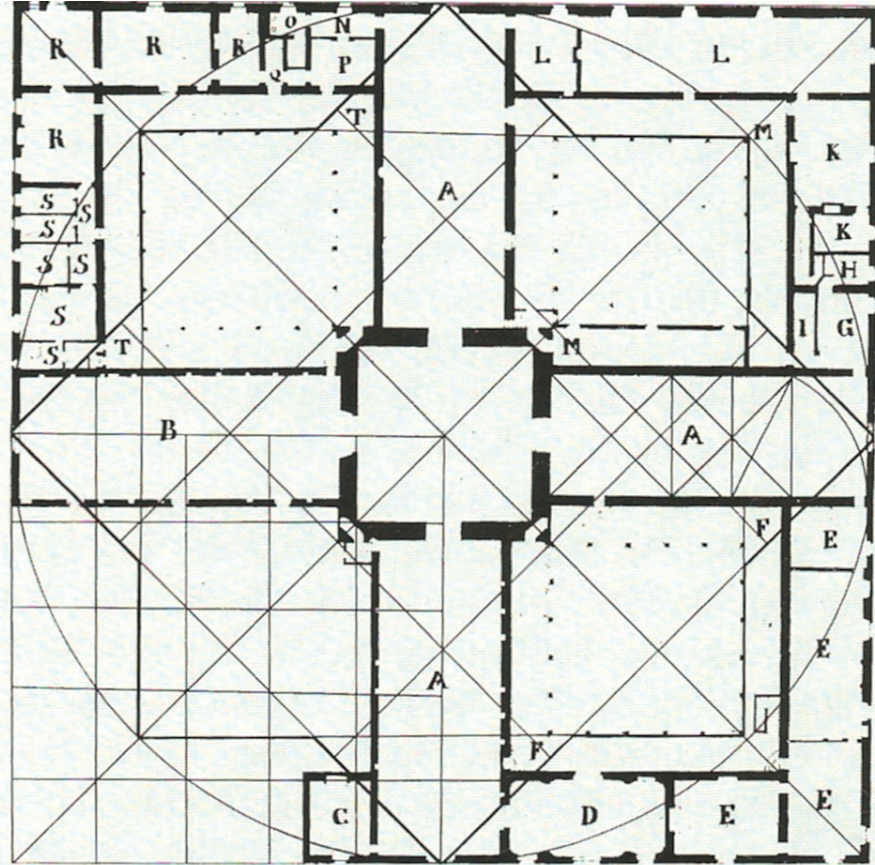
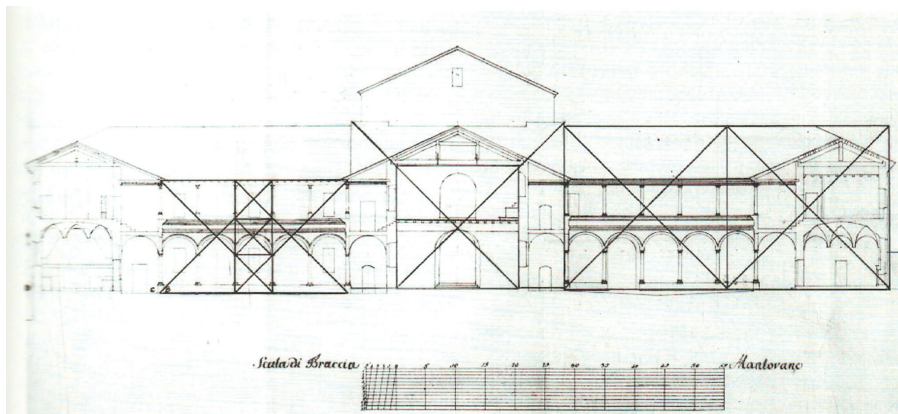


fig.4.29 Planta y sección. Estudios de las relaciones proporcionales.
Hospital de San Leonardo de Mantua. Pozzo, 1886 en Franchini, 1995.



la ideación de los planos, dada la juventud del florentino y por el hecho de que la presencia del artista está documentada a partir de 1450, cuando la redacción del proyecto tenía que estar en un estado bastante avanzado. Otra hipótesis atribuye al florentino Manetti la autoría del proyecto. La presencia de este experimentado discípulo de Brunelleschi en Mantua está documentada entre 1448 y 1452, fechas que bien podrían concordar con los datos cronológicos de los que disponemos acerca de la decisión de construir el hospital Grande.

Aunque resulte todavía algo artificioso definir una atribución cierta para el diseño general de estas arquitecturas, siendo el reconocimiento de las personalidades artísticas inequívoco en pocos y contados casos, es interesante destacar cómo por primera vez es posible ver en los promotores de los hospitales la preocupación de confiar las obras a maestros de acertada experiencia o destacada capacidad. Este recelo, dirigido obviamente a auspiciar el éxito de una empresa con evidentes repercusiones sociales, políticas y económicas, se va arraigando durante las décadas sucesivas como una tendencia ampliamente compartida y asentada.

Sin embargo, para las fechas que manejamos, tan tempranas en relación a la definición de una tipología específica para la arquitectura sanitaria, resulta algo sorprendente cruzarnos, por



fig. 4.30
Hospital de San
Leonardo de Mantua.
Siglo XIX.
Franchini, 1995.

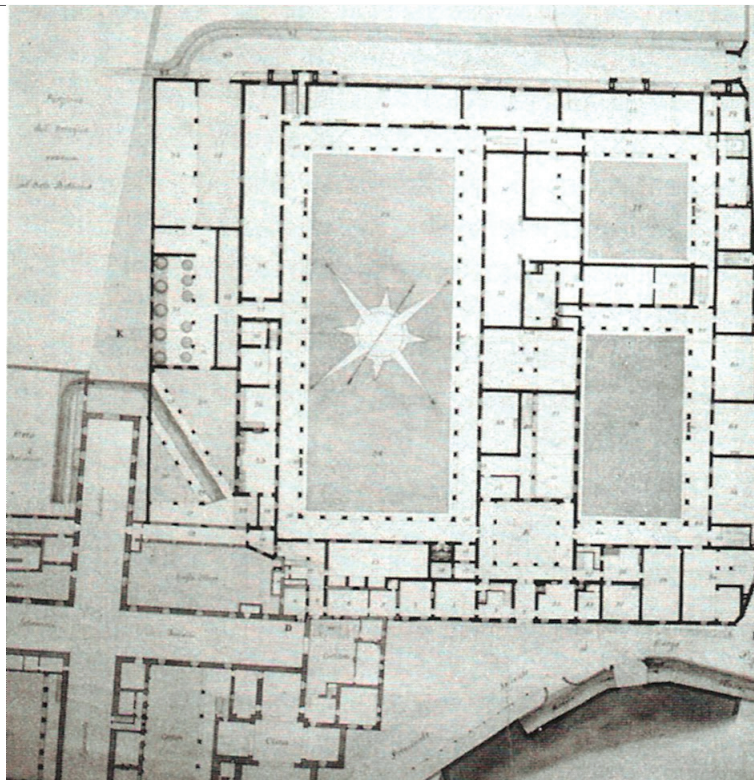


fig.4.31
 Planta del Hospital
 de San Marco de
 Bergamo.
 Proyecto de
 ampliación, 1823.
 Mengaroni Zoppetti,
 2002.

ejemplo, con el ilustre nombre de Amadeo¹³, al indagar las actas del Hospital Grande de Bergamo. Según Mencaroni Zoppetti, se podría reconocer al discípulo de Filarete, aquel Giovanni Antonio como el técnico que aparece en un documento como encargado de construir un modelo de madera para el nuevo hospital de San Marco¹⁴. Recordemos que el Amadeo que figura como sucesor de Filarete en la fábrica del hospital Mayor de Milán, se encontraba en Bergamo alrededor de 1470 para realizar el proyecto de una capilla-mausoleo por encargo de Bartolomeo Colleoni¹⁵, obra que le valió reconocimiento y prestigio entre sus contemporáneos.

13 Malaguzzi Valeri, F. *Gio. Antonio Amadeo, scultore e architetto lombrado: (1447-1522)*, Bergamo: Istituto Italiano D'arti Grafiche, 1904.

14 Mencaroni Zoppetti, M., *L'ospedale nella città: vicende storiche e architettoniche della Casa Grande di S. Marco*, Fondazione per la storia economica e sociale di Bergamo: Bergamo, 2002.

15 Para la actividad de Amadeo en la capilla Colleoni se consulte Bortolo Belotti. *Bergamo, la Cappella Colleoni*. Bergamo: Conti, 1953.

En Bergamo, la decisión de centralizar los servicios asistenciales y sanitarios de la urbe y de sus inmediatas cercanías se remonta a 1457, mientras que la primera piedra del nuevo edificio se pone en 1474. No estamos en posición de definir cuál era la estructuración originaria del hospital de Bèrgamo, hoy desaparecido, ni si tenía desde el principio una conformación en cruz griega. Es plausible todavía que ésta venga formándose a lo largo del siglo XVI, época en la cual las noticias se hacen bastante más generosas. De los pocos documentos que relatan las primeras fases constructivas del edificio se comprende que fueron previstas crujías similares a las de los otros centros lombardos: probablemente en este momento se levantaron dos salas articuladas en ángulo recto para conformar un patio porticado. Todavía en 1596, un cronista local nos habla de un sistema “triangulado” de salas, organizado alrededor de un eje central donde se colocaba el altar y el sacramento eucarístico de manera que “todos los enfermos podían verlo y alabarlo”.

Efectivamente, a diferencia de otros ejemplos lombardos, en esta ciudad los tiempos de construcción del hospital se dilataron sobremedida debido a la indecisión de la autoridad civil, a los conflictos internos, además de a causa del gravamen financiero que la obra suponía y que la ciudad apenas podía sostener.

Por ello, en 1475, el cabildo concedía al hospital las rentas provenientes del alquiler de los puestos de la feria anual que se realizaba en el campo de San Alejandro, adyacente al nosocomio. El celo demostrado en esta ocasión por la administración municipal, a parte de su capacidad de resolver de manera rápida y concluyente el proceso de reforma de la asistencia, acentúa la componente “democrática” de la experiencia de Bèrgamo: si la feria de San Leonardo hacía de Bèrgamo un centro neurálgico a nivel europeo, podemos imaginar la trascendencia simbólica que tuvo el confiar parte de sus ingresos al capítulo hospitalario.

De hecho, la fundación del Hospital Grande supuso en Bèrgamo un animado conflicto entre el cabildo civil y la autoridad religiosa; prueba de este abierto enfrentamiento son las inclementes palabras que, en 1536, el obispo Pietro Ippomani dirigía a los administradores de San Marco. El alto prelado reprochaba el abuso de poder que se reiteraba en el hospital, donde un puñado de hombres poderosos se

servían de él como palestra para el gobierno de la ciudad en vez de atender a los propósitos caritativos para los cuales se había fundado el ente pío.

La iniciativa fundacional de los años centrales del siglo XV en Lombardia fue verdaderamente asombrosa por la densidad de la actividad edilicia. Ella supuso la participación de una franja más amplia de la ciudadanía, incitada por los elementos más reformista de la jerarquía eclesiástica. En Cremona, las predicaciones de Timoteo Maffei¹⁶ en 1450 fueron determinantes para que la asamblea municipal se decidiera a unificar los patrimonios de los mayores entes hospitalarios y comenzara la construcción de un nuevo edificio¹⁷. Por otra parte, ni siquiera sorprende la tempestiva intervención del Papa Niccolò V de mayo de 1451 ni la aprobación del Señor de Milán, que llega un año más tarde.

Como para la mayoría de los hospitales levantados en el norte de Italia durante el Cuatrocientos, los estudios desarrollados hasta hoy aparecen todavía exiguos y dejan muchas lagunas, sobre todo en lo que atañe a la comprensión de las matrices compositivas y arquitectónicas que subyacen a cada ejemplo particular. La transformación de estos edificios, que sólo en época reciente han podido ser reconocidos como monumentos artísticos a tutelar, hace difícil obtener informaciones directas de las partes que han logrado sobrevivir a la constante obra de transformación de las preexistencias, aunque sea innegable que una diligente campaña de levantamiento de las estructuras subterráneas podría facilitar datos preciosos para una rigurosa interpretación de las estructuras visibles. A pesar de que los resultados científicos logrados por algunas experiencias locales¹⁸ exhorten a emprender este camino, este ámbito

16 Para el acercamiento a la figura de Timoteo Maffei, intelectual y humanista, *L'etica del perfetto cittadino. La magnificenza a Firenze tra Cosimo de' Medici, Timoteo Maffei e Marsilio Ficino*, in *Interpres*, 26 (2007). Pp. 195-223.

17 Para el estudio del hospital de Cremona, Ricci A., *L'ospedale di Santa Maria della Pietà a Cremona: le origini e la fondazione nel quadro degli equilibri territoriali*, in *Bollettino Storico Cremonese*, VII, 2000, Pp. 63-169.

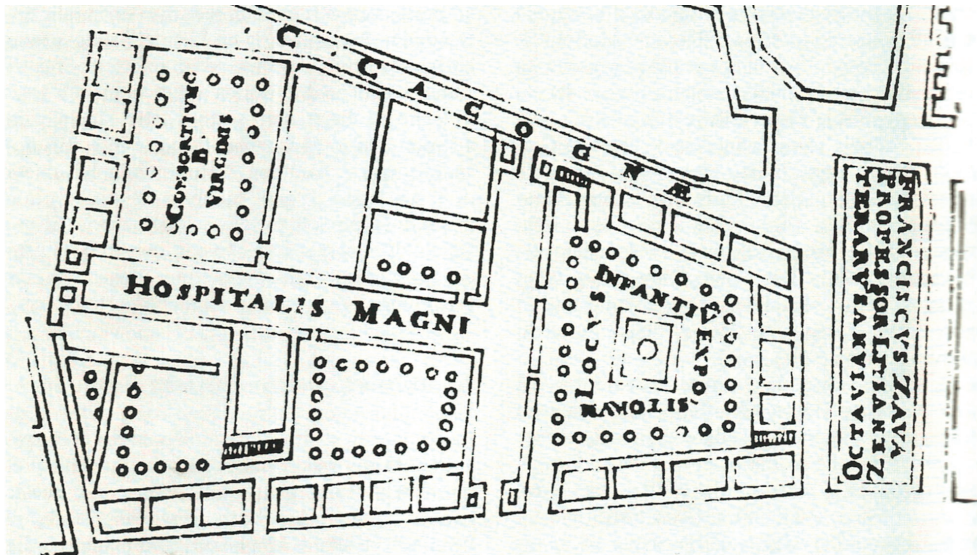
18 Nos referimos, por ejemplo, a la ya mencionada experiencia de estudio del hospital de Santa María della Scala en ocasión de la reciente rehabilitación para destinar los espacios a la función museística. Véase *Ospedale di Santa Maria della Scala: ricerche storiche, archeologiche e storico-artistiche*, Siena 2005 y *Archeologia urbana a Siena. L'area dell'Ospedale di Santa Maria della Scala prima dell'Ospedale. Altomedioevo*, Firenze 2004.

de investigación resulta aún poco intervenido y absolutamente abierto a futuras aportaciones.

Así pues, también para el Hospital de Cremona, dedicado a Santa María de la Piedad, las circunstancias nos obligan a tratar de reconstruir la imagen del proyecto originario a través de las fuentes icnográficas disponibles: en una planta de 1583, el Hospitalis Magnis aparece compuesto por tres amplias crujías en forma de T; la disposición de los patios tiende a ocupar los espacios de una manzana de forma irregular. Nótese cómo los brazos de las enfermerías se prolongan hasta el perímetro del solar y como contribuyen con la simetría de su diseño a ordenar el entorno, marcando las polaridades de acceso y los recorridos interiores.

La información contenida en los documentos oficiales, en las crónicas históricas, en la correspondencia informal relativa al tema de las nuevas estructuras sanitarias, conduce a una única referencia modélica: el mayor hospital de Florencia. Hoy en día, la mayor discusión sobre los acontecimientos arquitectónicos en el campo hospitalario a partir de la mitad del siglo XV sigue siendo: ¿se puede asumir el dibujo del antiguo hospital florentino como génesis tipológico general? Y además: si verdaderamente las plantas y las volumetrías de Santa María Nova constituyen un paso obligado

fig. 4.32
Planta del Hospital
de Santa Maria della
Pietà de Cremona.
A. Campi, 1583.



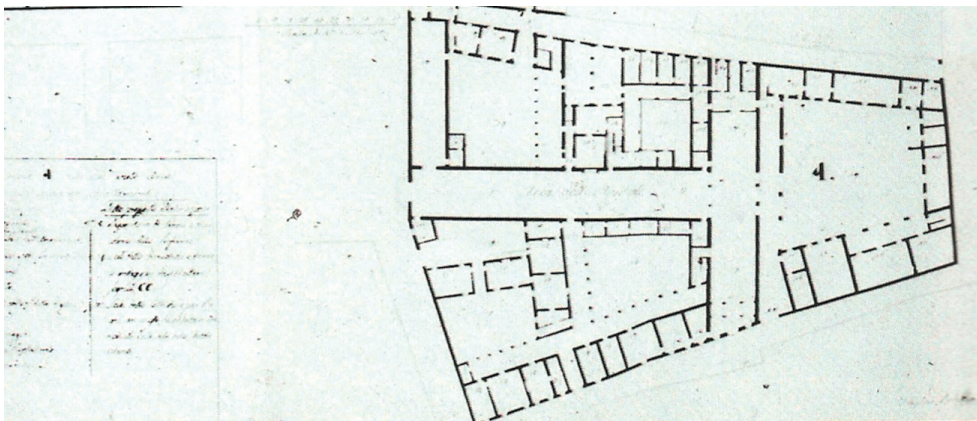


fig.4.33
 Planta del Hospital
 de Santa maria della
 Pietà de Cremona.
 Proyecto de 1786.
 Franchini, 1995.

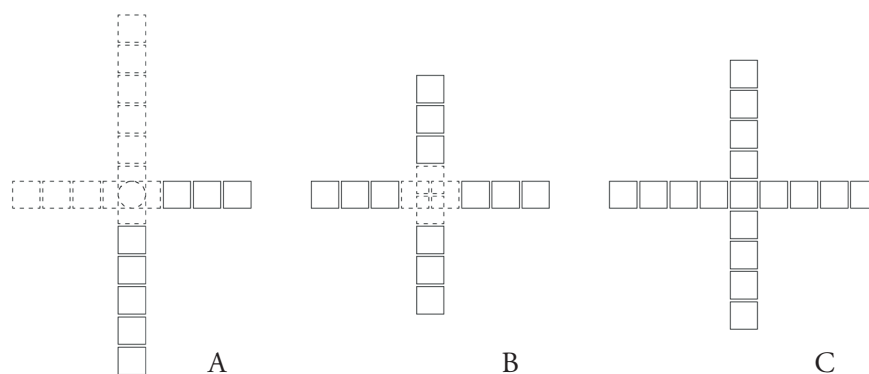
para la perfecta cruz inscrita de Milán, ¿qué elementos espaciales, estructurales y eventualmente ornamentales se buscaban con tanta tenacidad en las fuentes tipológicas toscanas?

Proporcionar una respuesta unívoca a este crucial interrogante sería todavía utópico; sin embargo, es posible facilitar algunas aclaraciones útiles, para lo cual es imprescindible volver la mirada a la situación de Milán.

La expansión de la familia Visconti había transformado la ciudad en la capital de un territorio muy extenso desde el cual llegaban géneros comerciales, familias en busca de mejores condiciones ofrecidas por la vida urbana, al igual que por todo tipo de estímulos culturales y patrones de conducta social. Los gobernantes lombardos se habían mostrado particularmente sensibles y receptivos con ellos, y dispuestos a aplicar los modelos que se habían revelado provechosos en otros lugares. Por lo tanto, no resulta extraño que las primeras tentativas de reforma asistencial de Gian Galeazzo Visconti tomaran inspiración del ejemplo de Siena, conquistada en 1399, estado donde la conducción de la problemática asistencial respondía a un modelo de gestión centralizado. En esta ocasión, el mismo duque había avanzado el deseo de construir un hospital similar al del ayuntamiento toscano¹⁹.

Pese a que, con el fallecimiento del duque, el proyecto sufriera un alto, sus intenciones siguieron animando el debate local hasta

19 Leverotti F., *Sulle origini dell'ospedale maggiore di Milano*, en *Archivio Storico Lombardo*, 1981, Págs. 77-113.



la intervención resolutoria de Francisco Sforza²⁰. Siendo recibido pacíficamente por la ciudad en 1450, el duque vislumbró la posibilidad de reforzar su poder e imagen a través de un comportamiento sabio y paternal hacia sus súbditos²¹. En cambio, las dinámicas de las contrataciones con la autoridad episcopal sobre el tema de la nueva fundación hospitalaria fueron penosas para el Duque, obligándolo a buscar el apoyo necesario en la mediación de la curia romana²² y de sus aliados en Florencia. El cuadro político en el que se instala el poder de la dinastía Sforza, para el cual dirigimos a estudios específicos²³, resulta fundamental para la comprensión de las dinámicas que llevaron a la construcción del Hospital Mayor y permite además abrir una perspectiva interesante hacia las relaciones entre la autoridad civil, encarnada en la figura del Duque, y el arquitecto encargado de las obras, el archiconocido Antonio

fig.5.34
Comparación entre
diferentes crujeas
cruziformes.

A. Hospital de Santa
Maria Nuova.
B. Hospital de San
Matteo de Pavia.
C. Hospital Mayor de
Milán.

20 Para el proceso de reforma asistencial en la ciudad de Milán véase el capítulo 3, apartado V.

21 Según la opinión de Pecchiai, luego retomada por Leverotti, la actitud benévola de Francisco Sforza encubre una moralidad ambivalente. La obra del Hospital Mayor tenía que desviar la atención de la imponente obra de la residencia ducal, en la cual participó el mismo Filarete. Pecchiai, P., *L'ospedale Maggiore di Milano nella storia e nell'arte*, Milano: Pizzi e Pizio, 1937. Leverotti Op. cit.

22 En 1455 el duque de Milán solicita al obispo de Novara, Visconti, que interceda ante el Papa para obtener su consentimiento para la unificación de los entes asistenciales urbanos.

23 AA. VV., *Gli sforza a milano e in lombardia e i loro rapporti con gli stati italiani ed europei, 1450-1535*: Convegno internazionale, Milano 18-21 maggio 1981. *Splendori di corte: Gli Sforza, il rinascimento, la città*. Catálogo de la exposición, 2009. Chittolini G., *Gli sforza, la chiesa lombarda, la corte di Roma: Strutture e pratiche beneficiarie nel ducato di Milano (1450-1535)*. Milano: Liguori, 1989.

Averlino²⁴.

Nos parece que un invisible hilo rojo une al duque, su oportunismo político, su hábil estrategia, su sensibilidad artística, a las singulares calidades del arquitecto florentino, circunstancia que alimentó hasta 1465²⁵ el extraordinario sincretismo de intenciones que caracterizó el mecenazgo iluminado del Señor de Milán en la segunda mitad del siglo XV.

Muchos historiadores han visto en Filarete una personalidad extremadamente compleja y contradictoria, en ocasiones denigrando rotundamente su obra: un profesional *ecléctico y voluble*, incapaz de comprender en pleno el sentimiento moderno que animaba la labor de los artistas toscanos; hombre del poder y de compromiso, se jacta de sus orígenes y su alma florentina, pero su obra sigue manteniendo reminiscencias góticas²⁶.

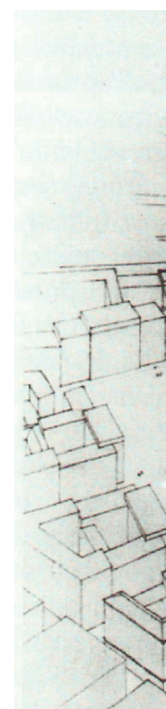
Sin embargo, el favor del que gozaba en la corte fue pleno e indiscutido durante muchos años. Con todo, la simpatía del duque no evitó a Antonio Averlino una relación desgraciada con las maestranzas locales.

Aunque sea un deber en toda lógica reconocer en Filarete una personalidad ambigua cuya obra parece responder poco a su preparación teórico-intelectual mucho más desarrollada, consideramos que no es este el lugar adecuado para proporcionar un juicio de carácter estético o sobre la presunta incoherencia artística o intelectual de este personaje.

24 Para las noticias biográficas sobre Antonio Averlino, véanse Salmi, M., *Antonio Averlino detto il Filarete e l'Architettura Lombarda del primo Rinascimento*, en Atti del Congresso nazionale di storia dell'architettura, 29-31 ottobre 1936. Florencia 1938. Pp. 185-196. Saalman, H., *Early Renaissance Architectural Theory and Practice in Antonio Filarete's Trattato Di Architettura*, en The Art Bulletin Vol. 41, No. 1 (Marzo, 1959). Pp. 89-107. Spencer J R., *Filarete Treatise on Architecture*, New Heaven, 1985. Filarete, *Trattato di Architettura*, a cargo de Grassi, L. Milano: Polifilo, 1972.

25 En esta fecha Filarete abandona las obras del hospital, que fue su mayor esfuerzo, y la corte ducal, regresando a Florencia. Las motivaciones de tan repentina fuga son todavía objeto de debate entre los especialistas.

26 Así define su personalidad el historiador Mario Salmi en su publicación *Firenze, Milano e il primo Rinascimento*, Milano, 1941.



Al contrario, nos parece extremadamente interesante reflexionar sobre esta falta de “organicidad” en su temperamento artístico, que contiene múltiples facetas por las cuales es difícil avanzar una definición unívoca.

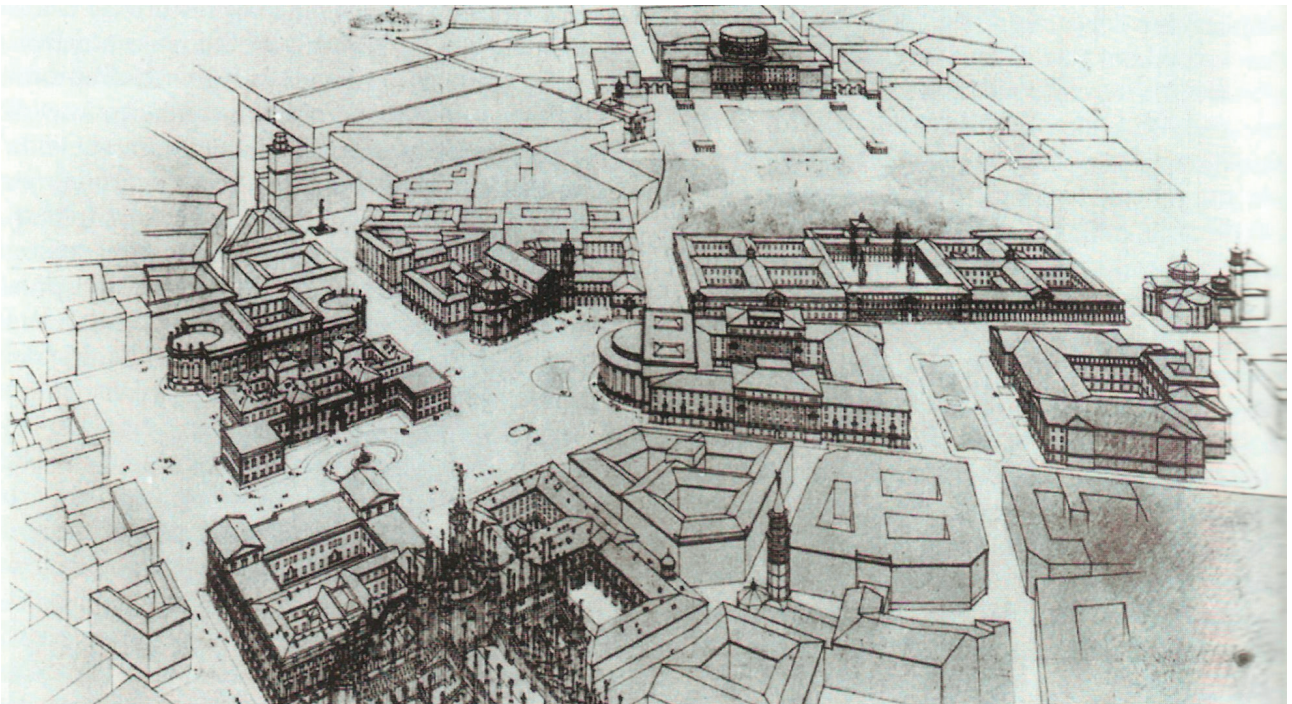
Hay pues dos factores fundamentales que concurren para describir la producción arquitectónica y la aproximación artística de este arquitecto al mundo de la construcción monumental civil:

1- La capacidad de adecuar una teoría completamente moderna a un contexto real que queda arraigado en creencias artísticas de matriz medieval.

Que esta actitud sea fruto de una elección intelectual consciente o que simplemente sea el producto forzoso de ingerencias políticas, históricas y sociales tiene poca importancia en la perspectiva de nuestro trabajo y quizás podría ser el motivo de una línea de investigación aparte.

Es más, el hecho de que Antonio Averlino haya alcanzado unos resultados de indudable valor arquitectónico y de gran importancia como testimonio de una época cediendo al compromiso político y, en algunos casos, artístico-intelectual, no constituye por sí mismo un motivo de menosprecio. Considerar su actitud conciliadora como una voluntad explícita de traicionar la ética profesional, o peor aún, como

fig. 4.35
Vista del complejo hospitalario del Ospedale Maggiore de Milán. Portaluppi, 1926.



una especie de debilidad intelectual, significa asumir unos parámetros pertenecientes a ciertas posiciones críticas muy partidarias y reductivas, faltando a la justa contextualización histórica sin la cual es imposible llegar a una comprensión, ni siquiera parcial, de los mecanismos de construcción de la arquitectura y, al fin, de la ciudad.

El mecenazgo de Francisco Sforza y su sensibilidad hacia el universo de la artes figurativas y arquitectónicas, permitieron que las ideas del movimiento renacentista florentino, caracterizado por un alto nivel en los presupuestos teóricos y por una extrema elegancia y coherencia en la actividad práctica, penetraran de manera gradual, pero fuerte, en la sociedad lombarda, cuyo rápido desarrollo económico anunciaba la importancia y el prestigio que alcanzará durante los primeros decenios del siglo XVI. No cabe duda de que, en este contexto, fue el mismo Filarete quien preparó el campo para los sublimes ejercicios milaneses de Bramante.

Particularmente interesante resulta la correspondencia entre Francisco Sforza y los exponentes de la familia Medici a mitad del siglo XV: el Señor de Milán pide que se facilite el trabajo de dos profesionales²⁷ enviados desde la capital lombarda para que produzcan un levantamiento preciso de las estructuras de Santa María Nova. Un dato interesante está en la referencia a los intereses artísticos del destinatario, que confirma el papel decisivo de los temas arquitectónicos y formales junto con las preocupaciones políticas e institucionales.

Spencer da cuenta de un documento significativo en el que

27 No es se dio el caso de que el equipo enviado a Florencia en junio 1456 fuera coordinado por un arquitecto, Filarete, y por un jefe de obra, Giovanni da Santambrogio. En febrero del mismo año, el iluminado duque de Milán había impuesto al consejo del nuevo Ospedale Maggiore su propio arquitecto de corte, un personaje culto y sensiblemente ligado al clima de renacimiento artístico y cultural de origen florentino. Hay que especificar que el camino de renovación artística e institucional nunca ha sido lineal y fácil, sino más bien arduo, lleno de contradicciones y oposición por parte de los exponentes más conservadores del poder ciudadano. La presencia de Giovanni da Santambrogio se justifica en el intento de nivelar el precario equilibrio político de la sociedad milanesa, donde todavía quedaban personajes muy influyentes y ligados a una cierta tradición tardo gótica de carácter municipal.

Cosimo de Medici se queja al duque de Milán de que Antonio dalla Porta, enviado a Florencia para visitar sus hospitales más prestigiosos, dejara la ciudad sin haber terminado su cometido²⁸. Por eso, Cosimo se ofrecía para enviar a Milán “disegnij et diversi modellj” de “Valentissimi maestri”²⁹. Spencer ha relacionado a Antonio dalla Porta con el Antonio Averlino³⁰, arquitecto ducal, y destacado cómo, a pesar de la opinión de Cosimo, el arquitecto no considerara necesario visitar el famoso Hospital de los Inocentes; una vez inspeccionado el Santa Maria Nuova, da por concluida su misión: “for Filarete his work was done”³¹.

De ahí Filarete consigue sacar un prototipo espacial de éxito seguro, limpiando el modelo de referencia a través de un nuevo concepto de unidad y de funcionalidad y embelleciéndolo con motivos cultos de la cultura humanista.

2- La visión completamente racional del proyecto de arquitectura y del proceso compositivo, guiado por las reglas universales de la geometría y de la proporción hasta la planificación de la ciudad.

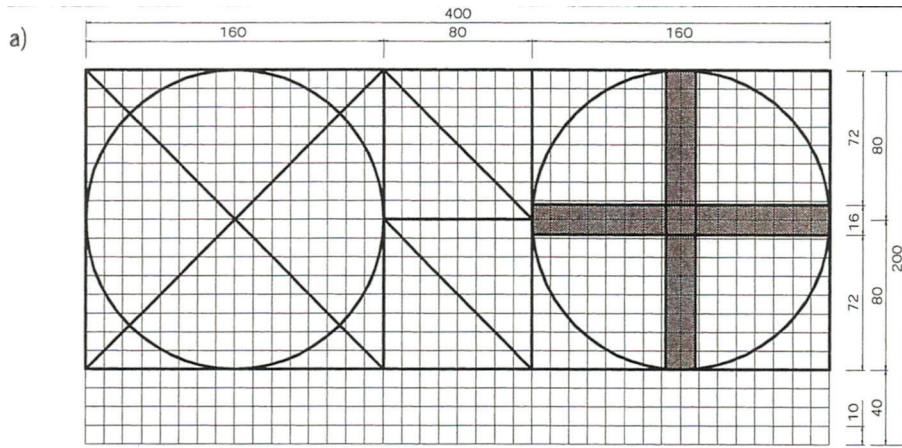
El proyecto de Filarete se basa en el cuadrado. Además, da prioridad en su obra a los edificios de planta central, considerados de altísimo valor simbólico. Testimonio de su absoluta predilección por estos es el sorprendente repertorio de formas que introduce en el famoso tratado de arquitectura, escrito muy probablemente

28 Spencer, 1971, Op. cit. Archivo de Estado de Milán, Archivio Sforzesco, Potenze Estere 265.

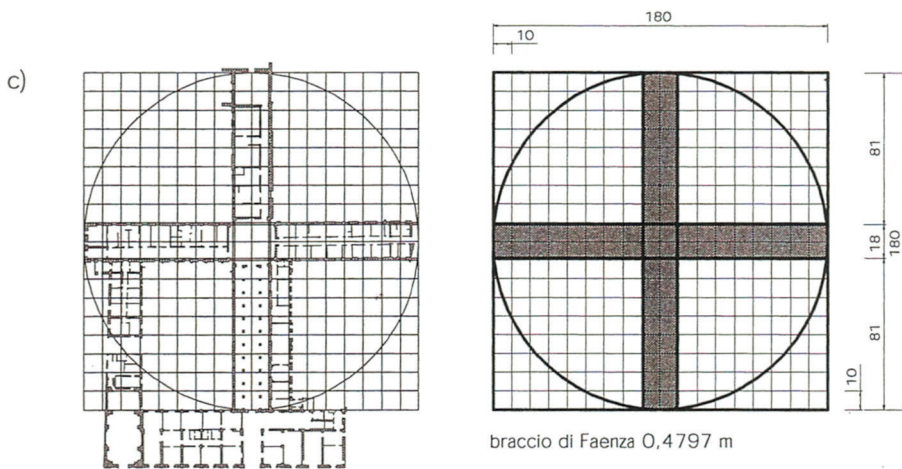
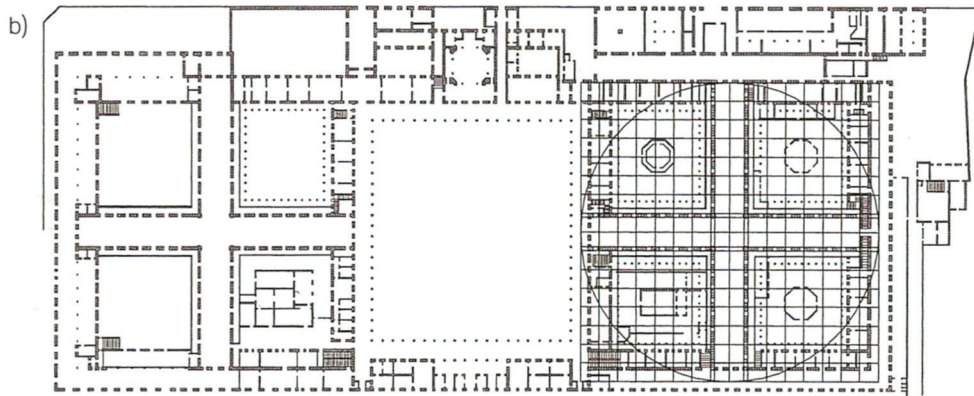
29 Probablemente según Spencer y Prosperi fueron consultados Michelozzo, Antonio Manetti, Bernardo Rossellino y quizás Alberti. Spencer, 1971. Op. cit. Prosperi, A., *Comment en Florence and Milan: comparisons and relations. (Acts of two conferences at Villa I Tatti in 1982-1984)*, 1989. Pág. 85.

30 “Unless there is an Antonio Dalla Porta who has esse notice up to now, Filarete’s pride in his bronze doors for St. Peter’s in Rome was shared by his contemporaries. His frequent reference to those doors in hie treatise and on such works as Bassano cross and the Dresden Marcus Aurelius has often been put down as the pathetic attempt of a minor artist to build up his reputation. It is fitting, however, that his native city should choose to call him Antonio dalla Porta a sit called Castagno, Andreino degli Impiccati”. Spencer 1971. Pág. 115.

31 *Ibidem*. Pág. 115.



braccio di Milano 0,5865 m



braccio di Faenza 0,4797 m

durante su estancia en Milán entre el 1461 y el 1465 y dedicado al duque Francisco Sforza, Señor de la ciudad.

En los diez libros, donde la invención literaria se cruza magistralmente con proyectos reales o realizables, la tipología de planta central se reserva para los edificios de más alto valor institucional. El hecho de que entre ellos aparezca la *'Ca Granda*, el Hospital Mayor, se justifica evocando la importancia capital que las instituciones asistenciales y, en general, de pública utilidad tuvieron en la política de Francisco Sforza. Incluso parece que, cuando en el V libro el autor presenta una serie de iglesias menores con una tradicional planta longitudinal en cruz latina, quisiera coger aire “antes de retomar el empuje ideal necesario para el proyecto de su *Hospital de los pobres*”³².

Algunos historiadores han avanzado la hipótesis de que la metodología de Filarete, tan cuidadosa en la definición de formas perfectas como el cuadrado o el círculo, pueda derivar de una práctica tradicional muy frecuente en las obras góticas lombardas que se conoce con el nombre de diseño *ad quadratum*³³. Según nuestro parecer, esta afirmación niega la absoluta modernidad del método del arquitecto Florentino, caracterizado por unas intuiciones teóricas que superan incluso los asuntos igualmente novedosos del modelo de Alberti.

Como ya ha señalado Liliana Grassi, existe una diferencia fundamental entre la práctica tradicional del arte gótico del norte de Italia y las nuevas tesis avanzadas por Antonio Averlino y sistemáticamente ejecutadas en sus obras. El cantero medieval aplica el módulo siguiendo un proyecto “abierto” donde cada pieza sigue un desarrollo propio hasta configurar el conjunto de manera espontánea. En el proyecto renacentista, el recinto cuadrado ordena a priori la arquitectura, que se desarrolla desde fuera hacia dentro subdividiéndose en cuadrados menores perfectamente incorporados a la matriz del diseño general: cada elemento del edificio es definido

32 Beltramini, M., *Le illustrazioni del Trattato d'architettura di Filarete*, en *Annali di Architettura* n. 13, Vicenza: Centro internazionale di Studi di Architettura Andrea Palladio, 2001.

33 Dell'Acqua, G. A., *Filarete e la realtà Lombarda*, en *Florence and Milan: comparisons and relations. (Acts of two conferences at Villa I Tatti in 1982-1984)*, 1989. Pág. 229.

fig. 4.36
Estudios de
las relaciones
proporcionales del
*Ospedale Maggiore de
Milán*.
Biagini, 2007.

en planta con una meticulosidad geométrica y numérica desconocida a la práctica medieval, que usaba la ciencia estereotómica sólo en el corte de las piedras singulares, faltando, de hecho, de una visión general del proyecto unitaria y orgánica³⁴.

El uso de las ciencias exactas permite controlar con una precisión notable cada elemento de la arquitectura, desde los elementos estructurales hasta los motivos decorativos, en los cuales Filarete siempre se ha abandonado a sugerencias fantásticas, alejándose, hay que admitirlo, de la pureza diáfana de las creaciones de Brunelleschi.

Sin embargo, su método, poco riguroso en lo que concierne al acabado formal, resulta muy convincente en su desarrollo, por así decir, tridimensional: las mismas medidas de la planta se reflejan en el volumen del edificio que aparece, de esta manera, geoméricamente proporcionado en cada una de sus partes.

El *Ospedale Maggiore* de Milán se desarrolla a partir de una cuadrícula de diez módulos por diez, repetida simétricamente dos veces: los dos cuadrados, que tenían que alojar separadamente las salas de hospitalización de las mujeres y de los hombres, están separados por un espacio central donde el arquitecto había previsto una iglesia de planta central con las cuatro esquinas remachadas por cuatro torreones-campanarios.

El elemento más llamativo tenía que ser la cruz inscrita en un cuadrado perfecto, con un núcleo central marcado por el cimborrio. Hasta aquí parece que el Filarete se mueve dentro de la más libre experimentación formal típica de la cultura humanista sin considerar cierta incerteza en lo que concierne el acabado decorativo que, de hecho, escapó completamente al control y a la voluntad del arquitecto. Incluso se podría pensar que la planta, completamente centralizada, cerrada dentro de una forma perfecta, rica en significados simbólicos de matriz neoplatónica, sea una invención de su agudo intelecto y de su ferviente imaginación.

La métrica que Filarete elige, empleándola sistemáticamente para disponer cada elemento de la planta, equivale a 16 codos milaneses; la misma medida la encontramos en el hospital de Pavía. El ilustre antecedente resulta ser nuevamente el ilustre hospital

³⁴ Grassi, L., "Gli Sforza e l'architettura del Ducato", en *Gli Sforza a Milano*. Milano: Cassa di Risparmio della Province Lombrade, 1978. Pp. 183-262.

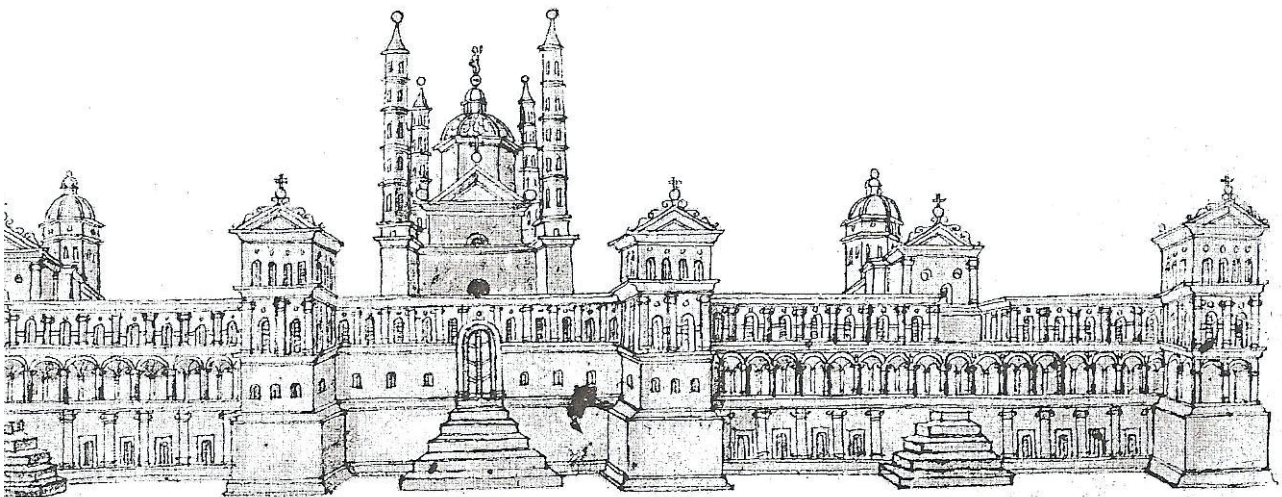


de Florencia, donde el ancho de la sala mide 16 codos florentino. El resultado espacial general resulta sensiblemente diferente en los tres edificios debido a las variaciones de la unidad de medida local (codo florentino=0,582 m; codo milanés=0,594 m; codo de Pavía=0,629 m), pero resulta obvio que la repetición proporcional tiene una motivación de carácter estructural y funcional: la medida y la repetición constante de la geometría regula la disposición de las ventanas y de todas las instalaciones higiénico-sanitarias, el sistema de distribución del agua y la organización de la red del alcantarillado. Todos estos elementos adquieren una importancia sin precedentes en el proyecto de Filarete, que demuestra de esta manera una capacidad dinámica para resolver magistralmente no sólo las problemáticas formales, sino también las complicaciones técnicas de una tipología ya fuertemente especializada³⁵.

Filarete ajusta el diseño de Florencia y embellece también las proporciones del hospital de Pavía, que ya presentaba un recinto más o menos cuadrado. De los tres módulos y medio pasa al número entero de 4 módulos, ejercicio perfectamente coherente con la teoría renacentista que exalta la unida completa y sus sucesivas

fig. 4.37
 Fachada del Hospital
 de Milán.
 Tratado de
 Arquitectura.
 Antonio Averlino
 Filarete.

35 A esta conclusión llega Alessandro Peroni en su fundamental ensayo, *Il modello dell'ospedale cruciforme: il problema del rapporto tra l'Ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze e gli ospedali lombardi*, en *Florence and Milan: comparisons and relations. (Acts of two conferences at Villa I Tatti in 1982-1984)*, 1989. Pp. 53-70.



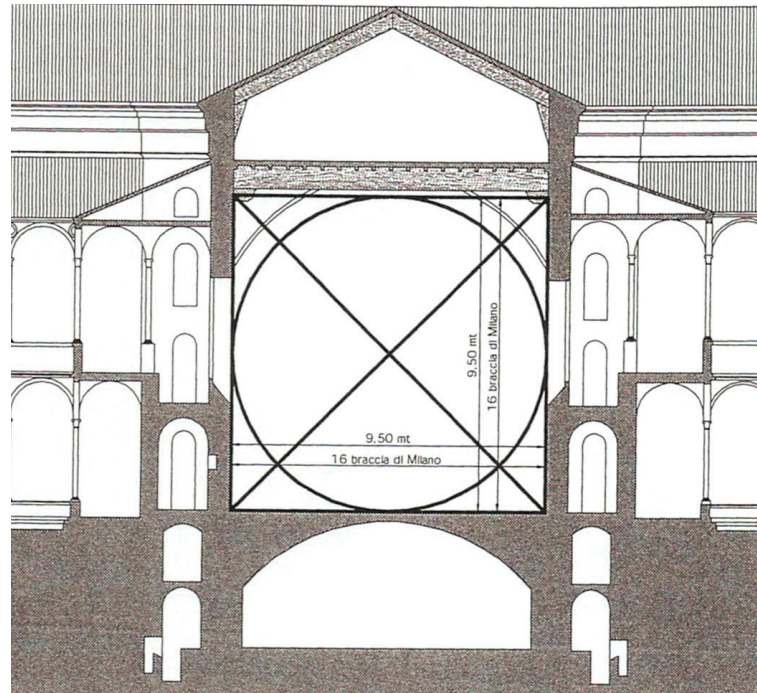


fig. 4.37
Crujía del Ospedale
Maggiore de Milán.
Sección.
Biagini, 2007.

integraciones.

Las indicaciones del proyecto que Filarete pone en práctica en “la Ca’ Grande” de Milán están fielmente descritas en los veinticinco libros de su “Tratado de Arquitectura”. Caracterizado en ciertos puntos por una tensión dialéctica, a menudo inconsciente, entre voluntad de fundar una nueva práctica urbanística y la de celebrar el poder del duque, entre una adhesión plena a la nueva estética derivada del descubrimiento de Vitruvio y la práctica desarrollada en un ambiente aún profundamente ligado a los cánones medievales, el tratado expone bien el programa arquitectónico y funcional adoptado en el hospital de Milán.

La ceremonia de la colocación de la primera piedra ocurrió en 1460; la elección del lugar, de acuerdo con las teorías de Alberti, nos lleva a una zona periférica del núcleo ciudadano, cerca del conjunto de canales navegables construido por Leonardo da Vinci, por el cual llegaban los materiales de construcción.

El ala “sforzesca”, a la derecha del conjunto, es la única construida bajo la dirección de Filarete, la única verdaderamente fiel a sus estudios teóricos sobre las proporciones ideales, ya que el arquitecto tuvo que abandonar la obra entorno a 1465.

El edificio surge sobre un zócalo de cerca de dos metros y una planta baja que tenía que acoger los talleres con almacenes subterráneos. Como nos comenta en su tratado, Filarete se había preocupado de dotar a la estructura de algunas comodidades entre las que se encuentran las muelas para la producción de trigo. Muy famosas son las tretas funcionales: canales de terracota con relativos muros de contención rodeaban los muros de cimentación, e igualmente era muy cuidado el escurrimiento vertical del agua pluvial, con tubos de barro situados dentro de los contrafuertes de la crujía central que se utilizaban también para la ventilación de los aseos, ubicados paralelamente al muro de la misma crujía.

En general, podríamos concluir que el uso persistente de la geometría cuadrada era testimonio de la búsqueda de una regla correcta y racional que conformase enteramente el proyecto. En esta elección se detectan las ideas neo-platónicas típicas del humanismo italiano, surgidas de la interpretación del tratado de Vitruvio, por las cuales las figuras con un único centro describían un cierto sentimiento metafísico de acercamiento a Dios. La práctica de descomponer los espacios, típica del renacimiento italiano, es localizable en la disposición de los patios y en la articulación de los brazos del crucero, independientes entre ellos y vueltos hacia el eje de la composición, el altar central, cumbre simbólica del plan distributivo.

Destaca un profundo valor simbólico, que los historiadores han querido eliminar y que es parte de la actitud del nuevo arquitecto, el mismo que, como en el caso de Filarete, rechaza el diálogo con lo canteros, ya que carecen de cualquier estímulo intelectual. La construcción de un complejo aparato simbólico es un valor religioso, pero leído según las sugerencias de la filosofía, de la matemática, de la música; tanto que casi pierde su sabor místico y se hace dionisiaco.

Permanecen, sin embargo, elementos de claro gusto medieval que traicionan las contradicciones del pensamiento de Filarete y

las dificultades a menudo encontradas en el diálogo con la fuerte maestría local. Baste señalar el tratamiento formal de los patios de carácter monástico, el uso del cimborrio octagonal, la elección de materiales poco clásicos y, finalmente, la estructura decorativa típicamente lombarda.

Se lee la continuidad con un pasado ilustre, apreciado mas allá de todos prejuicios, que contribuye, dentro de las revoluciones estilísticas, a que permanezca la buena tradición de construir según las reglas del arte.

Todos estos argumentos dictaron un éxito de la tipología sin precedentes en el campo de la arquitectura asistencial: con la experiencia del Hospital Mayor de Milán, la planta en cruz se impone como modelo predilecto para la tipología hospitalaria, permitiendo al pensamiento de Filarete circular con gran fortuna por las cortes de toda Europa.

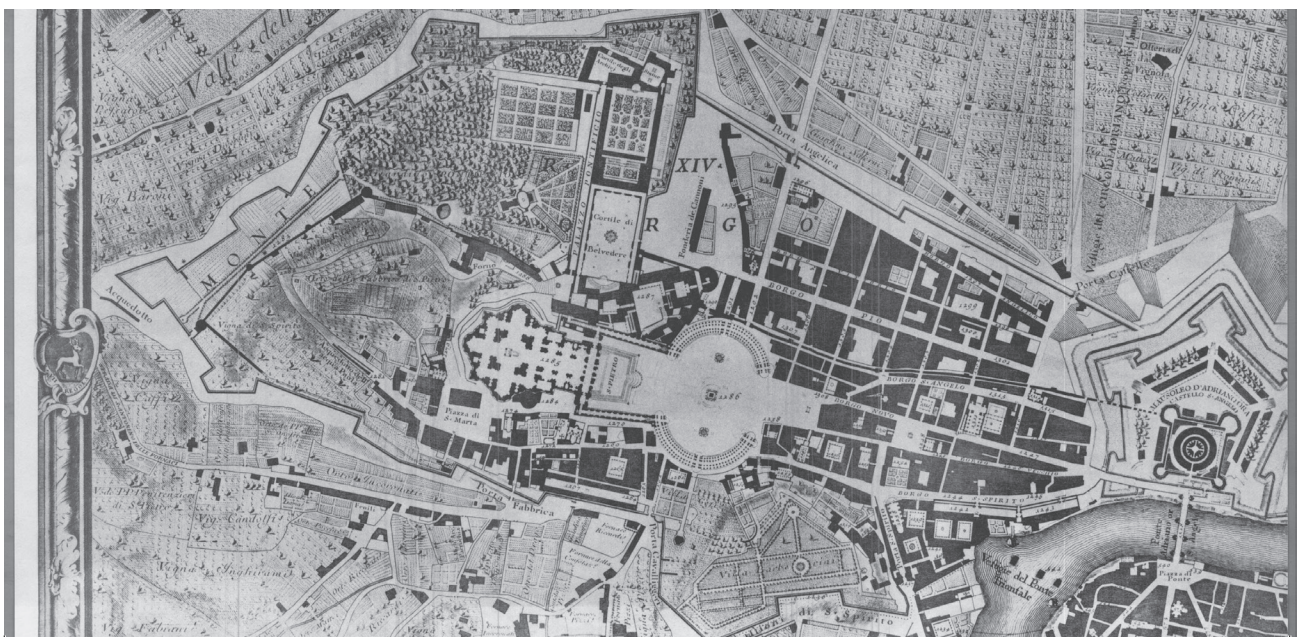


4.4 Roma y el poder papal

Si bien los acontecimientos que a partir del siglo XIV condicionan la renovación de la sociedad romana, así como las estrategias gubernamentales que la presiden constituyen, por muchos aspectos, el reflejo de una tendencia que iba generalizándose en todo el territorio de la península, no podemos prescindir del hecho de que Roma fue, ante todo, el centro administrativo de un poder espiritual a la vez que secular radicado en las regiones más remotas del territorio europeo, por encima de cualquier especie de demarcación político geográfica local y transitoria. La presencia de la cátedra de San Pedro confiere al ambiente capitolino caracteres de autodeterminación poco corrientes que justifican, también bajo el punto de vista asistencial, un análisis específico.

Esto no significa de ninguna manera que en las políticas sociales desplegadas por la Curia papal no incidieran las más modernas experiencias desarrolladas en las regiones favorecidas por un complejo de condiciones intrínsecas que habían impulsado una aceleración en el crecimiento económico; al contrario, Roma fue

fig.4.38
Plano de la ciudad
de Roma. Nolli,
1748.



encrucijada de naciones y culturas que dejaron una huella indeleble en su imagen urbana, en su arquitectura, en su temperamento social.

La libertad y el señorío del que gozó el estado pontificio marcó los destinos de la ciudad, expresándose bien en un provincialismo de carácter conservador, bien en un destacado experimentalismo. En todo caso, nunca faltó en Roma el papel de guía espiritual para una humanidad diversa y voluble, circunstancia que le permitió, acorde con el esmero y genio de la población local, resurgir de las coyunturas más desfavorables, modelando un entorno político, humano y artístico polifacético de lo más fascinante para la historiografía contemporánea.

Desde el punto de vista de la historia asistencial, tenemos que recordar que la consolidación del cristianismo fue motivo de una revolución del concepto de caridad desconocido a las civilizaciones clásicas: la doctrina católica confirió al enfermo, al pobre, al afligido, al desamparado una condición ontológica privilegiada y transformó la práctica benéfica en un instrumento de control de la conducta humana cargándola de significaciones escatológicas. Por ello, la filosofía cristiana se preocupó de incluir en sus asuntos teóricos muchos términos de la cultura médico-científica pagana, latinizando los aportes greco-árabes y haciéndose con el derecho de dirigir la investigación y controlar en cada momento sus implicaciones éticas.

fig. 4.39
Grabado del
puente Sant'Angelo.
Piranesi.





En Roma de manera más significativa que en otras partes, la *caritas* cristiana se convierte en motor de la obra asistencial y se une a la persona del Papa, que interviene directamente en la organización de las estructuras hospitalarias. A este propósito conviene volver la mirada a la obra de Inocencio III y a su iniciativa benéfica, ya que constituye, como concuerdan todos los especialistas, el antecedente de las futuras políticas sociales emprendidas en el estado pontificio.

Este Papa, hombre de estado hábil y despierto, firmemente decidido a reordenar las fronteras del reino afectado por una aguda crisis política, pronto percibió la importancia del control sobre la clase más humilde y la exigencia de minimizar el descontento popular, como armas para el consenso político, armas de las que se sirvió constantemente en su diseño administrativo¹. Además de legalizar por primera vez las órdenes mendicantes, medida extremadamente popular, hizo que las obras de misericordia se consideraran un aspecto fundamental, dogmático de la *caritas* cristiana.

Fue él, según indica la tradición historiográfica, el fundador del mayor hospital de la ciudad, el Santo Spirito in Sassia, alrededor de 1198². Cabe destacar dos elementos que tuvieron particular relieve en la fundación del hospital romano y que lo relacionan directamente con la historia hospitalaria europea, marcando además la fama internacional de la casa romana. El primero atañe al interés mostrado por Inocencio III hacia la congregación de Guido de Montpellier que, alrededor de 1180, establecía en su ciudad natal una institución para asistir a pobres y enfermos. Como señala Howe las motivaciones que empujaron al Papa a oficializar la labor del francés³, con privilegios e incluso donaciones pertenecientes al

1 Su *De Miseria humanae conditionis*, que inspiró generaciones de predicadores y moralistas, hallaba en la humildad y en el servicio el medio para erradicar la soberbia, considerada el mayor pecado. Sobre la personalidad de Inocencio III, Sayers J., *Innocenzo III: 1198-1216*, Roma 1997.

2 Para que el lector profundice en las problemáticas ligadas a las fases más arcaicas del hospital romano remitimos a los excelentes estudios de De Angelis y al exhaustivo compendio de Howe. Pietro De Angelis, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Roma: Biblioteca della Lancisiana, 1960. De Angelis, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia e le sue filiali nel mondo. L'assistenza medica e sociale dal sec. XII al sec. XIX in Europa, Asia, Africa e America*, Roma: Biblioteca della Lancisiana, 1958. Howe, 1991.

3 Con bula de 22 de abril de 1198, Brune P. *Histoire de l'Ordre Hospitalier du*

patrimonio inmobiliario de la capital⁴, son poco claras.

Sin embargo, el afán del pontífice hacia la compañía transalpina revela un cercano conocimiento de la organización asistencial francesa, que durante la época medieval emerge como modelo de eficiencia en los servicios prestados a la comunidad. Esta misma eficiencia podemos pensar que marcará la fortuna de la escuela de medicina de Montpellier, famosa en todo el viejo mundo. Inocencio III, con mucha razón, consideró provechoso inspirarse en el sistema más avanzado para sus propios fines y aprovechó con astucia su autoridad para llamar a Roma el mismo Guido de Montpelier para confiarle la dirección administrativa del primer hospital romano. Podemos imaginar cómo un rechazo ni siquiera fuera contemplado en el programa del sucesor de Pedro. En la elección de Guido se advierte una preocupación “moderna” hacia la gestión de los asuntos sociales: el mecenazgo pontificio no se dirige sólo a la promoción de la actividad asistencial, sino a garantizar el éxito de tal operación y su duración en el tiempo. Por ello dotó al hospital de Santo Spirito y a su iglesia, dedicada a la virgen, de sólida rentas, con fincas urbanas y suburbanas y animó a los más pudientes para que hicieran legados a favor del ente. La institución de la primera orden hospitalaria no militar reiteraba el carácter profundamente institucional de la nueva fundación vinculada a la responsabilidad directa de la autoridad pontificia.

El segundo elemento que quisiéramos señalar concierne al carácter cosmopolita del hospital romano: el Santo Espíritu surge en los terrenos de la antigua *schola saxonum*. Con este término nos referimos, contrariamente a lo relatado en la tradición historiográfica, que se tropezó con una patente confusión semántica, a una vasta área del Borgo vaticano donde desde antaño residieron los peregrinos británicos de estancia en Roma o, mejor dicho, a la misma comunidad de forasteros. Estudios recientes han demostrado la complejidad de estas comunidades, siendo erróneo enfocar el término sólo al carácter de refugio para los viajeros que igualmente

Saint-Esprit, Lons le Saunier: C. Martin, 1892.

⁴ Howe, 1991, Pág. 7-8. En la bula de 23 de abril de 1198 se lee: “*Et domum quam habetis in urbe Roma juxta S. Mariam transtiberim, cum Domo quae est in loco, qui dicitur S. Agata in Introitu urbis Romae, cum omnibus pertinentiis suis*”.

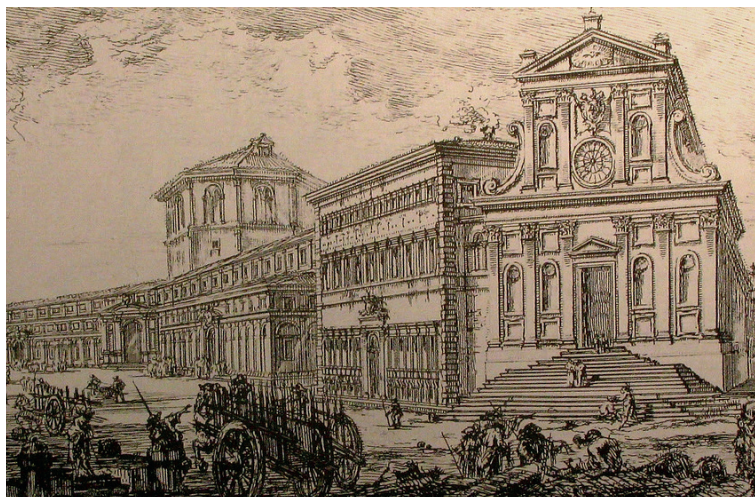
⁵ Drossbach G. Atti del Convegno internazionale di studi sull'antico Ospedale di Santo Spirito, Roma:15-17 mayo 2001.

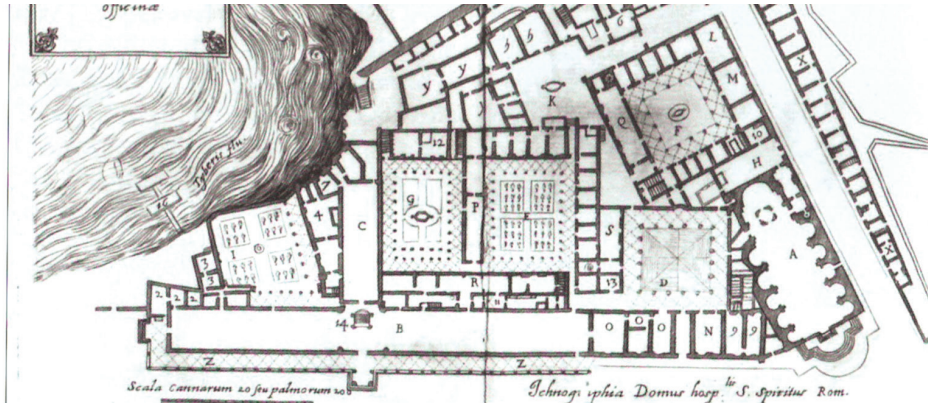
la *schola* tuvo que desempeñar entre sus tareas. Estas consideraciones aclaran dos puntos:

- no es posible relacionar la expresión lingüística con unos espacios específicos para acoger a los peregrinos extranjeros.
- antes de la intervención de Inocencio III existían lugares de acogida de los que desconocemos la ubicación y conformación exactas, y que se configuran como componentes de un complejo sistema comunitario, por lo que se puede asumir la obra del Papa como verdadera génesis de una institución que desempeñará sus tareas sociales hasta el siglo XIX bajo el control directo de la curia.

Pero volvamos a nuestro asunto: a pesar del declive de la *schola saxonum* alrededor del siglo XI debido al abandono de la capital por parte de los británicos, el lugar seguía manteniendo una arraigada tradición al servicio de los peregrinos extranjeros que llegaban a Roma para ver las reliquias más importantes de la cristiandad. En virtud del sentimiento ecuménico que regía la Iglesia Universal de Cristo, las relaciones de la institución refundada por Inocencio III con otras diseminadas en todo el territorio europeo fueron estrechas: el hospital de Roma constituye la cabeza de una verdadera red transnacional cooperativa que Inocencio III se preocupó de organizar según precisas jerarquías, confirmando la primacía, incluso financiera, de la sede romana sobre sus afiliados.

fig. 4.40
Grabado histórico del
complejo de Santo
Spirito in Sassia.
Pianesi. Bibliothèque
National de France.





El planeamiento jurídico definido por Inocencio III se mantuvo durante los siglos sucesivos y los papas mostraron una especial afición al ente y a la familia hospitalaria.

fig. 4.41
Planta del Ospedale
di Santo Spirito.
Saulnier, 1649.

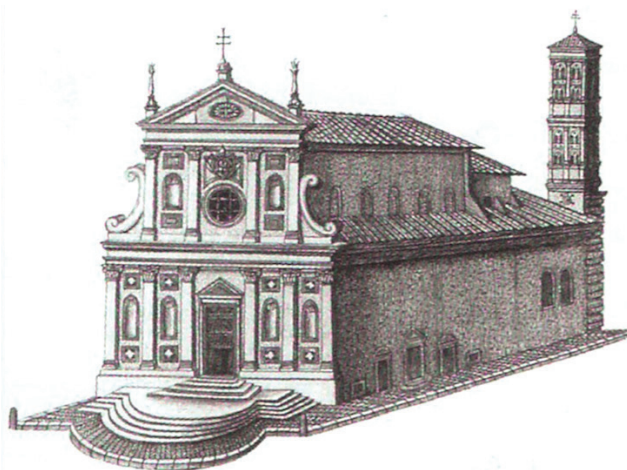
Por ello, como ha señalado De Angelis y han confirmado otros historiadores, el exilio avinonés de la corte papal fue causa de degradación para el hospital romano; a mediados del siglo XIV se encontraba en condiciones alarmantes, como queda de manifiesto en el testimonio de Giovanni Cavallini: “*eclesiam hospitalis Sancti Spiritus in Saxia, est nimium sordidat y lutosat*”⁶.

Para reconstruir la imagen del hospital en la vigilia de la reestructuración renacentista disponemos de pocos documentos escritos, publicados en el reciente trabajo de Flavia Colonna⁷, y de algunas reproducciones cartográficas elaboradas durante la primera mitad del siglo XV. En todas ellas aparece el núcleo principal del complejo hospitalario como una sencilla sala longitudinal cubierta por un tejado a dos aguas, sobreelevada respecto a la cota del solar. Una serie de edificios de servicio orientados hacia el mausoleo de Adriano flanquean el borde fluvial, dibujando una cortina compacta de dependencias, las cuales puede sospecharse que estuvieran conectadas a través de uno o más claustros. Este tipo de configuración responde a la práctica medieval de una asistencia

6 Giovanni Cavallini, citado en Howe 1991. Fuente directa, Ioannes Caballinus, *Polistoria de virtutibus et dotibus romanorum*, Edición alemana de B.G. Teubner Stuttgart und Leipzig, Munich, 1995. Pág. 186.

7 Colonna F. 2009.

fig. 4.42
Iglesia de Santo
Spirito in Sassia.
Saulnier, 1649.



indiferenciada por la que en un único espacio basilical se amparaban enfermos sin clasificación nosológica alguna, así como pobres y transeúntes.

La iglesia y la torre se disponen en perpendicular respecto a la dirección de la sala hospitalaria, aspecto que indica un asincronismo en la formación del entramado urbano.

Vasari, en su obra *Las vidas de los más excelentes pintores escultores y arquitectos* redactada en 1568, nos informa que el hospital y la iglesia fueron levantados a la vez. Así relata:

*“Dicesi che Marchionne fece in Roma peri l medesimo papa Innocenzo III in Borgo Vecchio, l edificio antico dello spedale di Santo Spirito in Sassia, dove si vede ancora qualcosa del Vecchio; ed a nostri giorni era ancora in piedi la chiesa antica, quando fu rifatta alla moderna, con maggior ornamento ed disegno da papa Paolo III di casa Farnese”*⁸.

Que la información facilitada en la crónica de Vasari se sirve en ocasiones de chismes algo fabulosos es un hecho conocido. Respecto al hospital de Santo Espíritu, las investigaciones han podido comprobar las evidentes equivocaciones de Vasari, bien por la indicación del arquitecto, un tal Marchionne Aretino, bien por la simultaneidad de iglesia y hospital. Para la primera afirmación, que se ha asumido como cierta durante siglos por aparecer en la

8 Vasari G. *Le vite dei piú eccellenti pittori, scultori e architetti*, Roma: Newton Compton Editori, 1997. Pág. 58.



relación que el arquitecto Azzurri publica en ocasión de la campaña de restauración de 1868, existen evidencias estilísticas que minan la atribución de Vasari a un artista contemporáneo a Inocencio III. El mismo Azzurri hace referencia a unas ventanas góticas que embellecen todavía el muro del palacio del rector:

“Difatti sulla sponda destra del Tevere, e sugli avanzi della scuola Sassone sotto la direzione di Marchionne architetto e scultore di Arezzo surse il nuovo ospizio, condotto forse con arte di capricciosa varietà, come ci fa supporre il Vasari dando un saggio dello stile di questo Architetto «vago delle più strane e stravaganti invenzioni che si possono imaginare, e non pur fuori del buon ordine antico ma quasi fuor di ogni giusta e ragionevole proporzione» Gli unici avanzi dell’Architettura di Marchionne sono le finestre ogivali marmoree della cupola ottagonona ivi collocate da Baccio, e una parte dell’antico prospetto Occidentale racchiuso nel muro che costituisce un lato del Palazzo del Commendatore”.

Howe ha desmontado tal conjetura resaltando el carácter claramente “trecentesco” de estos elementos que lo sitúan temporalmente fuera de la actividad del Papa Inocencio III.

En cuanto al problema de la sincronía entre iglesia y hospital, tenemos la certeza de dos documentos publicados por Howe en los que se habla claramente de la preexistencia en el momento de la fundación de 1198 de una iglesia dedicada a Maria in Sassia⁹.

Respecto a las consideraciones del historiador americano, Flavia

⁹ Azzurri, F. *I nuovi restauri nell’archiospedale di S. Spirito in Saxia*, Roma: Osservatore Romano, 1868.

¹⁰ Howe, 1991. Pág. 16.

fig. 4.43

A: Porta Santo Spirito. Vasi, siglo XIX.

B: Porta Santo Spirito. Foto histórica.



A



A

Colonna avanza la hipótesis de que las estructuras que aparecen en las láminas del siglo XV describen la sala antigua, la iglesia, las dependencias, como un complejo compacto pero extenso sobre el cual se impone la reestructuración renacentista¹¹.

Llegados a este punto hemos de aclarar que toda la información anterior, aunque quizás pueda parecer repetitiva e irrelevante, es fundamental para comprender la transformación que la tipología hospitalaria sufrió a partir de la época moderna.

Y con estas teorías de Howe y Colonna nos situamos finalmente en el intervalo cronológico que captura principalmente nuestro interés.

Durante el siglo XV se abre una brecha en el sólido binomio que abogaba por la cura del alma como premisa imprescindible para la cura del cuerpo. La peste ya había hecho temblar desde los cimientos la estructura doctrinal de las sociedades europeas, abriendo el abismo de la incertidumbre, de la ineptitud de los recursos desplegados por las autoridades públicas como auxilio para los ejércitos de indigentes que abandonaban los campos estériles, azotados por las cargas de los impuestos, por la subida exorbitantes de los alquileres y de los precios de los bienes alimenticios. Los antiguos sermones con los que se adoctrinaban sin esfuerzo las conciencias no valían ya para acallar la inquietud general que animaba a las masas.

Las respuestas autoritarias tenían que ser llamativas, sugestionar al pueblo, despertar asombro e infundir aquel temor y respeto hacia el poder que las crisis periódicas, la inedia, la muerte habían transformado en un servilismo tan detestable como desarmable.

Roma no constituye una excepción sino todo lo contrario; ciudad de burócratas, políticastros y embusteros, no tenía una producción manufacturera ni brillaba por la vivacidad de los comercios. Las antiguas calzadas, orgullo del imperio, reflejaban descuido y abandono. La ciudadela vaticana quedaba como un burgo despoblado tras el triste paréntesis aviñonés, asolada por continuas incursiones y saqueos, modesta tanto en su imagen como en su gente.

El rescate político, social y cultural de la capital del cristianismo

11 Colonna, 2009.

vino durante las primeras décadas del siglo XV gracias a la iniciativa del Papa Martín V, entrado en Roma el 28 de septiembre de 1420 como triunfador después de un siglo de ausencia de la sede apostólica, marcado por la ignominia de conflictos intestinos y de escándalos¹².

El relato de Platina describe la ciudad en un estado enormemente desolador:

“[Martín V] Él encontró la ciudad de Roma tan devastada y despoblada que parecía haber perdido todo aspecto civil. Los palacios parecían al borde del colapso, los edificios sagrados en ruinas, las carreteras desiertas, la ciudad cenagosa y abandonada, plagada por la pobreza y el hambre. ¿Qué más puedo decir? No se veía ni rastro de la civilización urbana. Se podría pensar que todos ciudadanos fueran simples inquilinos”¹³

Con Martín V comienza la restructuración urbana de la ciudad: el Papa, de carácter moderado y modales austeros, se preocupó por encima de todo de que Roma volviera a ser meta de peregrinaje y centro simbólico de la comunidad cristiana; por ello ordenó una masiva campaña de obras públicas, adoquinó caminos y calles y embelleció iglesias y santuarios. Si bien Martín V mostraba una marcada sensibilidad hacia la problemática de la higiene pública, y a pesar del hecho de que promoviera el jubileo de 1423, no tenemos ninguna mención de un interés directo por restablecer las condiciones para el disfrute del gran hospital de Santo Spirito.

Las décadas sucesivas tampoco fueron significativas para el hospital de Santo Spirito: tenemos esporádicas noticias de pequeña obras de mantenimiento de las que no se definen ni localización ni entidad.

Cabe señalar que, entre 1432 y 1437, Eugenio IV confía la dirección administrativa del hospital a su nieto Pietro Barbo, el cual será elegido Papa con el nombre de Pablo II en 1464. El estudio de las obras acometidas por Barbo ha permitido relacionar su obra con el proyecto general del hospital renacentista.

12 Sobre el scisma y el concilio de Constanza 1414-1417, Martina, G. *La chiesa nell'età della Riforma*. Brescia: Morcelliana, 1988. Hollande Smith, J. *The great scisme: 1378*. New York: Weybright & Talley, 1970.

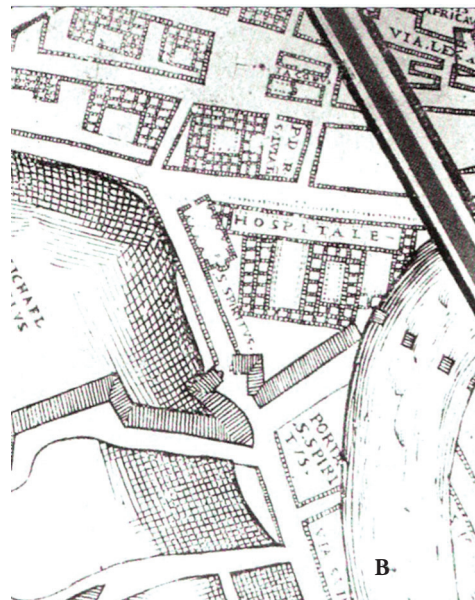
13 Azzurri, Op. Cit. Pág. 4.

Investigaciones recientes han vislumbrado la posibilidad de corregir la tradición cronológica acerca de la gran campaña de ampliación del hospital de Santo Spirito de la segunda mitad del siglo. Esta tradición reconocía a Sixto IV el patronazgo exclusivo de la nueva fábrica. Aparte de la consuetudina contribución de Vasari, los elementos que durante muchos siglos habían confirmado sin ninguna duda la paternidad del Papa della Rovere están diseminados por todas partes en el edificio. Las repetidas inscripciones, además de la espectacular serie de frescos de la crujía principal que describen la vida de Sixto IV, bastaban como prueba incontrovertible de la responsabilidad única del pontífice en la fisionomía del moderno hospital. Y, efectivamente, no cabe ninguna duda de que durante su pontificado el Papa se dedicó con esmero a las obras del hospital.

Sin embargo, existen algunas evidencias visibles hoy en día en la fábrica que llevan a considerarla como producto de fases sucesivas y de diferentes promotores.

fig. 4.44
A: *Planta de Roma.*
Pietro Del Massaio,
1469.
B: *Planta de Roma.*
Bufalini, 1551.

Antes de entrar a considerar este complicado asunto, veamos cómo era el aspecto del edificio a finales del siglo XV. En la planta de Alessandro Strozzi de 1474 aparece un único bloque de diferentes alturas en el que podían identificarse los dos bloques elementales del complejo asistencial: la sala hospitalaria y la iglesia



con su campanario. Es muy plausible pensar que este núcleo funcional estuviera completado por una serie de espacios periféricos diversamente conectados. Sin embargo, es interesante señalar cómo estas dependencias desaparecen en la estampa de Strozzi, siendo sustituidos por una estructura compacta y simplificada. Considerando el carácter hermético de la temprana iconografía de esta época, no tiene que extrañar el hecho de que el grabador quisiera llamar la atención sobre pocos pero significativos elementos. Desde esta perspectiva crítica, la información que se puede obtener de la vista mencionada resulta verdaderamente esclarecedora. Tratemos de concentrar nuestra mirada sobre uno de los tres elementos que aparecen: el campanil.

Howe dedica un estudio meticuloso a este objeto arquitectónico. En su ensayo nos informa de que, con toda probabilidad, la torre nunca llegó a formar parte del proyecto de edificación de Sixto IV¹⁴. En realidad no aparece ninguna mención en los abundantes diplomas, actas y documentos que el mismo Sixto IV se preocupa de redactar en ocasión de las obras¹⁵.

Además, una noticia del *Liberum Annalum* afirma que fue el prior del hospital Pier Matteo de Cappuccini, fallecido en 1473, quien reconstruyó la torre. La fecha ante quem está confirmada por una inscripción de 1471, la cual confirma la noticia reportada en el obituario de 1473, añadiendo el “Anno Natalis Christi MCCCCLXXI pontificatus Pauli II pont. Max”: el campanil se levanta bajo el pontificado de Pablo II¹⁶.

La planta de Roma de Bufalini de 1551 y los dibujos de Saulnier de 1649 muestran el complejo hospitalario después de las reformas de Sixto IV: en vez de la antigua aula medieval se aprecian tres crujías alargadas cómodas, articuladas en forma de T, paralelas al Borgo Santo Spirito. Tras ellas se dispone el convento masculino, un amplio recinto partido en dos patios rectangulares que varían algo en sus dimensiones y proporciones. Estas plantas incluyen la iglesia

14 Howe, Op. Cit.

15 Müntz en su “Les arts a la cour des papes pendant le XV et le XVI siècle”, escrito en Paris en 1882, declara: “Personne ne savait comme Sixte assurer l’exécution de ses ordres; il prévoit tout; règle tout (ses bulles sont des chefs-d’œuvre de précision); se rend compte de tout par lui même”.

16 Colonna, Op. Cit. Pág. 25.

levantada del siglo XVI ya alineada al sistema viario dispuesto por Julio II. El mismo funda la nueva iglesia en 1509, empezándose la fábrica algunos años más tarde, en 1515; las obras se incrementan bajo el mandado de Pablo III que completa la iglesia según el dibujo de Antonio de Sangallo el Joven.

La construcción de la iglesia tuvo que ser consecuencia directa de la imponente campaña emprendida por voluntad de Sixto IV para renovar los espacios hospitalarios. En la sucesión de etapas constructivas es posible destacar la modernidad de la actitud de los promotores: los pontífices dedican el mayor esfuerzo y los más consistentes recursos a la definición de unos espacios terapéuticos que siguen los modelos más avanzados de la época. La iglesia, que sigue manteniendo su importancia en la estructura compositiva general del recinto, se dirige a una fase de finalización, dilatándose sus tiempos de construcción hasta bien entrado el siglo XVI. La prioridad absoluta se reserva a los ambientes de acogida. En esta decisión tuvo que influir, seguramente, la exigencia impuesta por la celebración del año jubilar de 1475, para el cual se esperaba un incremento importante del número de viajeros y peregrinos.

Las preocupaciones por el inminente evento se plasman en otra obra llevada a cabo durante el pontificado de Francisco Della Rovere: el Puente Sixto. El hecho de que los dos programas papales se desarrollaran a la vez y con similares prácticas institucionales y simbólicas no es una mera coincidencia, sino indicio de una política lúcidamente concebida y pragmáticamente realizada. El binomio puente-hospital nos suena tan familiar como sugerente y, sin embargo, el quehacer del pontífice Sixto se cubre de un significado inédito como expresión de una voluntad de renovación y rescate.

El programa del Papa como metáfora de su benevolencia hacia la ciudad y la comunidad cristiana universal emerge con una obstinación al límite del fanatismo: placas de fundación, inscripciones, escudos heráldicos aparecen en todas partes en el hospital y con obstinada insistencia en el puente y en las demás obras por él comisionadas; a ellas más que a las doctrinas vacuas, encomienda su personal celebración y aplauso.

Por este motivo no parece nada sorprendente que el papa Sixto trate con tan tenaz empeño de que el Hospital ofrezca a sus visitantes

una faz suntuosa y uniforme en cuya integridad y monumentalidad reconocer la autoridad pontificia y su personal estatura.

Como hemos señalado anteriormente, es legítimo creer que las directrices generales del proyecto del nuevo complejo hospitalario se decidieran durante el papado de Pablo II; cabe pensar que bajo el mismo empezara la construcción de la fábrica. Los gastos de esta iniciativa hubieran sido fácilmente justificables. Las condiciones del venerando hospital de Inocencio III eran verdaderamente lamentables, en tanto que la demanda de asistencia por parte de la población aumentaba exponencialmente. El mismo Pietro Balbo había podido palpar la estrechez y la insuficiencia de los servicios prestados en el hospital romano durante su priorato. Fuera de las contingencias locales, la envergadura de las prácticas asistenciales como arma de control sobre las masas cada vez más conscientes y belicosas era un asunto grandemente conocido. El Papa Niccolo V, a pesar de demostrar cierto desinterés hacia el caso romano, adoptó una postura muy conciliadora hacia las experiencias de unificación hospitalaria lombardas, concediendo su autorización

fig. 4.45
Puente Sixto, Roma.



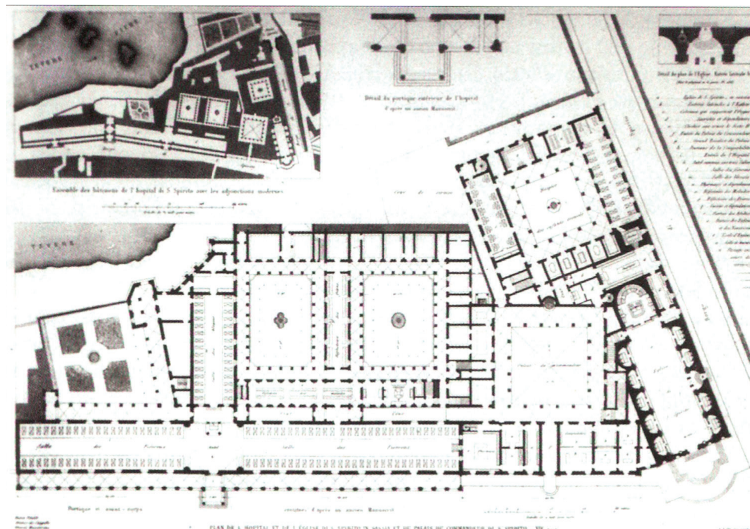


fig. 4.46
Planta del Hospital
de Santo Spirito in
Sassia.
Letarouilly, 1856.

para que se edificaran muchos hospitales. Además, la conveniencia económica de tales empresas había sido ampliamente argumentada y las prerrogativas técnicas tenían que resultar algo familiar en el ambiente romano, en el que no era difícil encontrar maestros provenientes del norte Italia. En definitiva, es más que plausible pensar que los tiempos fuesen ya maduros para que Pablo II emprendiera la reconstrucción del mayor y más antiguo hospital urbano, y razones para hacerlo no le faltaban.

Empero amén de los aspectos históricos, sociales y políticos sobre los cuales, por falta de documentación, podemos proporcionar sólo conjeturas algo abstractas, los recientes estudios manifiestan motivaciones científicas que merece la pena tomar con la justa consideración.

Mientras que la historiadora americana Howe se detiene ante las escasas evidencias documentales, Flavia Colonna avanza, aunque con prudencia, una nueva hipótesis cronológica. Sus argumentos se basan en la observación de patentes discontinuidades en la estructura de la cruzía dedicada a Sixto IV, como la presencia en la planta semisótano de lunetas ciegas que no corresponden al ritmo de las ventanas en los alzados. Algunas discrepancias pueden encontrarse también entre las bíforas del campanario y las del cimborrio: “las ventanas bíforas y tríforas del cimborrio octagonal parecen recordar, en su forma, una especie de carácter gótico simplificado. El mismo



tipo de ventana, aunque no ciertamente su peculiar solución, se encuentra en Roma, justo en la torre de San Marco construido por Pablo II en su palacio cardenalicio y en la misma iglesia de San Marco¹⁷.

Además, si consideráramos como cierta la fecha de comienzo de la fábrica en 1474¹⁸ y que estaba muy avanzada en 1475 en ocasión del jubileo¹⁹, resulta difícil que pudiera haberse levantado el edificio desde sus cimientos hasta la decoración de los ambientes internos en un intervalo temporal tan breve.

Es muy probable que las obras de Sixto IV se limitaran al cumplimiento de un proyecto anterior disponiendo varias modificaciones: se añade el pórtico que rodea el edificio en dos lados, cuyo carácter sigue recordando el patio del Palacete Venecia del Cardenal Pietro Barbo; se completa el convento trasero y varios

17 Colonna, Op. Cit. Pág. 26.

18 Filippo de Lignamine dice sólo que el papa Sixto IV “manibus impusuit” sobre el hospital entre 1473 y 1474. Primera noticia coincide con la primera piedra en 29 de abril de 1473 de puente Sixto. Howe, Op. Cit. Pág. 36.

19 El jubileo de 1475 fue instituido por Pablo II en 1470, un año antes de su muerte. El puente Sixto se empieza el 29 de abril de 1473 y tenía que estar terminado para el año jubilar, al igual que el hospital, aunque no completamente.

fig. 4.47
Trifora del cimborrio.
Hospital de Santo
Spirito in Sassia.



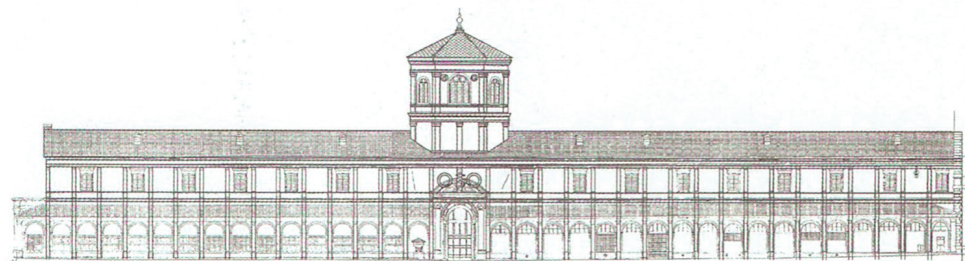


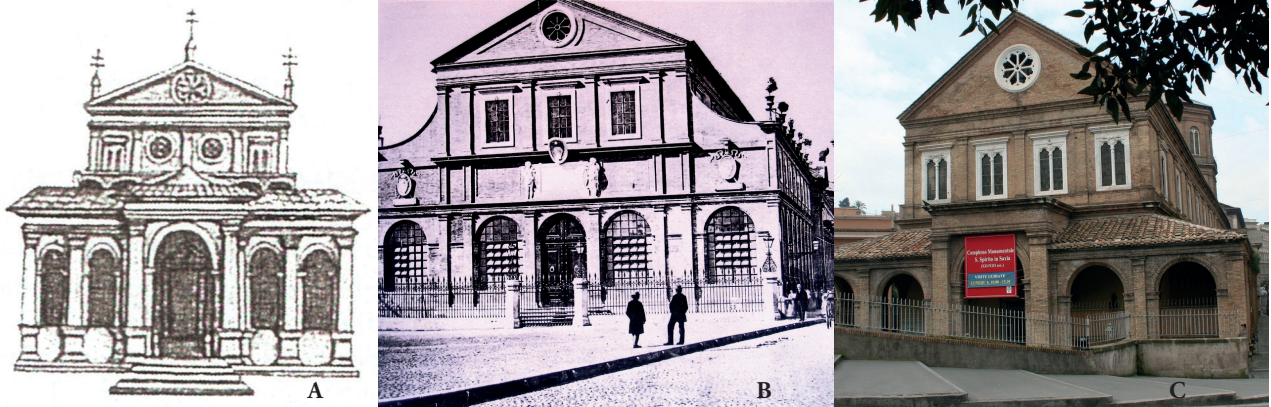
fig.4.48
Reconstrucción
hipotética del alzado
longitudinal de Santo
Spirito in Sassia.
Colonna, 2009.

ambientes de servicio utilizando, como era costumbre según la tradición romana elementos de expolio de época imperial. Por el contrario muy poco romano es el empleo del ladrillo (esta técnica innovadora tendrá mucha fortuna en el siglo XVI, como testimonio de los palacios más renombrados de Roma, el palacio Farnese), que denotan un gusto lombardo; desde nuestro punto de vista, es posible que la elección sea fruto de un agudo compromiso, ya que el ladrillo supone un menor gasto económico y una más rápida puesta en obra, problema pujante del hospital en la vigilia de 1475. En esta época se había completado buena parte del complejo, que ofrecía una imagen monumental, austera y a la vez elegante como es posible apreciar en los grabados de finales del siglo XV y XVI. Su mole sobresalía en el angosto laberinto del Borgo vaticano, imponiéndose como eje visual y funcional para su oficio. Poco importa al final que Sixto IV no fuera el promotor de un programa original; hasta se le puede perdonar aquel vistoso exclusivismo con el que encubrió los anteriores estratos, ansioso por borrar las huellas de su predecesor.

Un último tema merece nuestra atención: el desvío de la planta de las enfermerías romanas del planeamiento cruciforme empleado en muchas fábricas hospitalarias del norte de Italia. No tenemos razones para descartar la tesis según la cual las salas de Santo Spirito toman como modelos los ejemplos más o menos coevos, modelos como el del hospital de Filarete.

Sin embargo, consideramos que tal asunción deba que ser ajustada al dominio de una interpretación libre e ingeniosa. La presencia documentada en la obra del Hospital de Santo Spirito de personalidades artísticas de gran relieve y de variada proveniencia²⁰,

20 Colonna. Op. Cit. Pág. 40. “ (...) del análisis de la documentación de archivo



si bien por una parte hacen difícil atribuir de manera unívoca a uno o más arquitectos la autoría de los trazados generales del complejo hospitalario o, mejor dicho, de su reestructuración renacentista, por otra parte confirma la extraordinaria categoría de cada aportación singular. Los historiadores han propuesto varios nombres que, en su momento, pudieron aportar una preciosa contribución a la obra, entre ellos Baccio Pontelli²¹ que aparece en la crónica de Vasari, Andrea Bregno²², Meo del Caprina²³, Giovannino de' Dolci²⁴. Todos estos arquitectos están bien informados sobre las más innovadoras teorías arquitectónicas cuyas indicaciones prácticas iban difundándose rápidamente a lo largo del territorio italiano, con éxitos locales muy peculiares: la asimilación del método de la composición modular de Filarete permitió gestionar con más racionalidad el proceso compositivo y, a pesar de la cristalización de la tipología, proporcionó nuevos instrumentos de actuación y nuevos recursos tecnológicos para la arquitectura hospitalaria.

emergen algunos nombres que, por lo general, para el Cuattrocento, evidencian una presencia de maestrías provenientes de los territorios centro-septentrionales de la península y muy a menudo de los estados pontificios (Ancona, Bolonia, Todi), de la República de Florencia (Florencia y San Miniato), del ducado de Milán, de la República de Venecia (Bérgamo) del Monferrato y de la República de Génova”.

21 Vasari. Op. Cit.

22 Crescentini, C. “Andrea Bregno fra i “peritissimi architetti” dell’Ospedale di Santo Spirito?” en *L’antico Ospedale di Santo Spirito dall’istituzione papale alla sanità del terzo millennio*, Atti del convegno internazionale di studi sull’antico Ospedale di Santo Spirito, Roma, 15-17 mayo 2001, Vol 1. Roma, 2001, pp. 377-392.

23 Frommel C L. *Roma*. En Fiore, F P. (dir) *Storia dell’architettura italiana. Il Quattrocento*. Milano: Electa 1998. Pp. 374-433.

24 Tomei P. *L’architettura a Roma nel Quattrocento*, Roma, 1942.

fig. 4.49

A: Alzado principal del hospital de Santo Spirito in Sassia. P. Saulnier, 1649.

B: alzado principal del hospital de Santo Spirito in Sassia. Principios del siglo XX.

C: Alzado principal del hospital de Santo Spirito in Sassia. Estado Actual.

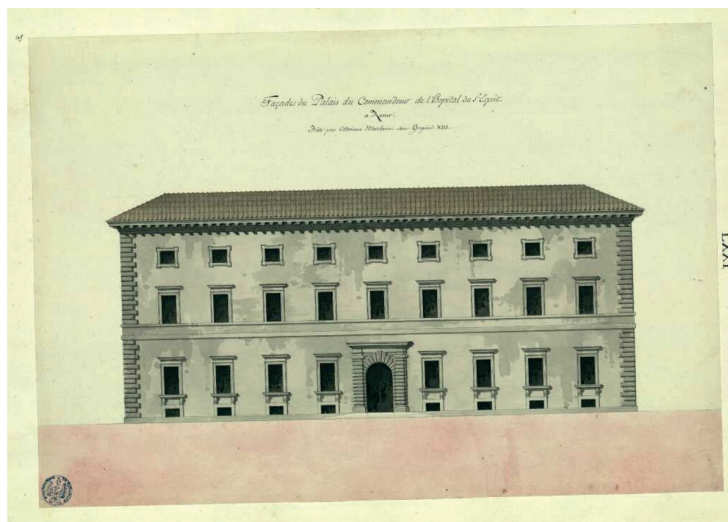


fig. 4.50
 Alzado del Palazzo
 del Commendatore.
 Hospital de Santo
 Spirito. Pierre Adrien,
 siglo XX.
 Bibliothèque
 National de France.

Como sabemos, no todos los recursos empleados por el arquitecto florentino en el Hospital Mayor fueron aprovechados en las experiencias posteriores, aunque es cierto que algunos patrones espaciales referibles al modelo milanés se repitieron conscientemente en las tipologías hospitalarias, en Italia y fuera de ella, hasta el siglo XVIII. Más que nada se repite el sistema de las salas alargadas compuestas según diferentes reglas de agregación dependiendo de la entidad de los requisitos necesarios, de los recursos económicos disponibles, del carácter del sitio y de la personalidades artísticas involucradas en la obra.

En Roma se utiliza un sistema en T, aunque el brazo más corto está visualmente aislado de las dos crujías adyacentes por medio de tabiquería. La solemnidad de la decoración interior y la majestuosidad del cimborrio octagonal que marca el eje compositivo del complejo, la riqueza de los acabados, de los pavimentos y de los portales unido al prestigio de la gestión administrativa hicieron que el modelo romano cristalizara y que a él hicieran referencia otros edificios hospitalarios.

En realidad, muchos caracteres morfológicos del hospital romano se deben a su específico emplazamiento al borde del río Tiber, rodeado al sur por el lienzo de la muralla leonina y al norte por el



fig. 4.51
Vista del pórtico de
entrada del Ospedale
di Santao Spirito,
Roma.

antiguo Borgo S. Spirito que marca la dirección longitudinal de las enfermerías, y al programa constructivo sumamente apresurado.

Con las campañas constructivas del siglo XVI que siguieron aprovechando la maestría de arquitectos como Antonio da Sangallo el Joven y Palladio²⁵, el hospital de Santo Spirito consolida su rol en el ámbito de un nuevo concepto de política asistencial. Símbolo del poder y de la benevolencia de los poderosos, desafiará con valentía los siglos para mantenerse hasta nuestro días como emergencia significante en aquel enigma artístico y humano que es la ciudad eterna.

²⁵ A Palladio se atribuyen dos ciborios, uno en la iglesia y el otro en la crujía sixtina. Colonna, Op. Cit. Pág. 67.





4.5 Los reinos de Castilla y Aragón

La asistencia hospitalaria en España presume de una tradición tan antigua como duradera, hallándose su inicio ya en el siglo VI cuando el Obispo Masona funda en Mérida un xenodoquium¹, dotándolo de rico patrimonio, lechos apropiados y médicos.

La tradición de la asistencia tocaba cumbres admirables en los reinos musulmanes, donde se habían levantado edificios majestuosos para aliviar los sufrimientos de las clases más desfavorecidas de la comunidad, como el Maristán² en Granada.

A partir del siglo XI el descubrimiento en el territorio peninsular,

1 Sobre el Hospital visigodo de Mérida, Curado Fuentes, V., *Estudio de la obra socioeconómica del obispo Masona*. Nueva Etapa, Universidad de El Escorial, 1994. Rodríguez Mateos, M V., *Los antiguos hospitales de Mérida*. Mérida, 1997. Rodríguez Mateos, M V., *Los hospitales de Extremadura, 1492-1700*, Cáceres: Universidad de Extremadura, 2003. Camacho Macías, A., *El libro de las vidas de los santos padres de Mérida*. Mérida, 1988.

2 García Granados, J A., *El maristán de Granada: un hospital islámico*. Granada, 2003.

fig.4.52
Alzado principal
del Hospital Real de
Granada. Perriá,
PFC, 2008.



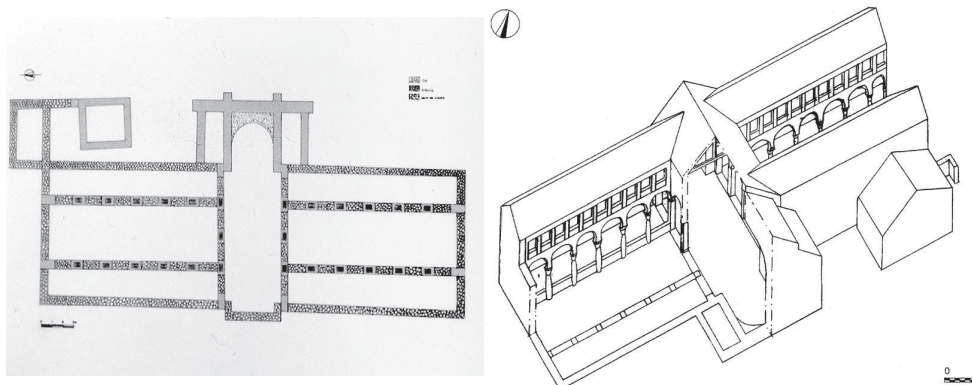
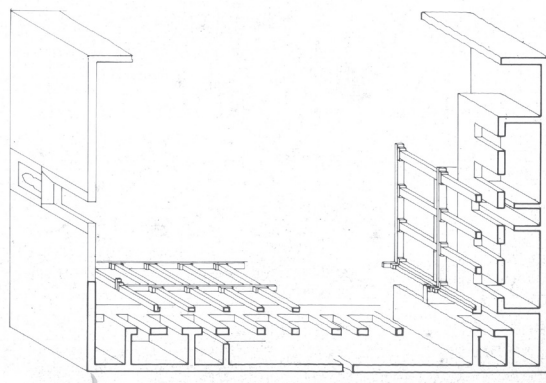


fig. 4.53
Xénodoquio de
Mérida. Planta
y reconstrucción
axonométrica.
Pedro Mateos.

o mejor dicho, la invención de la tumba del apóstol, había impulsado, como hemos relatado en los capítulos anteriores, un sorprendente tráfico de forasteros provenientes de los rincones más alejados del planeta, a cuyo amparo y cuidado habían hecho frente los monasterios que habían surgido en asombroso número a lo largo de las rutas de peregrinación. En ellos las comunidades monacales habían previsto espacios específicamente designados para la acogida de los peregrinos, atendiendo en muchos casos no sólo sus necesidades primarias como cama y alimento, sino dando también una asistencia sanitaria básica, aliviando el cansancio de los largos viajes además de curar las heridas que muchas veces los viajeros padecían debido a la inseguridad de los caminos (como por ejemplo los ataques de alimañas y bandoleros que abundaban en ellos). Estos espacios mantenían las características de lugares sagrados, configurándose como aulas absidadas de nave única, doble o triple según la dimensión y la cantidad de personas alojadas.

Si bien en los recintos monásticos se emprende una distinción funcional para albergar peregrinos sanos y del mismo modo para cuidar a los transeúntes enfermos, no se prevé una caracterización espacial de estos ámbitos, manteniéndose la típica organización de las residencias conventuales en que al aula sagrada se adosa una sala rectangular, muy a menudo en conexión directa con la basílica donde se desarrollan las tareas litúrgicas.

Está primitiva red asistencial que en principio corría a cargo del poder episcopal para luego desarrollarse en todo el territorio bajo



la expansión de abadías y conventos, se hace cada vez más tupida y organizada a medida que avanzan las campañas de reconquista del territorio peninsular por obra de las Coronas de Castilla y Aragón.

fig. 4.54
Reconstrucción
axonométrica del
Maristán de Granada.
Granados, 1989.

Al incrementarse los núcleos habitados bajo el impulso de un masivo fenómeno de reocupación de amplias franjas del territorio junto con el desarrollo de los sistemas de comunicación y transporte, los centros de acogida van ocupando una posición central en los ámbitos urbanos, concentrando las atenciones del clero secular y de las organizaciones de carácter laico como cofradías y confraternidades.

A los edificios asistenciales hay que añadir los leprosarios, cuyo análisis excede los propósitos de este estudio y para los cuales se dirige a una bibliografía específica³.

El espíritu caritativo de los reinos españoles había dibujado una malla asistencial muy bien organizada a lo largo de la Alta Edad Media, aunque los propósitos de estas casas fueran de carácter casi exclusivamente espiritual y dirigidos a la evangelización del vulgo.

Pero ya durante la Baja Edad Media se había implantado sobre este tradicional anhelo religioso un tímido ejercicio estatal que valió a los reyes el mérito de intentar un proceso de secularización de la asistencia que, como veremos, se estancará en los conflictos con la clase de los pudientes prelados locales, después de un vigoroso

³ Sobre los leprosarios: Contreras Dueñas F., Miquel R., *Historia de la lepra en España*. Madrid: 1973. Pp. 139-43. Kurth G., *La lépre en Occident avant les croisades*. Paris: A Picard, 1991.

impulso inicial. Por eso, en la fundación de casas estatales los soberanos tendrán que pedir el apoyo directo de la curia apostólica y aguantar décadas de pleitos y controversias perfectamente documentados en los archivos históricos.

Los principios de la época moderna constituyen una verdadera edad de oro para la fundación de hospitales. Lo que captura nuestra atención es cómo en esta época se asiste a un cambio profundo en la elección de los esquemas tipológicos motivado por una transformación de las referencias culturales y por una mayor conciencia de los cometidos de los centros asistenciales respecto a la comunidad.

Paralelamente a esto hay que mencionar el surgimiento o resurgimiento de los hospitales militares con características propias que los alejan de nuestro objetivo de investigación⁴.

El poder público, en manos de la monarquía castellano-

4 “En la guerra de reconquista del reino de Granada se habla del hospital de la Reina formado por seis grandes tiendas destinadas a la curación de los heridos; esta asistencia hospitalaria provisional se concreta posteriormente en la obra de Daza Chacón, que por encargo de Carlos V, se dedicó a la organización de hospitales militares”. Corona Tejada L., *El Hospital Real de Nuestra Señora de la Misericordia de Loja*, Granada: Universidad de Granada, 1990. Pág. 15.

fig.4.55
Vista exterior del
Hospital de Lerida.



aragonesa, intenta asumir unas funciones sociales y unos servicios públicos que atarearán a los estados modernos, como el control de las instituciones sanitario-asistenciales. Concepción Felez destaca cómo esa voluntad resulta patente en un análisis histórico meticuloso, aunque los logros alcanzados sean de poca envergadura. Es importante, entonces, hacer una distinción entre los intentos claros y los resultados, muchas veces anclados en una mentalidad de tipo antiguo. Sin embargo, la estudiosa afirma que son los Reyes Católicos quienes comienzan el proceso que conducirá al nacimiento de un moderno sistema asistencial: “será un proceso lento pero constante en el que sin desplazar, como es obvio, a las organizaciones privadas de beneficencia, sobre todo a las que estaban en manos de la Iglesia, tal y como había ocurrido en la Edad Media, recabarán su autoridad y patrocinio, en la provisión de cargos en aquellas casas que dependían de la Corona” “Los Reyes Católicos utilizaron una organización sanitaria que ya existía procurando situarla bajo su dependencia lo cual daría lugar a enfrentamientos con la autoridad eclesiástica”. “Esta política sanitaria consiste en la unificación de los hospitales imitando el modelo o la iniciativa aragonesa en este terreno”.

Muchos historiadores han hallado en esto el inicio de una sanidad estatal o pública.

En el siglo XVI, la pobreza y la miseria generalizada, plaga común en todo el ámbito europeo, atenazan de manera particular los territorios de la península ibérica, recrudeciéndose las condiciones de las clases más pobres a lo largo de los siglos XVII y XVIII. Efectivamente, “la economía española del siglo XVI, estimulada por importantes remesas de metales preciosos enviadas desde el nuevo Mundo, produjo prosperidad al comercio y a la industria, pero la expansión del siglo XVI resultó efímera y su derrumbamiento, ya evidente en los últimos años del reinado de Carlos I, dejó a la



fig. 4.56
Hospital de Lérida.
Grabado del siglo
XIX. Bibliothèque
National de France.

manufactura arruinada y a la industria en crisis”⁵.

Numerosos tratadistas se ocuparon del problema de los pobres, impulsando un nuevo afán constructivo, paralelamente al crecimiento de la situación de miseria estructural en la población.

Para seguir el desarrollo de una nueva tipología para las instituciones asistenciales, el territorio español aporta el sugerente ejemplo del fenómeno de reunión de las casas de cura. Este proceso se emprende ya a finales del siglo XIV, sufriendo una infausta deceleración en los siglos siguientes y con una inversión de tendencia respecto a otros ámbitos europeos. Todavía a finales del siglo XVIII se discute en Granada, lugar donde se asentó el majestuoso Hospital Real fundado por los Reyes Católicos, el problema de la cantidad de pequeñas instituciones de beneficencia como un factor negativo para la erogación de servicios modernos y eficientes. Las Cortes de Castilla pedían desde antaño que se fundieran los pequeños hospitales en unos pocos de mayor envergadura para evitar al problema de erosión de las rentas. A esto se enfrenta, como veremos, el problema de la voluntad fundacional de los antiguos hospitales, que constituyen un obstáculo a la reforma administrativa. En Granada, ciudad de antigua tradición hospitalaria, sólo a mitad del siglo XVII se emprende, con muchos impedimentos y demoras, el proceso de concentración hospitalaria, por voluntad de Don Diego de Borgues⁶.

fig. 4.57
Planta del Hospital
de Santa Tecla de
Tarragona.

5 Alvaro Barra, M., Hospitales existentes en la provincia de Cáceres. Badajoz: Universidad de Extremadura, 1991. Pág. 15.

6 Luis Coronas Tejada, 1990. Op. cit. Capítulo III, “La reunión de hospitales”.

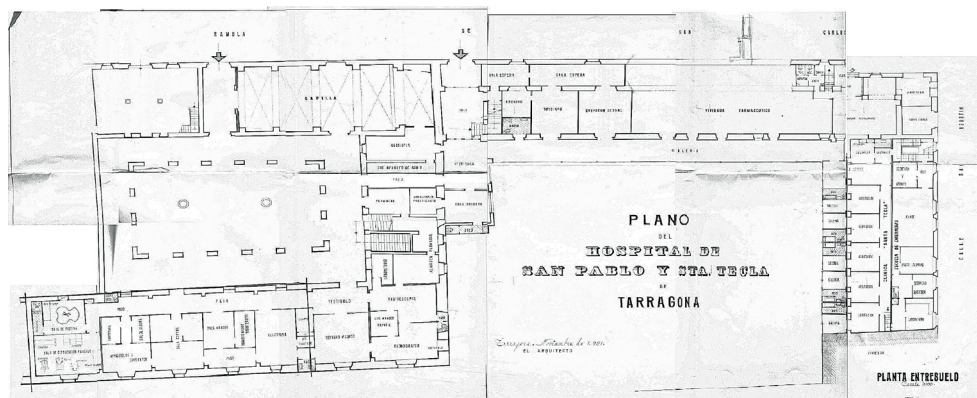




fig. 4.58
Hospitium de la Santa Creu. Vista de Patio,

Volviendo a los primeros intentos de unificación y funcionalización en clave moderna de los entes asistenciales, hay que hacer referencia a la experiencia de la Corona de Aragón, pues “allí se producen a lo largo del siglo XV, las primeras manifestaciones y los primeros logros de lo que pudiéramos llamar una sanidad nacional, general ó pública. La reunificación de los hospitales mediante la transformación de los centros asistenciales privados en centros de carácter público o general, en manos de poder real y no de la Iglesia, como había venido ocurriendo a lo largo de la Edad Media, supone un progreso evidente, en cuanto que se tratan de perfeccionar las instituciones existentes de carácter privado mediante su transformación en instituciones de carácter público a causa del servicio que prestan a la sociedad”⁷.

Sin embargo, este proceso no respondía a un diseño general de carácter administrativo, llevándose a cabo en diferentes puntos del reino según la posibilidad concedida por la coyuntura histórica y, en consecuencia, de manera algo discontinua y confusa. Eso hizo que el programa arquitectónico siguiera esta heterogeneidad de intenciones, presentándose el mismo como una tendencia de carácter variado y multiforme.

Bajo esta perspectiva hay que leer las experiencias de Barcelona, Lérida y Tarragona⁸, al principio del siglo XV, donde se crean edificios

Pp. 31-36.

⁷ Gómez Mampaso, V., *La unificación hospitalaria en Castilla*, 1996, Pág. 19.

⁸ En 1453 fue autorizada en Lérida con un decreto firmado por la Reina Doña María en ausencia del rey Alfonso V la construcción de un hospital general que

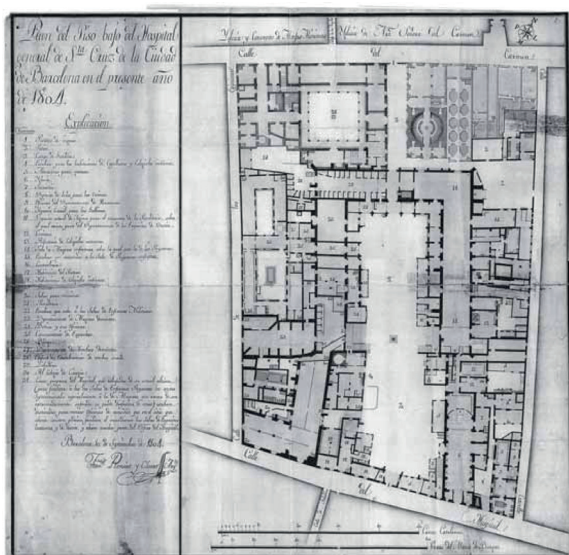
de nueva planta para acoger las funciones médico-asistenciales en calidad de hospitales generales. La primera piedra de lo que será el Hospital de Santa Cruz de Barcelona se coloca en abril de 1401, mientras que en septiembre del mismo año, el Papa Benedicto XIII había confirmado desde su morada aviñonesa el permiso para la reforma asistencial en la ciudad aragonesa⁹.

El hospital de Barcelona es un interesante ejemplo de la arquitectura civil de la última etapa gótica. De forma cuadrangular, dispone tres amplias crujías alrededor de un claustro. Las características de su diseño arquitectónico y el carácter de las técnicas constructivas empleadas la sitúan en una perfecta corriente de continuidad con la arquitectura civil coetánea. De las amplias naves de dos pisos, la de la planta baja se cubre por una serie de bóvedas de crucería diafragmadas por arcos escarzanos que descansan sobre sencillas ménsulas. La nave de la planta principal presenta arcos apuntados

fig.4.59
Plano del Hospital
de Santa Creu de
Barcelona. Francesc
Renart, 1804.
Y vista actual
del interior de la
enfermería.

reuniera varios hospitalitos existentes en la ciudad y sus cercanías. En Tarragona, una bula papal de 1384 autoriza la concentración de los entes asistenciales en esta ciudad. Noticias de Gómez Mampaso, 1996. Op. cit. Pág. 20.

9 La orden papal, fechada el 5 de setiembre de 1401 contiene también al acta notarial de fundación del hospital de Santa Cruz. AA. VV., *El Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo. El Hospital de Barcelona*. Barcelona: Gustavo Gili, 1971. Pp. 25-30.



más esbeltos que confieren al espacio más amplitud a la vez que austeridad, marcada por la continuidad del lienzo del muro liso que se alinea longitudinalmente a la sala.

Si bien sería una paradoja hablar de elementos de modernidad a la manera del primer renacimiento italiano, frente a una organización planimétrica de tipo claustal, un gusto gótico en la decoración y unas técnicas constructivas que remiten a la personal manifestación catalana del estilo del Ile de France, nos parece legítimo señalar cómo algunos elementos de la tradición arquitectónica local se emplean por su capacidad de responder a exigencias nuevas. Así, las salas se disponen en una característica forma en U, estableciendo una primera distinción funcional inexistente en los hospitales monásticos, mientras que el patio central permite una cómoda circulación de pacientes y personal hospitalario a la vez que desempeña un papel terapéutico, calibrando la circulación del aire y la modulación de la luz.

La iglesia se encuentra en una posición descentrada respecto al complejo hospitalario, buscando el acceso directo al exterior y marcando una neta distinción entre los espacios destinados a la asistencia, dotados de capillas y altares propios, y los ambientes sagrados semipúblicos. De estos se beneficia la comunidad entera en ocasiones de celebraciones especiales, además de emplearse para los rituales litúrgicos diarios para todos los pacientes sanos o en grado de deambular.

Ante una tradición bien presente y arraigada, los espacios mutan gradualmente su lógica interna documentando una inédita centralidad de los servicios más auténticamente asistenciales y terapéuticos ofrecidos a una comunidad angustiada por las enfermedades, el hambre y la pobreza.

Además, en la configuración del hospital catalán intervienen otros factores que escapan a la voluntad programática de los fundadores: efectivamente, para la construcción del hospital se elige un solar ocupado en parte por el antiguo hospital de Colom, cuya anexión al Santa Creu se decreta en este mismo momento. Por esta razón, parte de los trazados de la nueva fundación aprovecharán la estructuras existentes, comportando un ahorro significativo a las arcas del ente y orientando, aunque en medida apenas apreciable, el programa

arquitectónico del complejo.

En el trascurso de los siglos XV y XVI la oferta asistencial va siendo condicionada por dos factores fundamentales:

- la lenta emancipación de la iniciativa del clero y la nobleza;
- la unificación de todos los pequeños hospitales y sus rentas, dirigida a ofrecer prestaciones más económicas y eficientes.

El hospital apunta a transformarse en “un gran contenedor que recluye a todos los necesitados”; paralelamente asistimos a un intento de especialización funcional, con la segregación por sexo y el aislamiento de los enfermos crónicos o incurables. La ciudad se hace cargo del empeño reformista haciendo de los recintos hospitalarios núcleos en los que se condensa una imagen urbana moderna. De esta manera surge el concepto de Hospital General.

Por primera vez resulta sensato hablar de hospitales con total independencia de las estructuras eclesiásticas como cenobios conventuales y centros episcopales; los nuevos recursos arquitectónicos contribuyen a caracterizar una tipología específica que se articula en tres bloques funcionales: crujías hospitalarias, dependencias de servicio y espacio litúrgico.

Para aclarar estos conceptos quisiéramos centrar la atención en la experiencia del Hospital General de Valencia, que se revela como una ocasión de estudio muy sugerente por diferentes razones. En primer lugar, por el hecho de que en esta ciudad la iniciativa reformista surge en 1482 cuando el Consejo propone una comisión para concretar la centralización en un único edificio; como reseña Cecilio Sánchez, esta ocasión se verá frustrada por los intereses del Hospital de los Inocentes, cuya junta obtiene directamente del rey Fernando permiso para ampliar sus establecimientos¹⁰. En segundo lugar, como consecuencia de las estrechas relaciones comerciales y de los continuos intercambios culturales con los territorios italianos, es posible leer una referencia evidente a los ejemplos de otras áreas geográficas. Estas condiciones permiten adelantar hipótesis sobre el proceso de exportación de los modelos tipológicos, no sólo a

¹⁰ Sánchez-Robles Beltrán C., *El alojamiento colectivo y transitorio: el hospital general de Valencia*, 1993. Pág. 18.



través de las tradicionales redes de comunicación, sino mediante la circulación de los tratados renacentistas. La referencia directa es al hospital Mayor de Milán, mientras que los datos que tenemos apuntan a que en Valencia pudo hallarse ya desde 1520 una copia del tratado de Filarete, noticia confirmada por diferentes autores¹¹. Finalmente, el hospital se levanta desde un planeamiento cruciforme según los cánones más innovadores de la época.

fig. 4.60
Hospital General de
Valencia. Vista desde
el jardín.

Efectivamente, ya desde 1494 tenemos noticia de la edificación de enfermerías en forma de cruz, que introduce un elemento de absoluta novedad en el ámbito de la arquitectura civil y “pone de manifiesto el impacto en la península de los nuevos modelos arquitectónicos del Renacimiento”¹².

11 Grassi L. (a cargo de), *Trattato di Architettura*, 1972. Beltramini, M., *Le illustrazioni del Trattato d'architettura di Filarete*, en *Annali di Architettura* n. 13, Vicenza: Centro internazionale di Studi di Architettura Andrea Palladio, 2001. De Marinis, T., *La biblioteca napoletana del re d'Aragona*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, 1947-1952. Wilkinson, C., *The hospital...*, 1977.

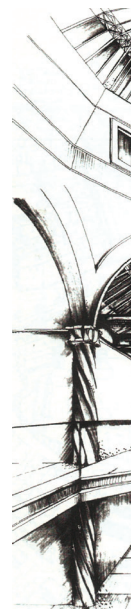
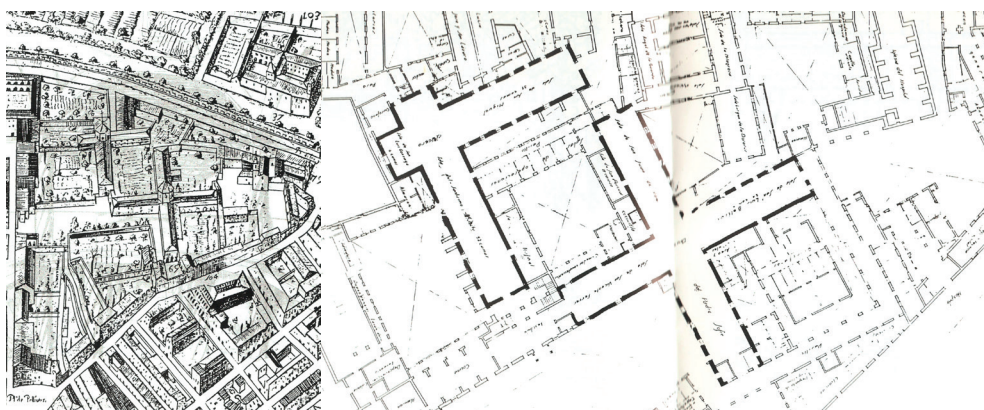
12 Sanchez-Robles Beltrán, 1993. Op cit. Pág. 18.

El nuevo hospital general de Valencia se funda oficialmente en 1512 tras el acuerdo entre el Cabildo Civil y la administración del hospital, que ratifica la unificación de siete centros hospitalarios.

El recinto se articulaba en una iglesia de nave única frente a un patio; alrededor de este se disponían, sin orden determinado, las enfermerías y las casas del personal hospitalario. La parte más destacada del complejo estaba constituida por los espacios destinados a los pobres indigentes, cuatro amplios brazos completamente diáfanos yuxtapuestos según el esquema de cruz griega en cuyo eje se levantaba el cimborrio. El Hospital General sufre un devastador incendio en 1545; las obras de reconstrucción, retomando las trazas de la planta, alteran sensiblemente la imagen de los alzados introduciendo elementos puntuales, columnas de estilo compuesto que fraccionan cada ala en tres naves que sin bien recuerdan al diseño de las naves medievales, contribuyen a marcar la modularidad del espacio. En el nuevo proyecto, las enfermerías se desarrollan sobre dos plantas, cada una destinada a separar enfermos de ambos sexos, pero unidas por el ambiente central de doble altura, corazón del edificio, cuya polaridad esta marcada por la presencia del altar.

fig. 4.61
Plano de la ciudad
de Valencia del padre
Tosca y planta del
Hospital General de
Valencia.

El modelo de unificación aragonés sugiere una más intensa participación del poder estatal en los asuntos de política asistencial y sanitaria, hasta entonces controlados por los eclesiásticos o, en su lugar, por benefactores privados. El objetivo es transformar un sistema “fragmentario y con pocos medios” en una “organización





unitaria vinculada al poder Real". Este proceso, que arranca en Castilla con el reinado de los Reyes Católicos, se dilató durante más de un siglo; en este lapso de tiempo son reiteradas las peticiones de los procuradores reales de todo el territorio, que vuelven sus quejas contra Carlos I, para recalcarlas nuevamente como problemáticas urgentes durante el reinado de Felipe II, quien en 1567 obtendrá el beneplácito de la curia romana para llevar a cabo la reforma en todas las ciudades del reino.

*fig. 4.62
Representación
hipotética del Hospital
General de Valencia,
antes del incendio
de 1545 y fotografía
histórica de las
enfermerías.
Gómez-Ferrer, 1998.*

Al impulso de la segunda mitad del siglo XVI concurren, además del agravamiento de pauperismo como calamidad persistente que amenaza seriamente el orden social, las disposiciones del concilio tridentino, durante el cual la jerarquía religiosa recalca la necesidad de una reforma sustancial de las casas de beneficencia, facilitando el consenso oficial en cuanto al proceso de reducción de los establecimientos hospitalarios.

La aceptación incondicional de Felipe II de las disposiciones de Trento y el deseo de que se cumplan con celeridad en todo el reino, contribuye a destensar las relaciones entre la autoridad pública y el poder religioso, que se habían revelado algo hostiles desde la época

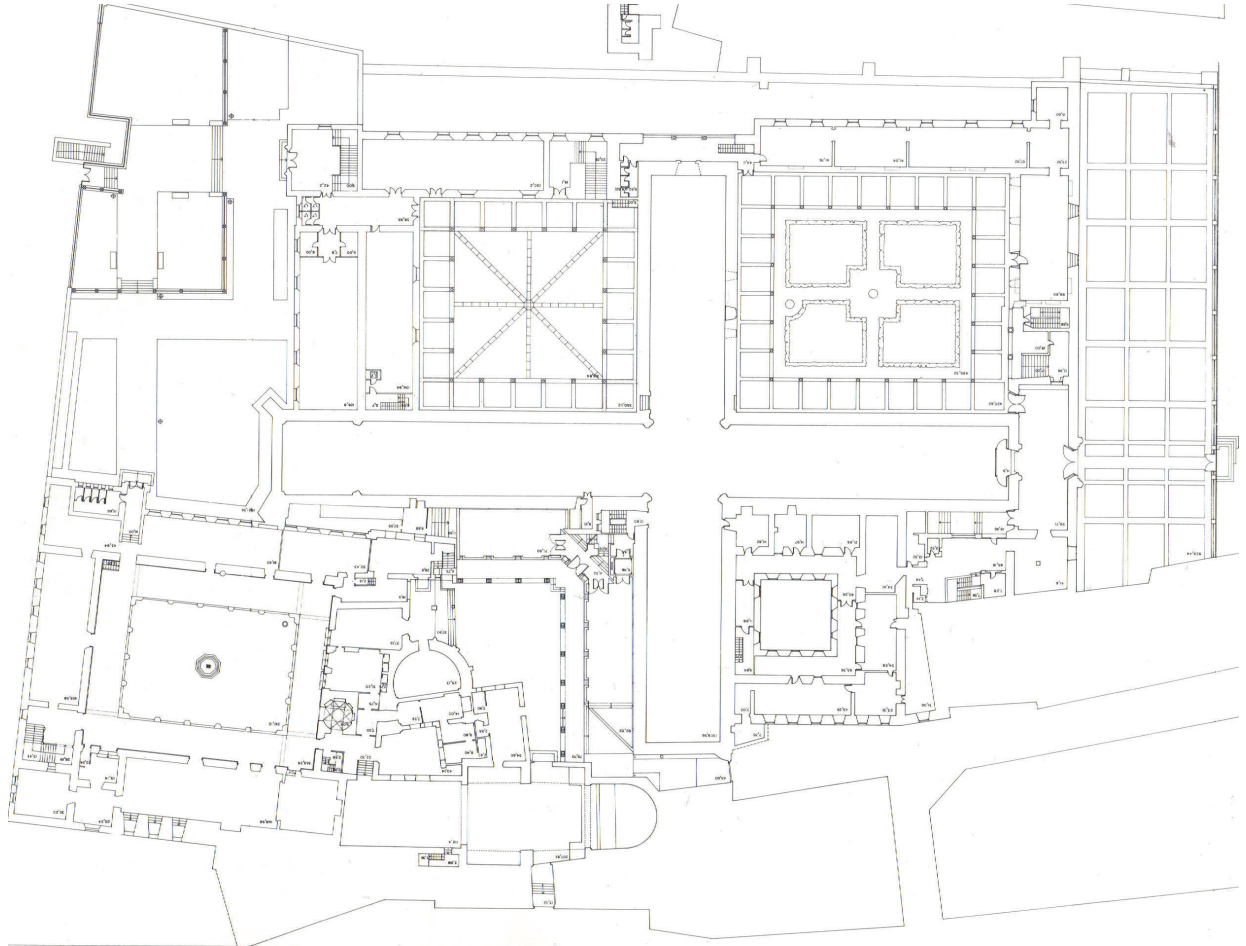
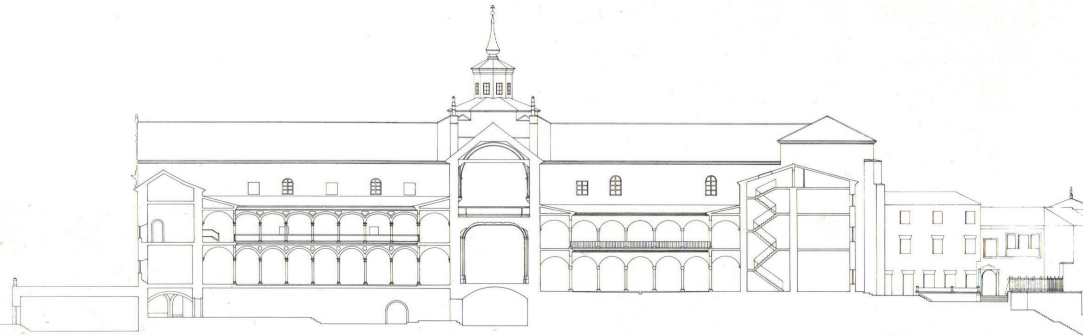


fig.4.63 Planta y sección del Hospital de la Cruz de Toledo. Díez del Corral, 1992.



de los Reyes Católicos por su voluntad de afirmar las prerrogativas estatales sobre las atribuciones y privilegios episcopales.

Efectivamente, durante largo tiempo y especialmente para algunas ciudades, la despreocupación del estado hacia las cuestiones sociales, legitimó el hecho de que el sistema sanitario y asistencial involucrase exiguos exponentes de la sociedad civil reunidos en pudientes cofradías, mientras que el patronato religioso detenía el monopolio sobre la organización, administración e iniciativa de la actividad benéfica.

En Toledo, ciudad de larga e insigne tradición caritativa con alrededor de 30 hospitales en su momento más esplendoroso, la participación de la casa real, que situó allí la capital del reino hasta 1561, había sido más bien marginal hasta el total desinterés que siguió al declive paulatino del centro urbano que durante el siglo XVII pierde su protagonismo en el ámbito de los acontecimientos estatales.

El hospital de Santa Cruz, al cual la historiadora Rosario Diez del Corral atribuye el valor de haber contribuido a la singular introducción de la manera renacentista en la expresión artística peninsular, surgió en un brevísimo transcurso de años por la disposición compasiva del Cardenal Mendoza, lo cual lo ataba perennemente al Cabildo de la Santa Iglesia de Toledo. Fue el mismo altísimo prelado de Valladolid quien encargó los planos al ilustre arquitecto Enrique Egas, el cual los realiza según un diseño extremadamente novedoso que trae a la mente las innovadoras experiencias de los maestros italianos.

Como premio a aquel sobresaliente proyecto y al dinamismo intelectual mostrado por el cardenal de España, la piadosa Isabel se comprometió en primera persona a que en la gran casa hospitalaria se integraran los muchos otros hospitales que existían en el territorio del Arzobispado, y a que el proyecto se llevase a cabo sin demora. Tras el fallecimiento del cardenal, la obra continuó, respetando la voluntad del ilustre difunto¹³.

13 Pocos meses antes de fallecer a primeros de enero de 1495, el Cardenal Mendoza había recibido la bula de Alejandro VI con la que aceptaba la fundación de una casa para acoger a los niños expósitos, dado que la ciudad carecía de tales establecimientos. La concesión papal está fechada 1 de octubre de 1494. En su

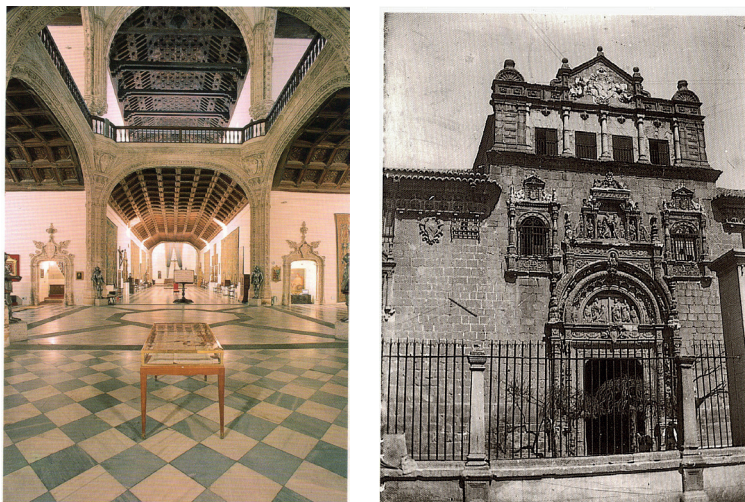


fig. 4.64
Hospital de la Cruz
de Toledo. Crucero
de la planta baja y
foto histórica de la
fachada.

Los ingeniosos recursos planimétricos legitimados por unas componentes simbólicas altamente evocadoras, la riqueza de la sólida cantería empleada y la exquisitez del fresco de ornato plateresco se hacían eco de la fama imperecedera del cardenal, demostrando al caer la Edad Media, la neta ventaja del poder religioso sobre las cuestiones sociales.

A pesar del esfuerzo de la Corona, el clero español seguía manejando con destreza los asuntos seculares, circunstancia en la cual muchos historiadores hallan el motivo de un retraso general en el nacimiento de una asistencia pública en los reinos hispánicos respecto a las experiencias europeas coetáneas, si bien en las primeras décadas del siglo XVI el provincianismo español se expresa en una inusitada monumentalidad.

El deseo de emulación, sentimiento antiguo en la curia episcopal, había animado a otro insigne prelado a comprometerse en primera persona en la fundación de un gran hospital para enfermos agudos, peregrinos y pobres, ancianos y, en ocasiones y según las posibilidades de la institución, individuos que padecían del infausto

testamento, el precavido arzobispo rogaba a la reina de Castilla que siguiera las obras sin demoras, dejando para ello un generoso patrimonio. Díez del Corral Garnica, R., *Arquitectura y mecenazgo...*, 1987. Pp. 177-214. Del mismo autor, sobre el Hospital de Santa Cruz, véase *La introducción del renacimiento en Toledo...*, 1986.



fig. 4.65
Vista del Hospital
de Tavera, Toledo.
Fotografía de
principios del siglo
XX.
Diez del Corral,
1992.

mal de bubas. Así, en 1541 el cardenal Juan Tavera funda en Toledo el hospital de Juan Bautista, conocido como hospital de Afuera por su emplazamiento extramuros, junto a la puerta de Bisagra. Relata Sixto Ramón Parro: “Entre los preciosos monumento que la Beneficencia posee en Toledo y más contribuyen al ornamento de esta ciudad, se cuenta el magnífico hospital que bajo la advocación de San Juan Bautista fundó el espléndido Cardenal Arzobispo de esta diócesis D. Juan Pardo Tavera. (...) En el lado de poniente, en primer y segundo suelo están las enfermerías (...), labradas con mucho primor, propiedad y lindeza, y tan limpias que no se echa de menos ver los muchos enfermos de que están llenas”¹⁴.

Del hecho que el edificio para el la cual el emperador se apresura en dar su consentimiento tuviera que tener carácter de suntuosidad y autoridad, nos da testimonio el escribano del ayuntamiento, Pedro del Castillo, en una epístola al cardenal: “Otrosí nos parece que se debe suplicar a su señoría Ilustrísima sea servido mandar comprar y derocar la casa de Gonzalo Valletero y el mesón de Valero Muñoz para ensanchar el camino porque quede el edificio que su señoría quiere hacer con más autoridad así para el dicho hospital como para la ciudad (...)”¹⁵.

14 Citado en Zamorano, Rodríguez, M L., *El Hospital de San Juan Bautista...*, 1997. Pág. 75. Parro, S R., *Toledo en la mano*. Pág. 360.

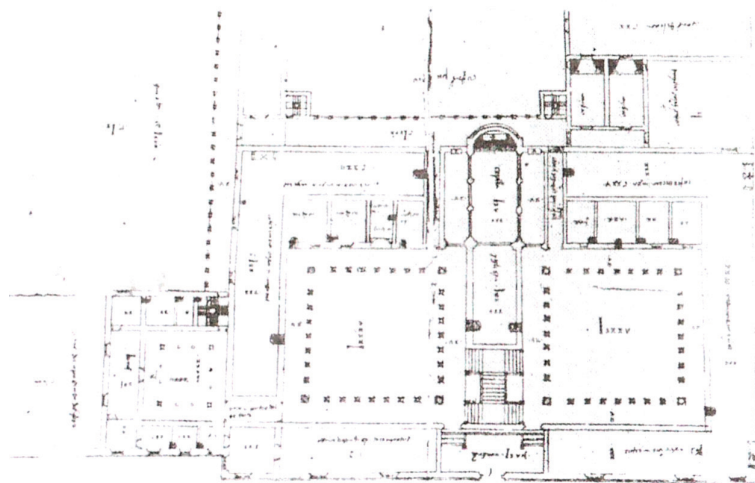
15 *Ibidem*. Pág. 81.

Las trazas generales del complejo hospitalario se atribuyen al arquitecto Alonso de Covarrubias; en el archivo del hospital se conserva un documento que reproduce en planta la idea original del arquitecto, la cual sufrió modificaciones importantes a lo largo de las obras. En ese folio aparece una planta del edificio. Rosario Díez del Corral observa cómo en este primer proyecto “se ha desechado la tipología cruciforme y nos encontramos dos patios independientes, separados por una escalera doble y la iglesia”¹⁶. Efectivamente, las enfermerías que rodean los dos patios se cruzan en forma de C y media T, alojando en cada esquina un altar. Los dos sistemas espaciales, destinados a segregar a los huéspedes por sexo, utilizan para ello el recinto sagrado que, además de reiterar la centralidad del culto en los asuntos de los hombres, parece tener el valor de una reprimenda de carácter moral, anticipando el espíritu contrarreformista. Podríamos hablar en relación al programa arquitectónico funcional del hospital de San Juan, como un plan cruciforme parcial y, sin embargo, perfectamente cumplido en la unidad del diseño geométrico y en la ortodoxia del planeamiento especular.

El boceto de Covarrubias fue posteriormente modificado por Bustamante, el cual se instala en Toledo a petición del Cardenal. Las responsabilidades de este último en la definición arquitectónica

fig. 4.66
Planta del proyecto
primitivo del
Hospital de Tavera de
Covarrubias, 1540.
Díez del Corral,
1987.

16 Díez del Corral Garnica, R., 1987. Op. cit. Pág. 206.



del hospital han sido diversamente debatidas por los historiadores. Como señala justamente Rosario Díez del Corral, su presencia como coordinador de todas las obras llevadas a cabo para la erección del Hospital está justificada por las razonables preocupaciones de Tavera, el cual, invirtiendo cuantiosos recursos económicos, procuró aprovechar los servicios de un hombre de total confianza y distinguido conocedor de la arquitectura¹⁷.

Las modificaciones atañen a las salas de enfermería, para las cuales se dispone un único bloque en el lado de poniente con dos amplias crujías que recuerdan el planeamiento del hospital de Santo Spirito de Roma, hospital que Bustamante había visitado en 1536. Las obras, comenzadas en 1541, se terminaron a finales de los años 20 del siglo XVII.

Las obras dispuestas en Toledo por los más altos exponentes del poder eclesiástico no habían dejado indiferente a la recién reunida

17 *Ibidem*.

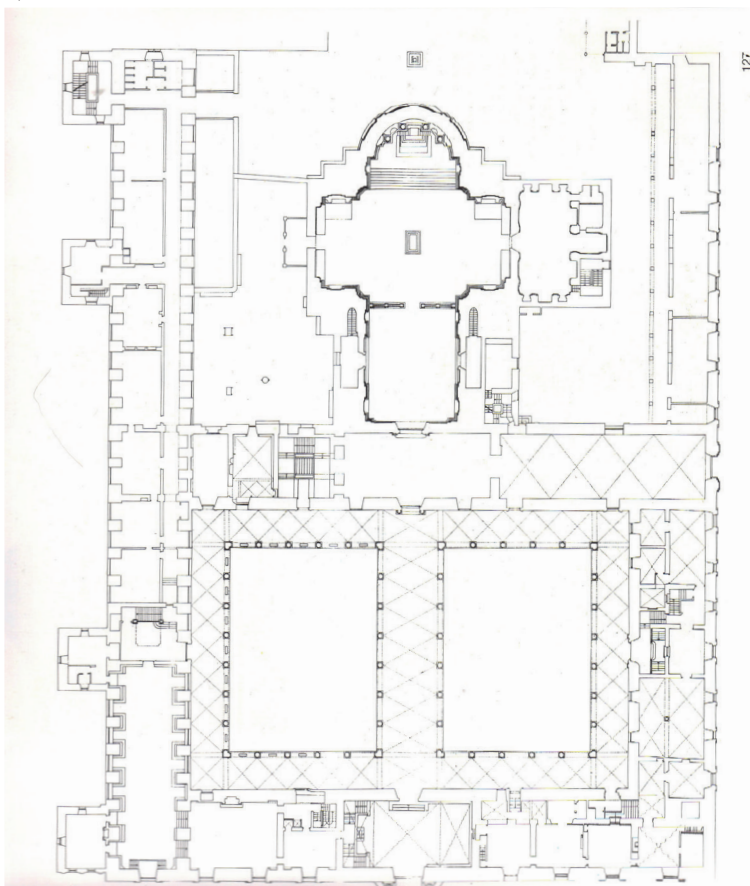


fig. 4.67
Planta baja, Hospital
de Tavera. Díez del
Corral, 1992.

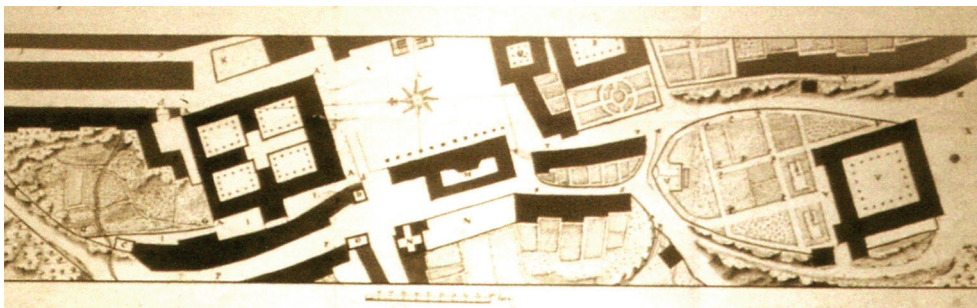


fig.4.68
Plano de la ciudad
de Santiago. Miguel
Ferro Caaverio, 1799.

Corona de Castilla y Aragón, que ya podía jactarse de una tímida iniciativa reformista en las ciudades catalanas. De hecho, en más de una ocasión los Reyes Católicos habían dado prueba de una profunda religiosidad, la cual se mostraba en una particular, aunque muy a menudo infructuosa, sensibilidad hacia el problema de los indigentes.

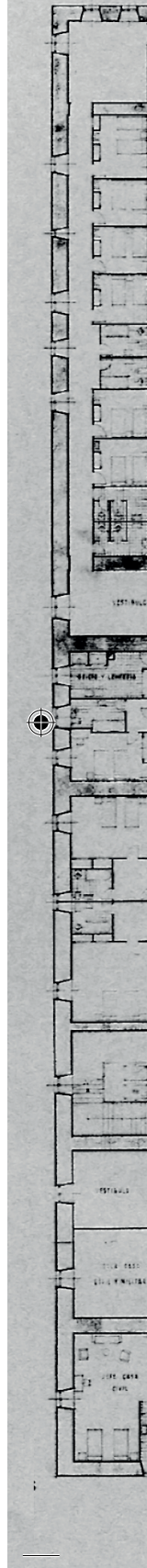
Las primeras intenciones de fundar un majestuoso hospicio para pobres y peregrinos en la ciudad símbolo de la devoción europea, Santiago, aparecen en la bula del Papa Inocencio VIII de 1487, donde se dice que, en ocasión de una vista de los reyes a la capital gallega, los soberanos habían destacado la carencia de una casa capaz de ofrecer un adecuado amparo al elevado número de peregrinos que cada años visitaban la tumba del apóstol, expresando la voluntad de construir un gran hospital para ponerle remedio.

Dos elementos destacan acerca de los acontecimientos que llevarán a la construcción del Hospital Real: el primero es su destino original como lugar de acogida de los peregrinos, lo cual introduce la voluntad estatal en una tradición secular que hace de Galicia la región de la hospitalidad por antonomasia; la segunda se refiere a la intención, más tarde frustrada, de confiar la gestión del ente a la comunidad benedictina, circunstancia que crea un lazo entre la práctica consuetudinaria “fundada sobre un sistema comunitario de oraciones y trabajos en favor y utilidad de los pobres y peregrinos”¹⁸ y las nuevas actitudes hacia el problema de la mendicidad callejera¹⁹ y la reclusión, más tarde teorizada en las obras

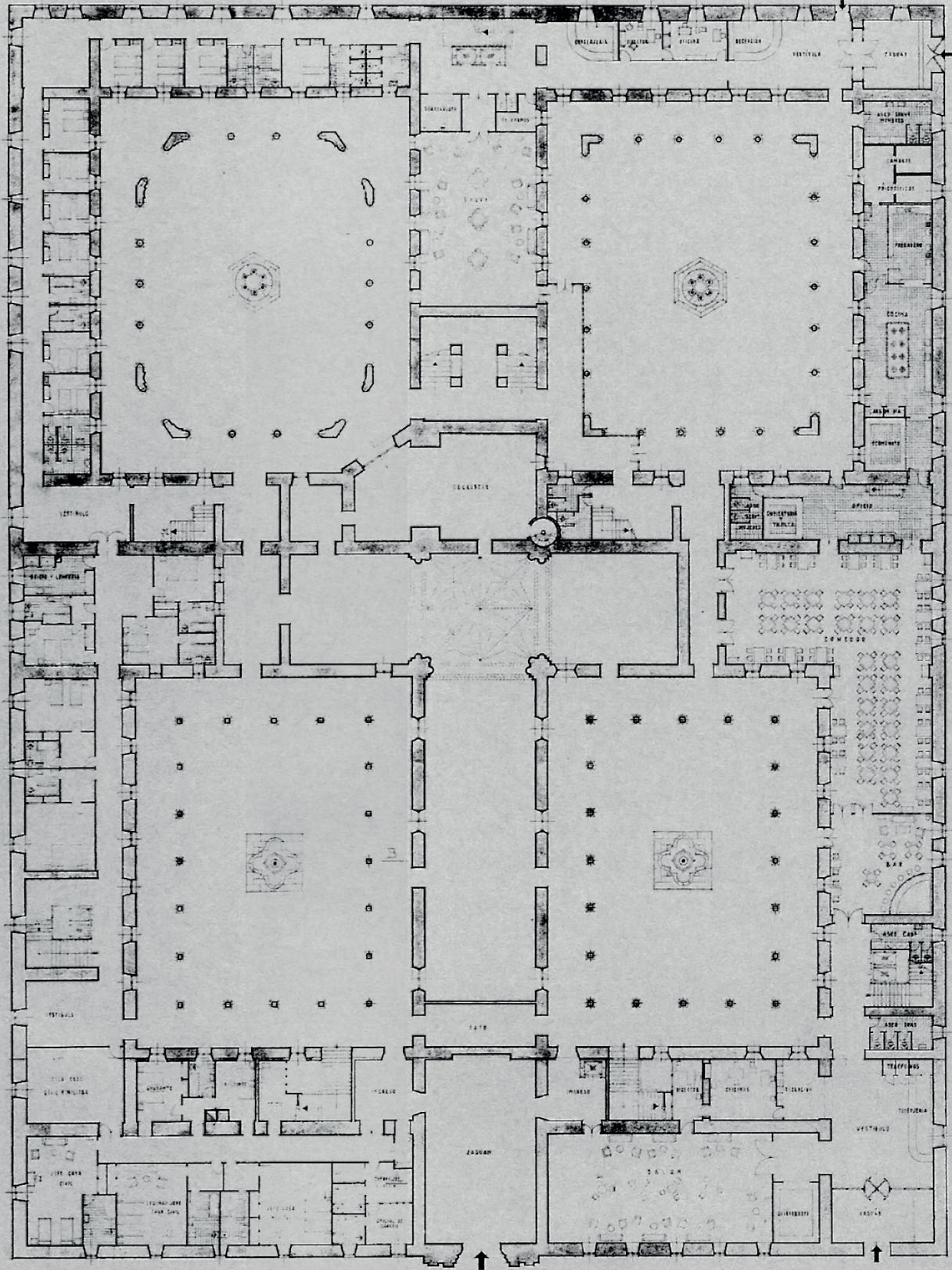
fig.4.69
Planta Baja, Hostal
de los Reyes Católicos.
en “El hospital Real de
Santiago”, 2004.

18 García Guerra, D., *El Hospital Real de Santiago...*, 1983. Pág. 26.

19 Una nota dispuesta por el consejo de Santiago en 1503 ordena que “cualquier hombre vagante que a esta ciudad viniere, ora en romería, ora en otra manera, no teniendo oficio o acusa justa que aquí lo retenga, no está en la dicha ciudad más



Proyecto de consolidación y reforma del Hospital Real de Santiago de Compostela para su adaptación a Parador de Turismo y Albergue de Peregrinos.



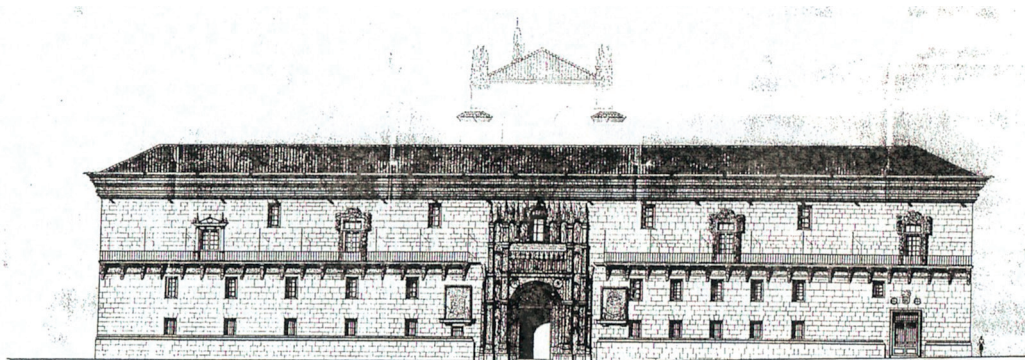


fig. 4.70 Fachada principal y sección. Hospital de los reyes de Santiago. Osuna Fajardo, 1952.



de Juan Luis Vives, Miguel de Giginta y Cristóbal Pérez de Herrera²⁰. Como observa Delfín García Guerra, la “condición de institución religiosa, mantenida al margen del proceso de secularización que define la sociedad moderna, pesará decisivamente en la vida del establecimiento”²¹.

Sin embargo, parece que la relación con la tradición de la asistencia monacal compostelana tenga más relevancia en los caracteres administrativos de la institución que en sus rasgos arquitectónicos. Para el diseño del edificio se contrató al arquitecto Enrique Egas²², el arquitecto real responsable del trazado del Hospital de Toledo y posteriormente del Hospital Real de Granada. Para la definición

de tercer día so pena de treinta días de cárcel, y más que caya e incurra en las otras penas que merecen los semejantes, salvo si fuere pobre o lisiado”. Citado por García Guerra, 1983. Op cit. Pág. 43.

20 Véase Capítulos 3, apartado 6, “Pobres y pauperismo...”.

21 García Guerra, 1983. Op. cit. Pág. 28.

22 Participó también el hermano Anton, si bien en posición subordinada.

del núcleo central del complejo, el arquitecto adopta un esquema de cruz latina: la planta baja acoge la capilla real, mientras que en las plantas superiores se aprovecha la proyección de este espacio para situar las salas de enfermos, con tres brazos perpendiculares que se extienden hasta los límites del recinto en dirección este-oste, diseñando una cruz griega de tres ramas. Este hecho singular en el ámbito de la disposición cruciforme crea una polaridad funcional conectada con la voluntad programática de los fundadores, esto es, crear un parador para peregrinos forasteros. Por otro lado, la elección del sistema espacial para la “enfermería” parece motivada por una clara conveniencia funcional: el núcleo central de la planta noble, abierto sobre el espacio de la capilla, permite una permeabilidad visual con el altar y, además, desempeña un conveniente papel en la regulación microclimática asegurando la ventilación de las salas.

En lo que concierne al aspecto decorativo, de difícil definición, la ornamentación de carácter simbólico de inspiración gótica se combina con motivos floreales de gusto renacentista. El rico aparato escultórico de los pilares, cuyos nervios dibujan la bóveda estrellada trazada en 1527 en sustitución del artesonado de madera, introduce variedad y originalidad en los portales de los claustros, que juegan con la más variada declinación de los arcos conopiales mixtilíneos enriquecidos por opulentos bordados con temas vegetales y adornos geométricos.

Frente a la inmensa originalidad de la obra de Egas hay que reseñar una puesta en obra desastrosa: la total impericia de las obras de cimentación y el desacierto en la elección de los materiales y en el cálculo estructural amenazaban ya a partir de la segunda mitad del siglo XVI la estabilidad del edificio. Por ello, el inmueble sufrió una masiva obra de consolidación estructural y rehabilitación general, la cual, si bien mostró un remarcable respeto hacia la imagen comprensiva del diseño del arquitecto toledano alcanzando resultados de admirable belleza, borró el fasto de la carga ornamental de la fachada y de los dos patios interiores, causas entre otras de los problemas constructivos detectados en los informes técnicos²³.

23 El 11 de octubre de 1555 Rodrigo Gil presentaba, bajo petición del administrador Don Pedro de León, una relación sobre el estado ruinoso del inmueble. Informe transcrito por Villamil y Castro, J., *Reseña histórica de los establecimientos de beneficencia que hubo en Galicia durante la Edad Media, y la erección del Gran Hospital Real de Santiago ...*Santiago, 1993. Págs. 148-149.

Si bien la voluntad de los fundadores, perfectamente aclarada en el documento que la Casa Real expide en 1499 y reiterada en la bula de Alejandro VI²⁴, se dirigía a impulsar el voto del santo apóstol como símbolo de la unidad reconquistada y de la grandeza del novel estado monárquico, su destino se ligaría forzosamente y tras interminables controversias a asuntos muchos más urgentes como la reclusión de los mendigos, la atención a los pobres locales y la asistencia a los enfermos crónicos y coyunturales.

Que los Reyes Católicos mostraran un vivo interés hacia los problemas sanitarios y sociales de sus dominios lo revela el hecho que la primera fundación en la Granada reconquistada fuera el hospital de la Alhambra. Si bien documentos de la época de Carlos V nos informan del carácter casi exclusivamente militar de esta institución, tenemos noticias de cómo allí se cobijaban pobres y necesitados.

A principios del siglo XVI, independientemente de los resultados a menudo míseros, un hecho parecía evidente: los hospitales llegan a formar parte integrante del amplio proyecto de reestructuración político-social del estado promovido por la Corona de Castilla y Aragón.

fig.4.71
Alzado y planta,
Hospital Real de
Granada. 1618.
Archivo de Simancas.

24. García Guerra, 1983. Op. cit. Pág. 28.



En cuanto a esta cuestión, el caso de Granada se revela emblemático: en 1504, Fernando e Isabel mandan escoger el solar más idóneo para la edificación de un gran hospital. No tenemos documentos que certifiquen con total seguridad la presencia de aquel famoso Enrique Egas en la edificación del hospital; sin embargo, diferentes indicios historiográficos y estilísticos permiten suponer legítima su paternidad sobre los trazados arquitectónicos generales y su participación activa en la definición del programa decorativo.

Efectivamente, la cuestión del estilo que diese un rostro a la nueva fundación real esconde una problemática que supera el debate sobre las soluciones formales que debían adoptarse: el gusto tardo-gótico, como se define aquella peculiar síntesis arquitectónica típica de la manera española de principios del siglo XVI, responde a la búsqueda por parte de un país recién reunido de su primer esplendor público internacional.

Bajo esta condición, el planeamiento del Hospital de Granada busca una perspectiva de desarrollo e investigación arquitectónica, formal y constructiva estrenada en Santiago y Toledo y constituye, por muchas razones, su mayor apogeo.

El núcleo del edificio se compone por cuatro brazos dispuestos en forma de cruz griega que recorren de frente a frente el recinto; estas cuatro alas se cruzan en un espacio central, eje de la composición arquitectónico-funcional remachada por la presencia del altar. El mismo ordenamiento se repite en la planta noble con sensibles variaciones, especialmente en el tratamiento de las cubiertas; el crucero central de la planta baja se cubre con una bóveda estrellada cuyos nervios descienden para diseñar las pilastras angulares; en la planta primera, esta imagen deja espacio a la grandiosidad de una cúpula semicircular de madera, ya plenamente renacentista, levantada con suma maestría.

La disposición de las cuatro enfermerías dibuja exteriormente cuatro patios que desempeñaban el papel de recorrido de distribución a las dependencias de servicio.

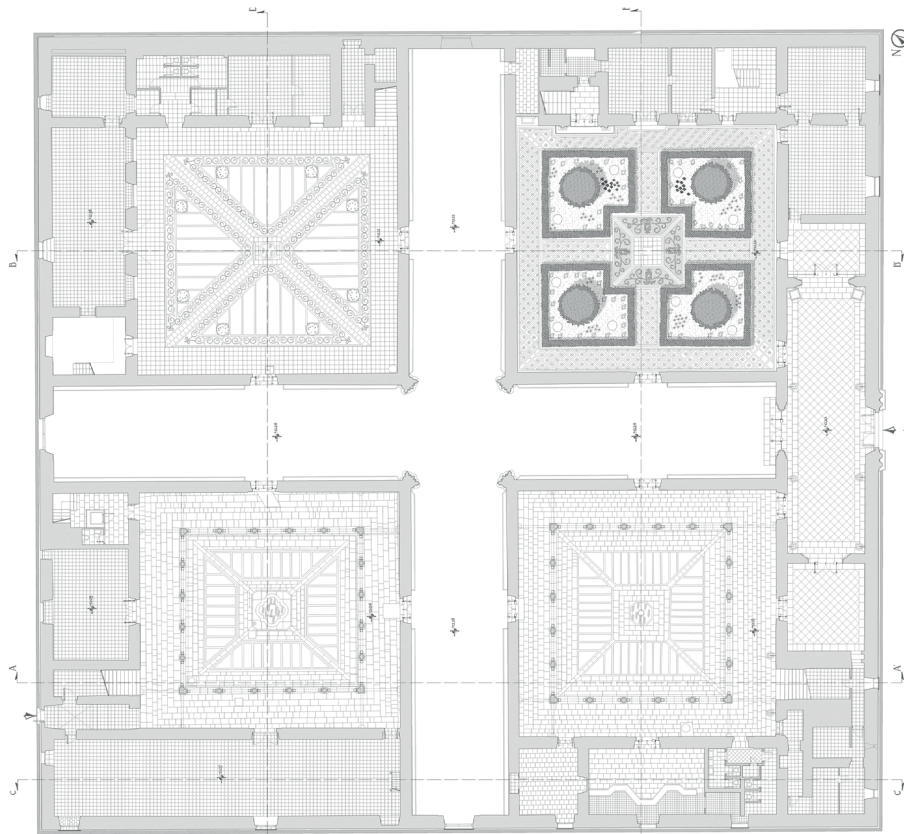


fig.4.72 Planta baja y sección.Hospital Real de Granada. Perria, PFC ,2008.



La rotundidad del conjunto será cuestionada en el transcurso de los siglos por sucesivas obras de reforma y por la colocación de añadidos sin ningún valor arquitectónico, derruidos en época contemporánea. Un documento custodiado en el Archivo histórico de Simancas nos ilustra cómo ya en 1600 el recinto original se encontraba rodeado por inmuebles que se amontonaban desordenadamente alrededor del perímetro del hospital.

Espiritualidad y poder, deseo de salvación, pretensión de autoridad y anhelos de gloria: estas parecen ser las coordenadas en las que se enmarca el repentino desarrollo hospitalario en la península ibérica.

De ello participan también ricos benefactores a través de cuantiosos legados testamentarios, continuando aquella tradición bajomedieval que asignaba a las fundaciones de burgueses y acaudalados el comienzo del proceso de laicización de la asistencia.

En relación al proceso de secularización de la beneficencia hay que señalar que los hospitales, en cuanto obras pías, en ningún momento se encontraron separados de cierta praxis religiosa, consistiendo la emancipación del Quinientos en una metamorfosis de tipo burocrático y administrativo, dirigida esencialmente a la definición de nuevos espacios de poder público y laico en lo que concierne a la administración de los recursos económicos y financieros de los

fig. 4.73
Alzado hacia el
Campo del Triunfo.
Hospital Real de
Granada.
Perria, PFC, 2008.

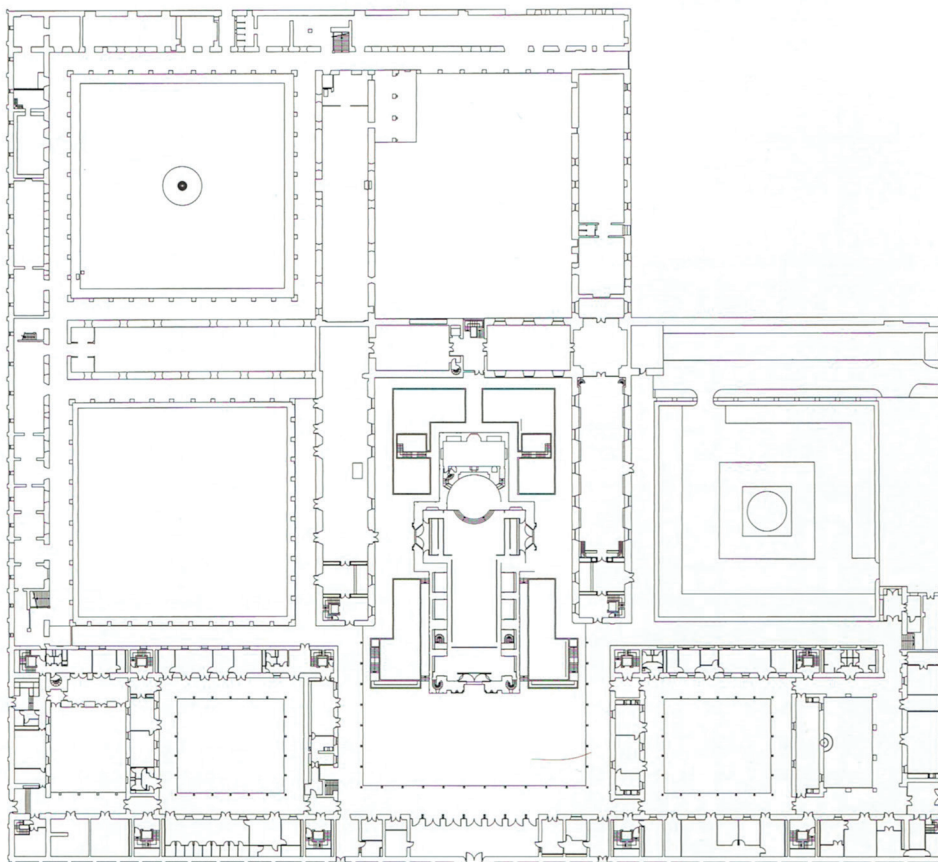


entes y su autonomía en la elección de la forma más provechosa de explotarlos.

En muchas ocasiones los hospitales de fundación privada llegaban a cobrar una notable consideración en el ámbito del sistema de servicios urbanos, como hemos observado en los ejemplos del área toscana a lo largo de los siglos XIII y XIV. El entramado asistencial del siglo XV, falto de una organización centralizada y afectado por la proliferación de la miseria, aceptaba con entusiasmo cada nuevo organismo que se comprometiese en la lucha contra las enfermedades y la pobreza.

fig.4.74
Hospital de las Cinco
Llagas, planta baja.
Fco. Torres Martines,
2003.

Por esta razón, la iniciativa misericordiosa de los particulares estaba bien respaldada por sendas autoridades eclesiásticas y civiles, las cuales concedían privilegios y exenciones. En líneas generales, estas prerrogativas impulsaron el asociacionismo urbano y el





incremento de las cofradías²⁵.

El papel de la iniciativa privada fue destacado en la ciudad de Sevilla, ciudad donde a principios de la edad moderna “brillaban por su ausencia los nosocomios, es decir, los hospitales para enfermos”²⁶.

Juan Ignacio Carmona García nos informa acerca de lo desolador que era el panorama curativo en la capital andaluza en la época del descubrimiento del nuevo mundo: la red caritativa que muchos historiadores han romantizado definiéndola como capilar y estructurada, no daba para el número de lisiados, enfermos y menesterosos. El único centro capaz de facilitar un auxilio terapéutico, si bien rudimentario, era el hospital vulgarmente llamado del Cardenal²⁷.

El 13 de mayo de 1500, bajo petición de Doña Catalina de Ribera, el papa Alejandro VI expide una bula autorizando la creación de un

fig.4.75
Hospital de las Cinco
Llagas, sección y
alzado. Fco. Torres
Martines, 2003.

25 Valdivieso, E., Serrera, J M., *El hospital de la Caridad*, 1980.

26 Carmona García, J I., *Las redes asistenciales en la Sevilla del Renacimiento*, 2009 Pág. 109.

27 Carmona 2009. Op. cit. Para el hospital del Cardenal véase González Díaz, A M., *Poder urbano y asistencia social: El Hospital de San Hermenegildo de Sevilla (1453-1837)*, Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla, Servicio de Publicación, 1997.

centro de acogida para mujeres enfermas, detallando cometidos y jurisdicción.

Se trataba en realidad de una pequeña morada, capaz de asistir a un número muy reducido de mujeres, cuya inspiración brotaba de un fuerte instinto moralizador que la situaba en la tradición de la práctica medieval. Lo que es importante destacar es el hecho de que las intenciones originales de la noble patrona, recogidas en las constituciones de 1503, además de influenciar los aspectos de gestión del centro afectarán a su organización funcional. En cuanto a la intensa religiosidad que reinaba en la casa de Doña Catalina, el historiador sevillano Carmona destaca cómo llegaba a asemejarse a una clausura femenina más que a un centro terapéutico.

Estas cuestiones se mantendrán como prioritarias cuando, en 1539, Don Fabrique Enríquez de Ribera, marqués de Tarifa e hijo de la aristócrata sevillana, dio a conocer en su testamento la orden de levantar un edificio de nueva planta para mudar ahí a las mujeres hospedadas en el antiguo hospital sito en la calle Santiago, ya que el incremento de su actividad lo hacía insuficiente. Para ello el marqués dejaba rentas conspicuas y seguras que amontaban más de 100 millones de maravedíes.

En la cláusula testamentaria podía leerse: “Que la obra que en el hospital se hiciere sea tal y de tal calidad que se pueda tener y tenga por obra perpetua, la cual obra sea llana y sin dorado ni pintado ni puesto en ella azulejos salvo en los altares, ni tampoco se pongan en ninguna parte del hospital mis armas sino las Cinco Llagas”²⁸.

El nuevo hospital de las Cinco Llagas, o de la Sangre como vulgarmente se llamará a partir de entonces, surgía bajo las prerrogativas de monumentalidad y austeridad.

Para ello se envió al arquitecto gaditano Francisco Rodríguez Cumplido a que visitara los hospitales de Santiago, Toledo y Lisboa e hiciese de ellos planos²⁹. Si bien la práctica de hacer sondeos previos para obras de tal magnitud era una costumbre de la cual tenemos noticia en Italia durante la edificación del hospital mayor de Milán, no deja de ser, desde nuestro punto de vista, un hecho sugerente.

28 Citado por Carmona, J I., 2009. Op. cit. Pág. 105.

29 Escobar Pérez B., *El hospital de las Cinco Llagas. Aproximación histórica en Arqueología y rehabilitación*, 2003. Pág. 327.



fig.4.76
*Hospital de la Cinco
Llagas, Sevilla.*

A este propósito los historiadores han debatido sobre el tema de las referencias arquitectónicas que pudieron influir en la adopción del esquema cruciforme en el hospital sevillano. El historiador Alfonso Jiménez ha criticado ciertas tendencias historiográficas que han señalado con excesivo énfasis la sumisión del hospital de las Cinco Llagas al planeamiento del Hospital Mayor de Milán. Sugiere por el contrario una más directa filiación con el hospital de Florencia, que en aquel entonces constituía un ejemplo con mucho eco y renombre internacional, o al menos, una solución intermedia entre sendos hospitales italianos.

Consideramos, en virtud del análisis realizado sobre ellos y sobre sus hermanos ibéricos, que resultaría reductivo hablar de filiación artística o compositiva de los modelos italianos sin considerar la producción autóctona peninsular. Y no sólo por los documentos que atestiguan un profundo interés en Sevilla por los hospitales de Egas, sino más bien por la lógica que inspira ambas producciones arquitectónicas, por el entorno cultural y tradición técnico-constructiva que las anima y por los valores ínsitos en la evolución de lo que podríamos definir, refiriéndonos a la obra del Filarete, como un prototipo compositivo.

En Sevilla se utiliza un esquema de doble cruz griega³⁰ en el cual

30 Los historiadores han tenido muchas dudas en definir el autor del planeamiento cruciforme en Sevilla. Sabemos que se solicitó a varios arquitectos a que presentaran propuestas, entre ellos, Pedro Machuca, Hernán Ruiz II, Gaspar de Vega, Juan

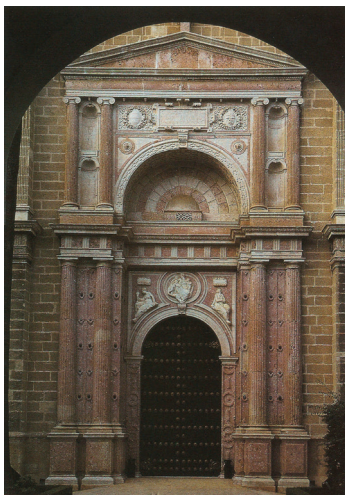


fig. 4.77
Portada de la iglesia.
Hospital de las Cinco
Llagas, Sevilla.

cada sector resulta incompleto por el acoplamiento recíproco de las partes. El eje de la composición es la iglesia, que se configura como fundamento del diseño simétrico. Este sistema dibuja seis patios - sólo dos se han llegado a construir- a los cuales se añaden otros cuatro que costean el frente principal.

Indudablemente, la complejidad del programa del hospital sevillano lo sitúa como ejemplo sobresaliente en el panorama nacional e internacional, capaz de cristalizar las positivas aportaciones de todos sus antecedentes. Sin embargo, hay que destacar el hecho del poco cuidado que se dedicó al equipamiento técnico y que muy a menudo las prerrogativas ideológicas han conseguido mermar de forma sensible el programa técnico. A título demostrativo cabe citar los hallazgos de las últimas excavaciones arqueológicas, las cuales han revelado la total ausencia de ventanales en las crujías hospitalarias del siglo XVI, siendo las actuales producto de sucesivas reformas. La hipótesis planteada por los arqueólogos resta credibilidad al presunto programa terapéutico: la falta de aperturas sería atribuible a la necesidad de apartar lo máximo posible a las mujeres enfermas de la vista de los operadores y huéspedes³¹ que se alojaban en el establecimiento.

En Sevilla parecen manifestarse todas y cada una de las multiformes facetas del servicio asistencial ofrecido a la comunidad urbana en los territorios de la península ibérica durante el antiguo régimen: la monumentalidad de la arquitectura hospitalaria española, que alcanza su culmen entre los siglos XVI y XVII, interpreta admirablemente los conflictos y compromisos de una sociedad en plena expansión, todavía anclada en su centenaria tradición y, sin embargo, hambrienta de los estímulos de una modernidad de la cual no llegará a hacerse intérprete universal; la liberación de una moral decadente, de un gusto amanerado, la renovación completa llegará de un poco más allá, cruzando los pirineos.

Sánchez y Martín de Gainza. Al final se eligió el proyecto del gaditano Francisco Rodríguez Cumplido como el más adecuado, aunque la comisión confió a Martín de Gainza la construcción de la obra. Todo esto ha hecho dudar sobre la posibilidad de sucesivas modificaciones la proyecto original. *Ibidem*. Pág. 327.

31 En las Cinco Llagas se permitió desde su fundación el cuidado de los curas enfermos y pobres ya que habían hecho voto de castidad. Carmona García, J I., *Enfermedad y sociedad...* Sevilla, 2005. Pág. 220.

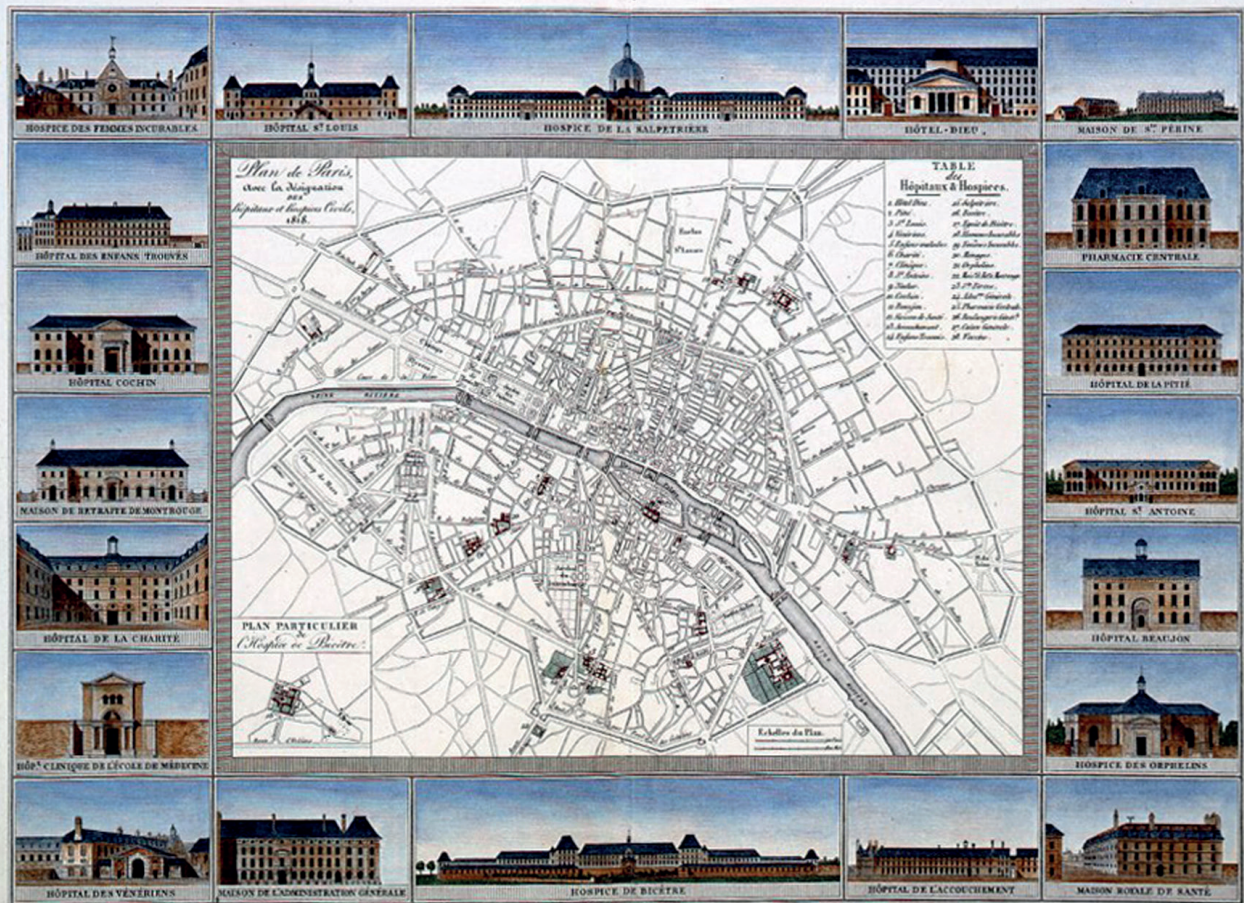
4.6 Los territorios franceses

La guerra de los Cien Años había tenido consecuencias devastadoras en Francia, tanto humanas como económicas: la penuria de las finanzas hospitalarias reflejaba una situación de pobreza generalizada y degradación.

Hasta principios del siglo XVI existían en Francia dos tipos de estructuras dedicadas a la asistencia a los necesitados:

- los establecimientos de beneficencia que nacían como casas pías bajo control del poder eclesiástico, el cual, sin embargo,

fig.4.78
Carte hospitalière de
Paris en 1820.
J. E. Thierry.



dejaba a las instituciones cierto margen de autonomía;

- casas de acogida, como un buen número de leprosarios, fundadas por el poder municipal que las regía con toda independencia del control religioso.

A partir de principios del siglo XVI, este sistema arcaico comenzaba a sufrir un cambio profundo. La Iglesia, que hasta entonces había mantenido el control directo o indirecto sobre las problemáticas ligadas a la beneficencia, iba desarmando su monopolio debido a todo tipo de dificultades financieras, sociales y políticas; progresivamente la gestión de los establecimientos asistenciales va pasando a manos del poder estatal. Este, por otro lado, iba asumiendo la forma estable de la monarquía absoluta, la cual empieza a considerar las políticas sanitarias como parte integrante del mandado gubernamental, como instrumento de control sobre el pueblo y como mecanismo de promoción para el régimen. La autoridad real apoyaba las aspiraciones de la nueva clase burguesa, animándola a tomar la dirección de las instituciones caritativas. Esta, encontraba una representación inmediata y mayoritaria en los órganos municipales, los cuales iban imponiendo en casi todos los hospitales del reino nuevas comisiones de vigilancia compuestas por laicos en número igual o superior a los eclesiásticos. Estos consejos mixtos tenían que vigilar las tareas del prior, limitando su actividad a una acción puramente ejecutiva.

fig. 4.79
Vista del Hôtel-Dieu
desde el puente de
Guillotière. Lyon.
V. J. Nicolle, segunda
mitad del siglo XVIII.
BnF



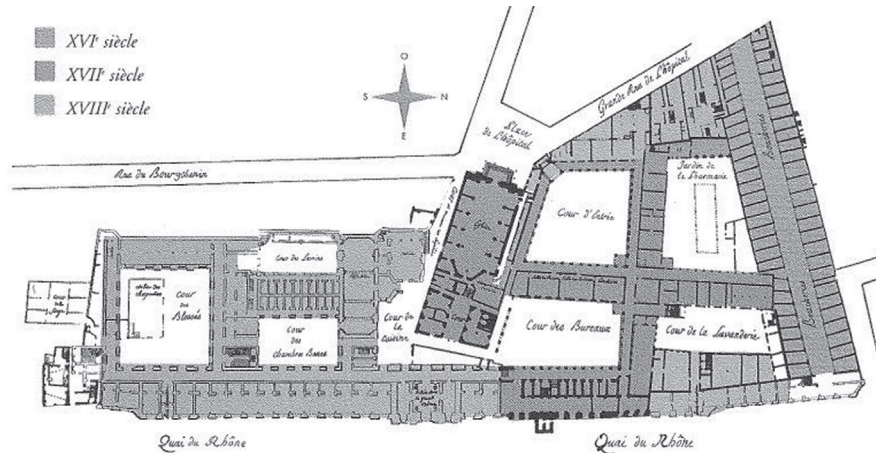


fig. 4.80
Planta baja del Hôtel-Dieu de Lyon hacia 1787.

La metamorfosis del sistema asistencial francés continuará durante todo el siglo XVI y será lenta y discontinua. No faltarán disputas ásperas intercaladas por momentos de involución y estancamiento administrativo.

Esta difícil coyuntura, debida en parte a la solidez del señorío eclesiástico y al prestigio que las instituciones religiosas habían alcanzado durante el periodo medieval, ralentizó la renovación arquitectónica de los hospitales franceses, que arrancó en sustancia sólo a principios del siglo XVII. Por ello, la adopción de los esquemas espaciales que iban desarrollándose en otras regiones europeas fue no sólo parcial y parca, sino, teniendo que hacer frente a la demandas de nuevas prestaciones, muy libre. Además, las diferencias de las condiciones políticas y sociales así como el hecho de que algunos importantes núcleos urbanos, como París y Lyon, se configuraran gradualmente como centros de modernidad y avance en todos campos del conocimiento, hicieron que las actividades reformistas conocieran una clara aceleración durante el siglo XVIII, encaminándose ya hacia las teorías higienistas y nuevos horizontes científicos; en estas ciudades se condensarán las mayores experiencias constructivas, dejando a las otras villas del reino un rol más bien periférico.

Una tímida voluntad de renovación es ya apreciable alrededor de 1500. Las administraciones públicas observan preocupantes carencias en la gestión económica y, más en general, en la dotación

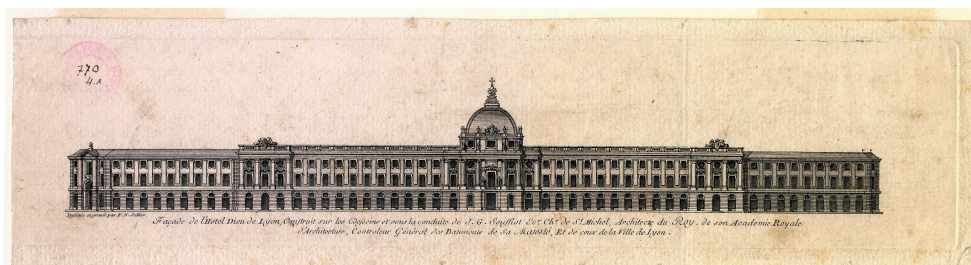
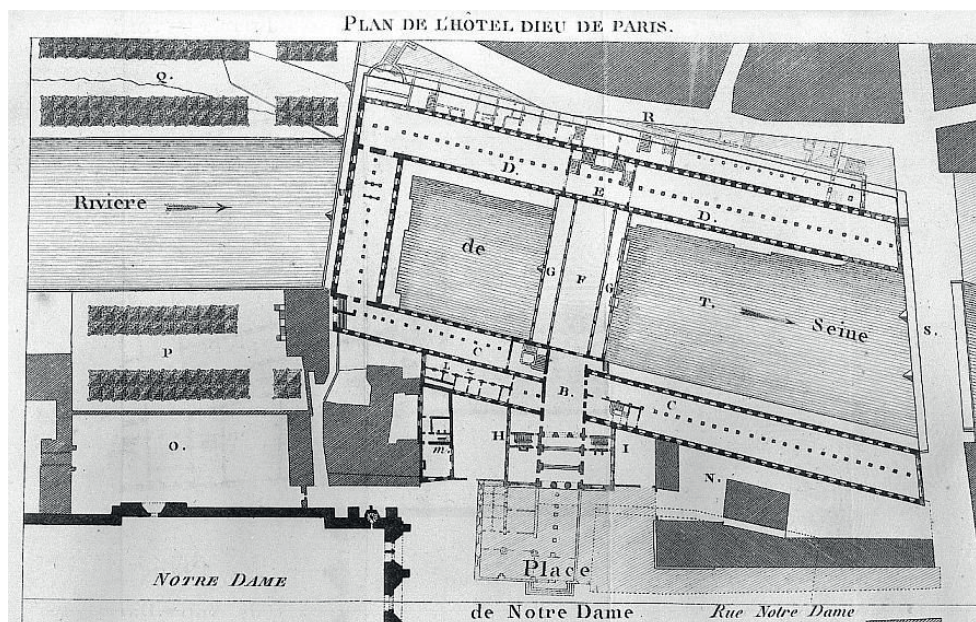


fig. 4.81
Alzado principal del
Hôtel-Dieu de Lyon.
Grabado de F.-N.
Sellier, siglo XVIII.

médico-terapéutica de los hospitales, carencias a las que intentan poner remedio a través de una serie de modificaciones institucionales del sistema sanitario nacional. Estos primeros intentos adquieren una dimensión sobre todo municipal.

En Lyon, los repetidos brotes de peste del siglo XV habían dejado al descubierto el déficit de recursos disponibles en el Hôtel Dieu, con tal claridad y dramaticidad que, en 1478, el gobierno local se vio obligado a hacerse cargo de la gestión del ente, denegando a las instituciones religiosas cualquier tipo de intromisión político-económica. Desgraciadamente, este traspaso de poder no significó una pronta mejora en la oferta de los servicios terapéuticos. En general, la administración pública aprovechó las estructuras sanitarias con fines militares, disminuyendo la calidad del socorro para la población civil. Si, además, consideramos que los ejércitos de estancia en campañas internacionales son lo primeros afectados donde van apareciendo nuevas enfermedades de carácter venéreo, entendemos las dificultades que encontraron las instituciones tradicionales para preparar soluciones efectivas y apropiadas. Como consecuencia de la acción infausta del municipio, la administración del hospital pasó a manos de un consejo de burgueses en 1576, estrenando aquel proceso de transformación que ya habían experimentado más de un siglo antes las instituciones hospitalarias en Italia, encargando la administración de las casas de cura a una asamblea de ciudadanos notables.

El caso del mayor hospital de la capital resulta ser todavía más complejo y dramático: muy a menudo durante el siglo XV el gobierno general había sido obligado a intervenir en violentas disputas ocurridas en el Hôtel Dieu de París entre el capítulo del hospital y los canónigos, y ya desde mucho tiempo atrás circulaban



críticas y rumores de todo tipo sobre la corrupción de costumbres que reinaba en la pía institución. Relata Imbert: “le religieux hospitaliers s’absentent de la maison sans demander l’autorisation, s’adressent des injures en pleine salle, les sœurs se boxent parfois « à sang coulant », les relations coupables entre frères et sœurs s’aggravent et se multiplient”¹.

fig.4.82
Planta del Hôtel-Dieu
de Paris.
Gaitte, 1805.

Obviamente, los desastres financieros y administrativos del hospital además de las continuas luchas internas dañaban no sólo el prestigio y el nombre de la plurisecular institución, sino también los servicios asistenciales ofrecidos en la capital francesa. Ante tal cumbre de decadencia y descontrol, los canónigos del hospital solicitaron la intervención del municipio. El 4 de abril de 1505, día en el cual el capítulo hospitalario renuncia al mando, constituye una fecha crucial en el ámbito del proceso de renovación de la asistencia sanitaria francesa, ya que supone el primer paso hacia la secularización de la mayor institución hospitalaria del país.

Sólo algunos años antes el gobierno civil había nombrado una comisión de ciudadanos para que realizaran una encuesta sobre el estado del antiguo hospital. En 1505, bajo la petición del mismo

1 Imbert, J., *Le droit hospitalière dans l'ancien régime*, 1993. Pág. 13.

consejo del hospital, incapaz de restablecer la disciplina y sanear el balance financiero del ente, la administración pública decide preparar el diseño de reforma del Hôtel Dieu. La responsabilidad de la decisión se confía de manera provisional a un consejo de ocho hombres elegidos entre la comunidad burguesa, renovable cada año. Los canónigos mantendrán sus prerrogativas espirituales, conservando el derecho a la visita y celebración de los oficios religiosos. Entre ellos, quienes no se mostraran conformes a lo dispuesto por el municipio y ratificado por el parlamento, tenían que abandonar el hospital y encontrar amparo en los conventos cercanos.

A pesar de la apariencia radical de las medidas tomadas, en realidad el gobierno de París nunca quiso entrar en asuntos de carácter religioso, limitándose a aclarar la clara división entre poder temporal y espiritual que seguía confiándose a los clérigos de Notre Dame.

Empezaba a difundirse la idea de que los servicios sanitarios, y más en general aquellos de utilidad social, eran una prerrogativa pública, y que los gobernantes tenían el deber de interesarse por ellos para que fueran eficientes y económicamente rentables para la sociedad. De ahí surge la necesidad de incitar la participación

fig. 4.83
Una sala del Hôtel-
Dieu de París en un
grabado del siglo XIX.
Firmin Didot, 1877.





directa de los oficiales públicos en la administración de las casas de cura².

fig. 4.84
Hôtel-Dieu de Paris.
Victor Jean Nicolle,
segunda mitad del
siglo XVIII.
BnF.

El movimiento protestante tuvo un papel decisivo en el proceso de laicización, motivando una profunda transformación en el concepto de caridad y asistencia³. La vagancia cobraba progresivamente una significación perjudicial: la ética común, inspirada por las obras teóricas de pensadores como Vives, Erasmo, y el mismo Lutero, “comienza a desacralizar la pobreza y denunciar la hipocresía e incluso la capacidad de los mendicantes”⁴.

El decreto imperial de 1531 de Carlos V, que transfiere a la administración municipal las tareas de administrar los recursos de la beneficencia, resume todas estas inquietudes.

En Francia, la acción imperial se traduce en una serie de decretos promulgados en un breve intervalo de tiempo, concentrándose muchos de ellos en la mitad del siglo XVI⁵.

En noviembre de 1544, se establece el Grand Bureau des Pauvres, cuya dirección asume el preboste del municipio, coadyuvado por sus concejales. La competencia de este nuevo departamento es

² Edicto de 17 de diciembre de 1543.

³ Véase capítulo 3 apartado 6, Pobres y pauperismo.

⁴ Maza Zorrilla, E., *Pobreza y asistencia social en España: siglos XVI al XX*, 1987. Pág 78.

⁵ Decreto de 1516 que ordena que se encierre en las prisiones a todos los holgazanes sin trabajo.

asegurar la asistencia y cuidado médico para los pobres locales. En el fondo, bajo el pretexto de una actitud paternalista, el preboste de la Mairie escondía un objetivo pragmático concreto: desarraigar la mendicidad urbana, considerada una verdadera plaga social⁶.

En el edicto de 1545 aparece un párrafo introductorio en el que se critica de manera abierta el sistema administrativo de los hospitales, acusando a los clérigos y a todas las personalidades involucradas en la gestión de los entes asistenciales urbanos, de lucrarse de las rentas y ganancias, utilizadas vergonzosamente para el provecho personal en perjuicio de los pobres y de los enfermos.

El ámbito de actuación de la reforma es, por lo tanto, de carácter económico-disciplinar: la “*droit de pauvre*”, un impuesto instituido en 1541 por Enrique II, intenta dar una primera respuesta a la urgencia coyuntural que presentaban las instituciones hospitalarias en los territorios franceses.

fig. 4.85
Vista de pájaro del
Hôtel-Dieu de Paris.
Manesson-Mallet,
1702.



Después de más de dos siglos, el monarca se enfrenta a los mismos problemas planteados durante el concilio de Viena de 1311, mostrando la firme voluntad de afirmar los privilegios estatales en un ámbito hasta entonces controlado por las autoridades religiosas y municipales.

El edicto del 1545 invitaba a los jueces a investigar todas las cuentas y beneficios de los gestores hospitalarios y, en su caso, a poner remedio destituyendo a los administradores de sus cargos. A este edicto siguió la emanación de una serie de normas dirigidas a desarraigar las costumbres deshonestas y las negligencias en los institutos sanitarios: en 1561, un nuevo decreto real encomienda todos los lugares con funciones asistenciales a una directiva de al menos dos personas en el cargo por tres años, los cuales (según la

⁶ Véase AA. VV., *Des hôpitaux à Paris: état des fonds des archives de l'AP-HP, XIIIe-XXe siècles*, Paris, 2000.

proclama de 1579) tendrán que ser elegidos entre los burgueses, inhabilitando así a los eclesiásticos.

Como veremos, las disposiciones reales tendrán una actuación muy parcial, sobre todo por dos razones:

- la negligencia y la poca meticulosidad por parte de los jueces y comisarios de justicia al ejecutar las leyes, cuya actitud varió de manera sensible según las problemáticas de las realidades locales;
- el conflicto que se generó tras la clausura del concilio de Trento en 1563.

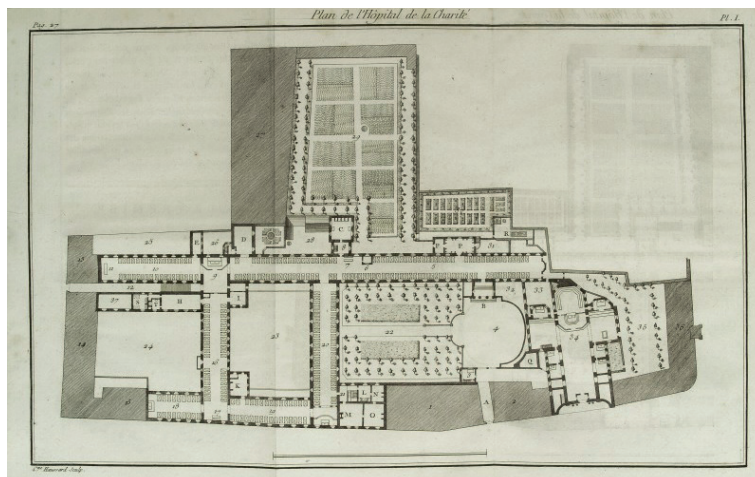
Como observa Imbert, la asamblea de clérigos reunidos en la ciudad tridentina no se preocupó en considerar los problemas generales relacionados con el aumento de mendigos, reconociendo implícitamente la legitimidad de la curia sobre ello: “(el concilio) quiso ignorar las empresas recientes de los ayuntamientos sobre las instituciones de caridad y reafirmó los principios canónicos antiguos en lo que concierne a las fundaciones hospitalarias”.

Si los movimientos protestantes heréticos habían avanzado la posibilidad de dejar la administración sanitaria en manos públicas, los reunidos en Trento denunciaron firmemente esta actitud. Reanudando sus prerrogativas a las disposiciones constituidas en el concilio de Viena de 1311, incluso consolidan el derecho eclesiástico sobre las instituciones caritativas, afirmando el respeto de la voluntad de los fundadores de los hospitales, pero dejando al obispo la posibilidad de cambiar el destino de las rentas de los mismos, siempre de una forma coherente con los fines filantrópicos que están a la base de su ética.

El texto del concilio prevé sanciones para aquellos que faltaran a sus deberes de hospitalidad, incluyendo el alejamiento de las estructuras. Otra medida regula la duración de tres años del mandato, acción ya presente en el edicto real de 1561.

El concilio de Trento y sus disposiciones en materia sanitaria

fig. 4.86
Planta baja,
Hospital de la Charité
de Paris.



provocaron una rotura con el gobierno monárquico, ya que encargaba a los obispos muchos cometidos que el rey había delegado a sus comisarios, jueces y parlamentarios.

Con razón Imbert habla de duda a la hora de aplicar las leyes civiles, cosa que en la práctica significó un mantenimiento del sistema mixto, preservando a los eclesiásticos sus tradicionales derechos de participar activamente en la administración de los hospitales.

De hecho, en los años siguientes el poder monárquico tendrá que preocuparse, además de la corrección del marco legislativo, de problemas de otra envergadura bien distinta: el colapso económico de las estructuras asistenciales, al que tampoco los breves y locales paréntesis de gestión laica habían podido poner remedio, y el aumento enorme de mendigos y pobres en cascos urbanos.

Las disposiciones conciliares del capítulo VIII, sesión XXV de 1563 exhortan a todos aquellos sujetos involucrados en tareas de gestión o administración de casas de beneficencia a continuar su mandato, separando los beneficios procedentes de otra naturaleza, como los beneficios de las parroquias.

Con todo esto, la extremada penuria económica de las cajas de los hospitales hizo que fuera muy difícil preparar cualquier tipo de campaña de restructuración de las arquitecturas surgidas en época medieval.



fig. 4.87
Enfermería del
Hospital de la Charité
de París. Grabado.
Bosse, siglo XVII.

Algo diferente fue la situación para los hospitales que surgen a lo largo del siglo XVI y XVII, más cómodos y más adecuados a las nuevas exigencias funcionales y técnicas.

Es el caso de los hospitales de la Charité, de San Louis, de la Salpêtrière, el Hospital Laennec, Hotel des invalides en París en los cuales se puede detectar una evolución en el diseño de las plantas y una mejora de las instalaciones y servicios.

En 1602, Cristina de Medici encarga a los hermanos de San Juan de Dios⁷ levantar un hospital para pobres y enfermos en los solares de la antigua capilla de Saint Pères, en el *faubourg* de Saint Germain des Prés. Las obras empiezan en 1613 según un programa fiel a las teorías de higiene de aquella época, con amplias salas en forma de T bien ventiladas e iluminadas. Los enfermos estaban atendidos con todo esmero y comodidades, hecho muy remarcable, y disponía cada uno de una cama propia, de una mesita y otras comodidades. El hospital acogía a hombres enfermos, a excepción de los venéreos y los individuos afectados por algún mal contagioso.

⁷ Para tener noticias sobre la orden de San Juan de Dios y sus hospitales, véanse Russotto, G., *San Juan de Dios y su Orden Hospitalaria*. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios "Casa de los Pisa", 2012. Sánchez Martínez, J O H., *Hospital San Juan de Dios: construcción y propiedad histórica: (1543-1593)*. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios "Casa de los Pisa", 2007. Larios Larios, J M., *El hospital y la basílica de San Juan de Dios*. Granada: Diputación Provincial de Granada, 2004.



fig. 4.87
Vista de pájaro,
Hospital de Saint-
Louis de Paris.
Chastillon, 1641-
1643.

El hospital de San Luis se funda por el edicto de Enrique IV de 19 de mayo de 1607. El hospital dependía de los administradores del Hotel Dieu y se construyó para hacer frente a las epidemias que periódicamente ponían a prueba el débil sistema terapéutico y el equipamiento sanitario de la capital⁸. En su planeamiento se manifiesta claramente la voluntad de minimizar el contagio disponiendo un doble recinto hospitalario lo más infranqueable posible, y se explicitan por primera vez temas largamente debatidos por los médicos y especialistas: el encierro como única medida contundente para limitar las consecuencias nefastas de las enfermedades infecciosas.

El programa funcional asume en San Luis formas monumentales en un imponente cuadrilátero de 120 metros de lado, perfectamente simétrico y especular. Se manifiesta una extraordinaria combinación de influencias artísticas: “bajo la influencia italiana, el hospital deviene durante el siglo XVII en un edificio especial, cuya arquitectura y distribución interna corresponden a la función que es llamado a desempeñar”.

Una característica de los hospitales que surgen en la capital a lo largo del siglo XVII es el aspecto carcelario que asumen muchos de ellos, seguramente inspirado en el carácter de las políticas sociales que se emprenden en esta época para el encierro de los pobres válidos e inválidos. En el hospital de San Luis a estas circunstancias se incorporan, como acabamos de mencionar, ciertos

⁸ Los registros del Hotel Dieu cuentan 8000 bajas durante la epidemia de 1562. Sabouraud, *L'Hopital de Saint Louis*, 1937.

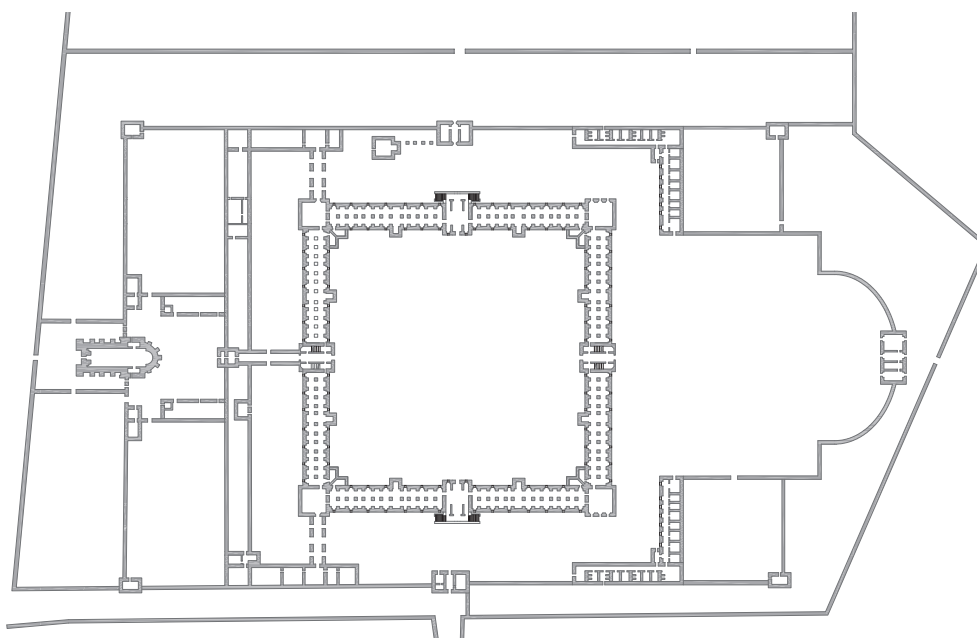
adelantos de las disciplinas médicas impulsados por la aparición de enfermedades contagiosas altamente invalidantes como la sífilis y demás infecciones cutáneas de rápida propagación⁹. La exigencia de aislar a los enfermos para proteger a la población sana se aprecia en todo el programa arquitectónico.

El patio externo que rodea completamente el edificio constituye un verdadero camino de ronda controlado por los vigilantes en los periodos de contagio para que ningún huésped pudiera abandonar impunemente el recinto. Las cuatro esquinas de este inmenso espacio estaban rematadas por pabellones independientes donde se alojaba el personal de servicio.

El perfil del edificio resalta por la sencillez de su construcción y acabado: los cuatro ángulos del gigantesco cuadrado hospitalario se

⁹ Este problema tenía que ser verdaderamente agobiante no sólo para los enfermos, sino para toda la comunidad hospitalaria. En su relación sobre el estado de los hospitales parisinos, el arquitecto Tenon nos habla de la impotencia del personal del Hotel Dieu para exterminar la infección de sarna: “Et comme les Chirurgiens , les Religieuses les Infirmiers ne sauroient se garantir de la gale , on conçoit qu'ils la transmettent le plus souvent aux malades qui n'en étoient point affectés”. Tenon, M., *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, París, 1788. Pág. 197.

fig. 4.88
Planta baja del
Hospital de Saint-
Louis de Paris.



caracterizan por el resalte de torres de ladrillo que sobresalen de la silueta horizontal de la fábrica, creando un agradable movimiento volumétrico y, al mismo tiempo, señalando la austeridad del conjunto. Las salas longitudinales, dispuestas de manera perfectamente simétrica, y ceñidas por los pabellones angulares y por cuatro bloques similares en la zona central, funcionan como enfermerías a la vez que como tramos de conexión y cierre del perímetro del edificio. Los muros externos de las salas reservadas a los enfermos, remarcados por el candor de la piedra blanca, cierran las estancias cuya continuidad está quebrada sólo por el ritmo constante de las amplias vidrieras.

El aspecto homogéneo, compacto y ordenado del complejo, además de su programa funcional, evocan la forma del lazareto construido en Milán a finales del siglo XV¹⁰. Sin embargo, los bloques angulares, los pabellones que marcan el eje de los cuatros frentes y las aulas para los enfermos que saturan los espacios entre estos elementos diseñando el recinto del inmueble, sugieren una composición por módulos funcionales muy próxima a los ejemplos de los hospitales italianos del Quattrocento, aunque revisada según una nueva concepción técnica y una estética peculiar. La ubicación de la iglesia¹¹ señala una ruptura con la tradición precedente: en

10 Sobre el lazareto de Milán. Patetta L., *I temi nuovi dell'architettura milanese del Quattrocento e il Lazzaretto*, en "Arte Lombarda" n° 78, 1986.

fig. 4.89
Visita del Hospital de
San Louis de Paris.
Maréchal, 1766.

11 La capilla de Saint Louis está abierta a todos los feligreses del barrio de Saint Laurent, sin disponer una separación entre enfermos y sanos. A pesar de esta falta de recusos higiénicos, "la calidad de su arquitectura y de su decoración la sitúan entre los mejores ejemplos de capillas de fundación real; la elegancia de su diseño



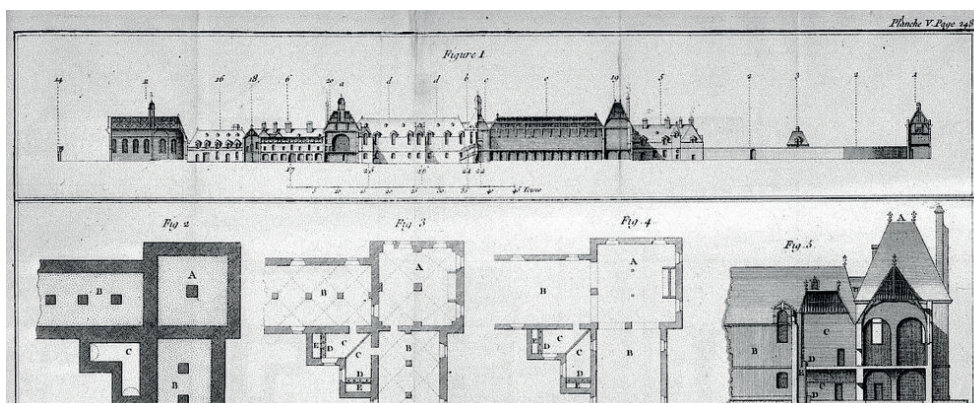


fig. 4.90
Sección y detalles de la
planta del Hospital de
Saint-Louis de Paris.
Delatour, 1759.

posición descentrada, encabeza el complejo hospitalario, definiendo una especie de filtro entre el espacio semi-privado del conjunto terapéutico y el espacio urbano de un distrito en pleno desarrollo; la capilla, caracterizada por una arquitectura sencilla, se sitúa en posición intermedia entre los dos ámbitos, poniéndolos en relación directa y resolviendo a nivel compositivo sus vínculos recíprocos. Efectivamente, el Hospital de Saint Louis se propone como un prototipo de organismo arquitectónico racionalmente concebido y totalmente autosuficiente: en su interior es dotado de todo tipo de equipamientos y suministros para que, en caso de necesidad, se pueda llevar en él una vida completamente autónoma.

La perfección de su geometría y la coherencia absoluta de sus formas indican una nueva sensibilidad arquitectónica, configurándose como la realización perfecta de la idea moderna de edificio de carácter sanitario destinado a las enfermedades contagiosas. Su excelente emplazamiento destaca el compromiso no sólo funcional, sino también social con la ciudad, delineándose rotundamente como lugar de servicio público ofrecido a la comunidad.

Algunas características constructivas del edificio denotan un profundo conocimiento de las problemáticas técnicas y se pueden leer como respuesta moderna a cuestiones que, desde antaño, ocupaban a los arquitectos y constructores. Su proximidad a un riachuelo que bajaba del distrito de Belleville, útil para aprovechar el suministro hídrico, lo exponía al riesgo de periódicas inundaciones.

recuerda la tradición gótica pero el empleo de elementos clásicos le confiere una monumentalidad singular". AA. VV., *Des Hôpitaux à Paris...*, 2000. Pág. 24.



fig.4.91
Patio central del
Hospital de Saint-
Louis de Paris.

La falta de una planta sótano, que muchas veces se ha leído como una consecuencia de la estrechez económica¹² de las obras, podría considerarse por el contrario como una hábil estratagema técnica. Por el mismo motivo, las salas para los enfermos se colocan en la primera planta, accesibles directamente desde el exterior por medio de tres imponentes escaleras de dos tramos (hoy destruidas). De esta manera se puede remediar el problema de la humedad creando un ambiente más saludable. Como en Milán, la planta baja acoge las dependencias de servicio, los almacenes y las bodegas. La calefacción de los locales, no pudiendo beneficiarse de recursos tecnológicos avanzados, se resuelve por medio de grandes chimeneas, como en los hospicios tradicionales.

Pese a la escasez o insuficiencia de sus servicios terapéuticos, el hospital de San Louis, por la complejidad de su aparato técnico y por la magnificencia de sus formas, constituye, sin duda alguna, uno de los mejores ejemplos de arquitectura sanitaria pública de esta época en Francia y un raro ejemplar de la arquitectura civil parisina de principios del siglo XVI, habiendo llegado casi íntegro hasta nuestros días.

Como decíamos al principio de este apartado, un problema delicado que se presentaba a la administración pública, responsable

fig.4.92
Planta del complejo
hospitalario de Saint-
Louis de Paris.
1681.

12 En realidad el problema de la economía de recursos con la cual se desarrolló la obra aparece en varios indicios: sobre todo el aparejo de los sillares de piedra, tallados diagonalmente reducen la sección resistente del interior del muro lo cual provocó diferentes problemas estructurales a la fábrica. Sainte Fare Garnot, P-N., *L'Hôpital de Saint Louis*, Chinon, 1986.

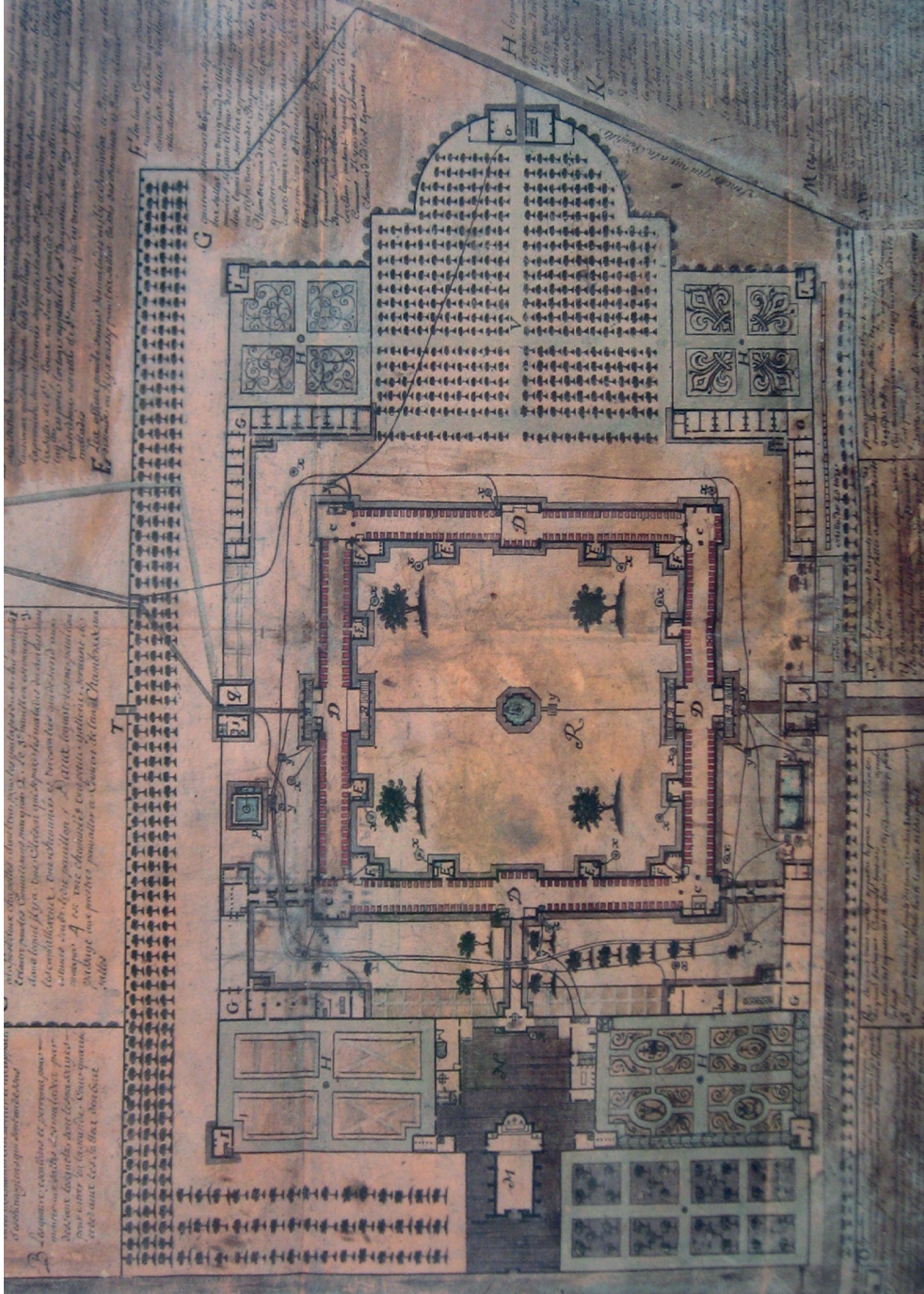




fig. 4.93
Complejo hospitalario
de la Salpêtrière de
Paris. Fotografía de
principios del siglo
XX.
BnF.

directamente de los asuntos asistenciales, era el gran ejército de mendigos e indigentes que poblaban las calles y parroquias de las principales ciudades del reino. La acumulación de menesterosos creaba efectos alarmantes desde el punto de vista sanitario, aumentando el riesgo de nuevos brotes epidémicos. Sin embargo, las preocupaciones más pujantes eran seguramente de orden público: la ciudad moderna, ocupada en definir un nuevo decoro urbano y nuevos conceptos de convivencia civil, veía en todos los marginados un cáncer que había que extirpar porque era inconciliable con el nuevo estilo de vida burgués.

Estas consideraciones, ampliamente arraigadas entre la población, constituyen el pábulo de los intentos de reforma del sistema constitucional que llevaron, en 1656¹³, a la institución del Hospital General de París. Con este término se designó el primer proceso de centralización de los servicios sanitarios y asistenciales urbanos de la capital francesa, proceso por el cual se fusionaban todas las rentas de varios hospitales parisinos¹⁴ y los sistemas de gestión de los mismos. El mismo decreto ordenaba la reclusión inmediata de todos los mendigos válidos e inválidos sin excepción. La ambigüedad de

13 La fundación del Hospital General de París fue ratificada con el edicto real de Luis XIV el 27 de abril de 1656. En realidad se trata una vez más de una fundación de carácter mixto, ya que la administración se confiaba a un consejo constituido mitad por laicos y mitad por exponentes de la Curia.

14 Los hospitales envueltos en la reforma fueron el hospital de la Salpêtrière, de Bicêtre, de la Pitié, además de la Maison Scipion y la Savonnerie de Chatillon Bientot y otras instituciones de menor relevancia. Imbert J., *Hôpitaux de France*, 1986. Pág. 25.

está operación tuvo que ser patente para los mismos promotores y operadores: bajo el pretexto del milenarismo sentimiento de caridad cristiana, se procedía a instituir de manera oficiosa un sistema carcelario y punitivo hacia todos aquellos que habían quedado al margen del progreso burgués, exacerbando en clave verdaderamente “moderna” las divergencias estamentales de la sociedad.

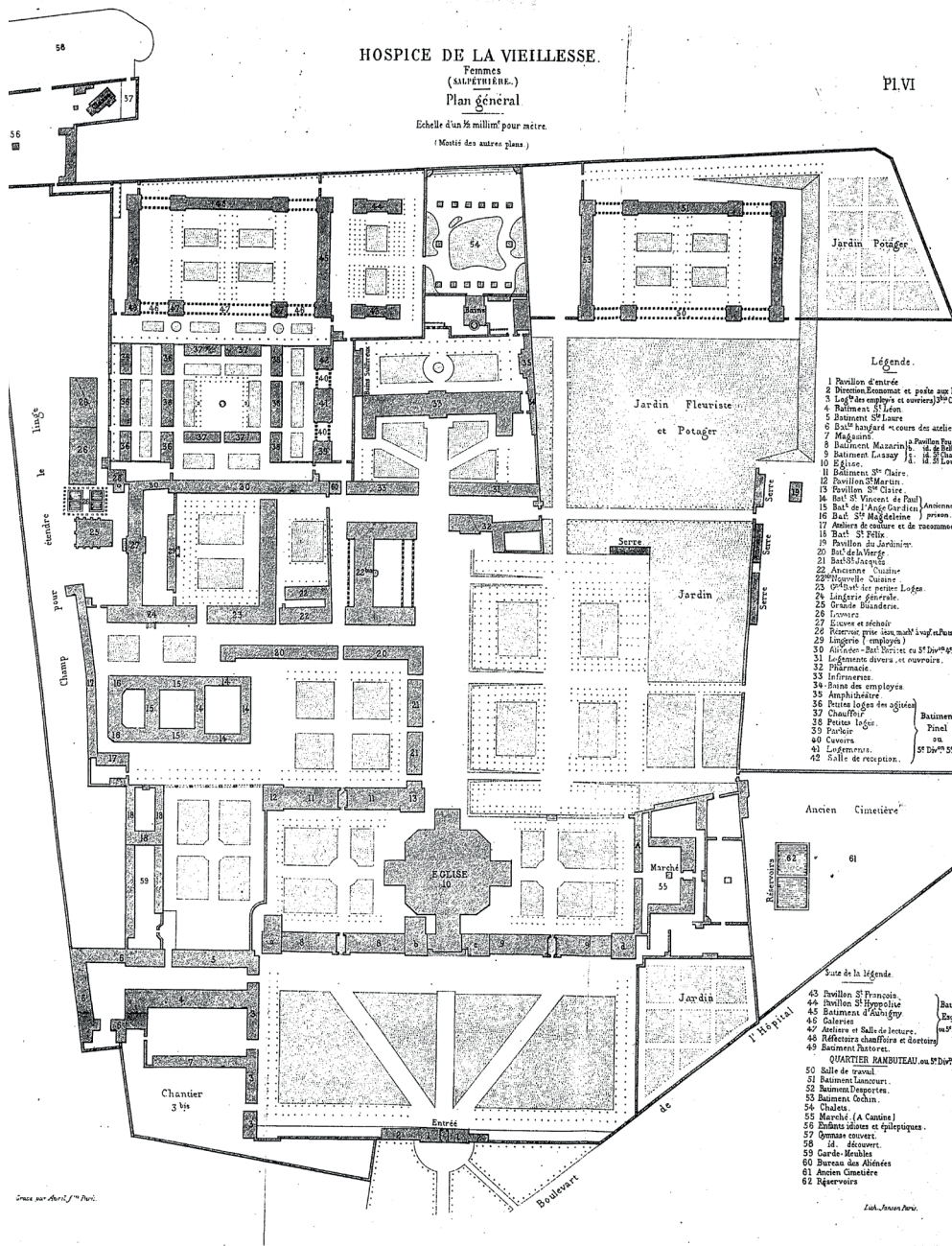
La ingerencia real, independientemente de la coherencia en la realización del programa, hace que la reforma de 1656 se presente como un procedimiento público que tendrá secuelas importantes en los sucesivos acontecimientos de la historia de la asistencia pública en Francia y fuera de sus confines.

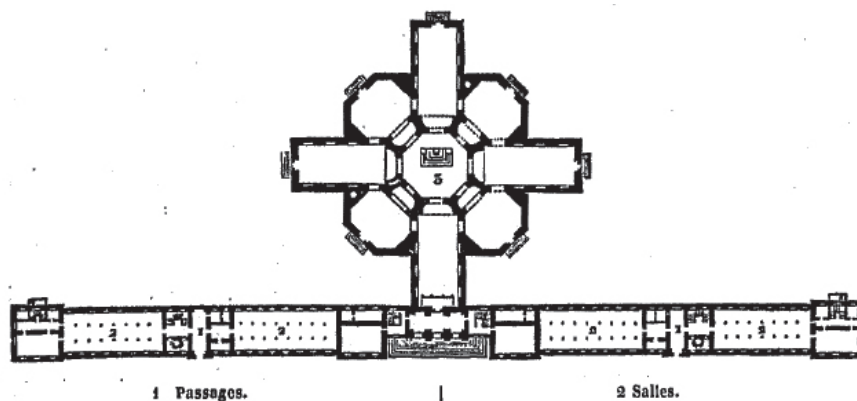
En este contexto, la arquitectura será un instrumento aplicativo fundamental y se hará expresión y vehículo de un nuevo sistema de valores. Los hospitales reunidos bajo el lema del Hospital General asumen la imagen de casas correccionales donde los indigentes están recluidos en contra de su voluntad y son obligados a realizar trabajos forzados, especialmente en el sector de la industria textil, con ritmos laborales inhumanos: la época de las grandes limosnas públicas ha caducado definitivamente.

Las dos facetas complementarias del Hospital General son la

fig. 4.94
Complejo hospitalario
de la Salpêtrière de
Paris.
Christophe, 1822.







disciplina a través de la reclusión y el trabajo y la moral católica a través de la catequesis y demás oficios religiosos.

Esto hace que la imagen de los hospitales se resienta por este doble espíritu de una dualidad perfectamente observable en sus arquitecturas.

La Salpêtrière destacó desde sus primeros años de ejercicio como el centro representativo de los hospitales reunidos. El hospital surgía en un vasto solar ocupado por varios pabellones destinados a la producción de salitre¹⁵, que fueron rápidamente acondicionados para acoger a los primeros enfermos en 1656. Del panorama dibujado por de Boisseau de 1654 se puede apreciar la situación del lugar antes de la implantación del hospital para mujeres pobres. Las naves alargadas¹⁶ se prestaban bien a la función asistencial, pudiendo amparar a un considerable número de hospedados; sin embargo, pronto se revelaron insuficientes debido al aumento de los indigentes que a diario llegaban a este lugar. Por lo tanto, en

15 Un documento de 1657 del cardenal Mazarino, nos da noticias del lugar donde el Rey ordena que se construya el nuevo hospital: "En un grand emplacement de 18 à 20 arpents dans lequel il y avoit , divers corps de bâtimens, de trente et quarante toises de long, en forme de grange, où se faisoit le salpêtre, et d'autres où il y avoit une fonderie et quelques lieux propres à des magasins. Ces lieux, qui estoient ubandonnés et inutiles au public, adjudés au Roy sur quelques particuliers comptables, ont esté donnés par Sa Majesté à l'Hôpital général, et heureusement changez en dortoirs et retraite des pauvres, ont cousté plus de quarante mille livres pour estre mis en état d'y pouvoir logez les pauvres".

16 Una de estas antiguas construcciones reaprovechada para el encierro de la mujeres pobres es el actual pabellón de la Vierge . Tenon, 1788.

fig.4.96
Planta de la Iglesia y
de las Enfermerías del
Hospital de de la
Salpêtrière de Paris.
Tenon, 1788.

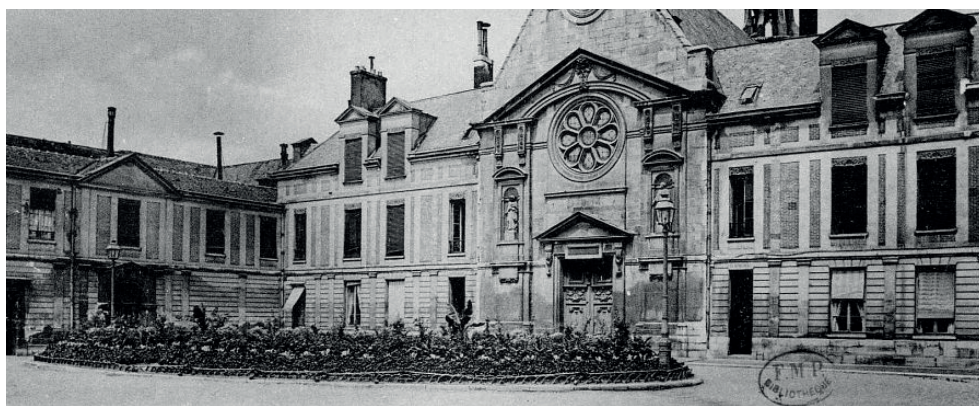
fig.4.95
Complejo hospitalario
de la Salpêtrière de
Paris.
Husson, 1862.

1658, el consejo general ordena que se disponga un plan general de restructuración que integre los edificios existentes en un programa arquitectónico racional y homogéneo. Las obras se empiezan el mismo año sobre los dibujos de Duval, deteniéndose dos años más tarde en circunstancias poco claras. En este proyecto se observa un sistema de crujías alrededor de una capilla en forma de cruz griega.

Sobre el plano de Duval se construye un edificio rectangular muy alargado, la división Mazarino, repetido poco más tarde en otro pabellón especular hacia el norte: los dos edificios que rodean un patio de distribución constituyen el primer núcleo del conjunto hospitalario cuya edificación tardará más de un siglo en completarse.

El plano de La Vau de 1669 retoma la idea de la iglesia de planta central; así, la nueva basílica está formada por cuatro naves simétricas rematadas en cada esquina por capillas desde donde podían asistir a la funciones religiosas las diferentes categorías de enfermos. La capilla, comisionada por el mismo Rey para que tuviera una imagen conforme a la importancia de la institución, viene a configurarse como el nuevo eje compositivo, pronto equilibrado con la construcción de un ala perfectamente simétrica a los pabellones de Duval, con la cual se completa el frente urbano del complejo asistencial. En 1680 se levanta la prisión de Force, un edificio de planta cuadrada en que se manifiesta explícitamente la voluntad del programa asistencial. Simple y austero, su estética ha abandonando cualquier tipo de pretensión artístico-representativa en favor de una arquitectura de tipo patentemente penitenciario.

fig. 4.97
"La cour bonheur"
del Hospital de los
Incurables-Laënnec de
Paris.
Fotografía de
principios del siglo
XX.



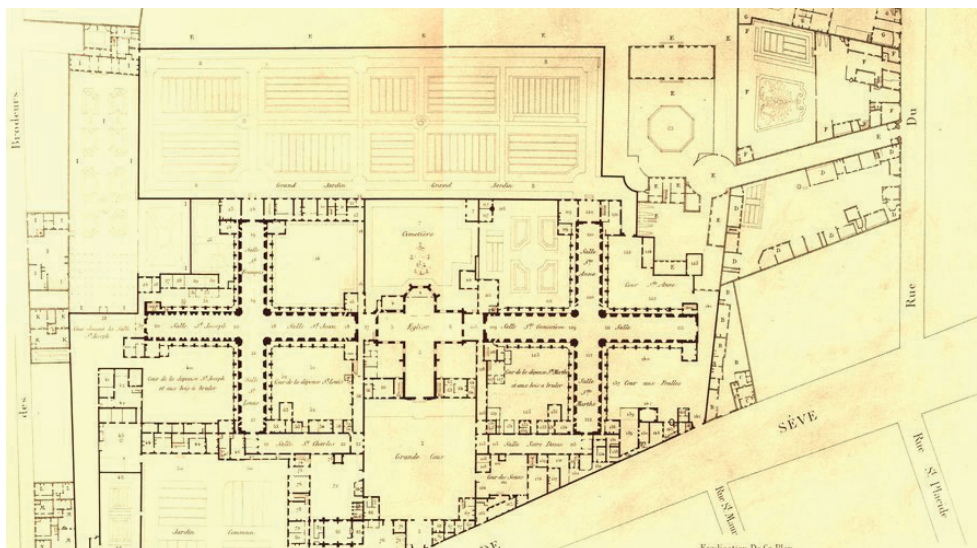


fig. 4.98
Planta general del
Hospital de los
Incurables-Laënnec de
Paris hacia 1891.

Con la Salpêtrière, los modelos de derivación italiana han sufrido una profunda transformación: si bien se mantiene cierta fidelidad en la disposición compositiva, con los pabellones simétricos organizados alrededor de la capilla en forma de cruz griega, por otra parte se pierde la relación directa con el entorno urbano, elección perfectamente justificada por el espíritu carcelario de la fundación. Sin embargo, los patios ajardinados que Husson define en su relación de 1862¹⁷ como espacios amenos y agradables para los muchos indigentes obligados a una inmovilidad casi absoluta, contribuyen a dar cierta airocidad al complejo.

Una característica peculiar del conjunto de la Salpêtrière es el sistemático aprovechamiento de los edificios existentes en el solar, lo cual en cierta medida limitó y dirigió las oportunidades del programa arquitectónico para los pabellones de nueva planta.

En otros hospitales de la capital la imitación de las tipologías hospitalarias que se difunde en Europa durante en siglo XVI resulta ser más escrupulosa, clara y metódica. Hablamos, por ejemplo, del hospital de los Incurables, cuyas obras arrancan en 1635, habiéndose

17 Husson, M A., *Etude sur les Hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction...*, Paris: Administration Générale de l'Assistance Publique a Paris, 1862. Granier Camille, Paris : Journal des Economistes, 1862.

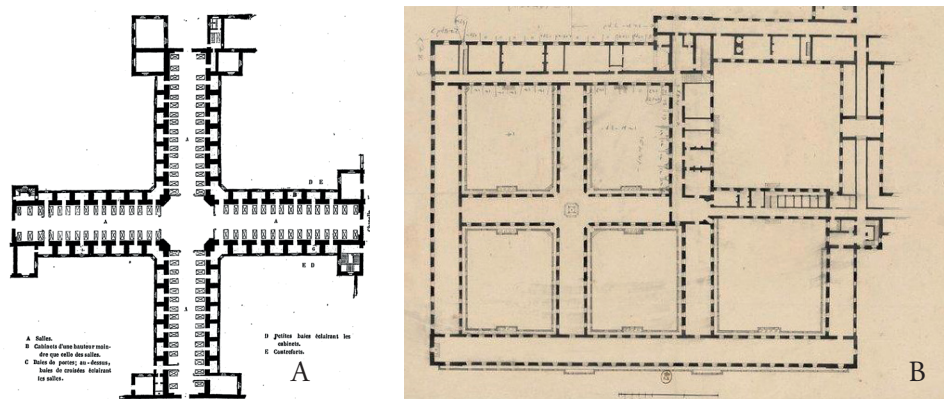


fig. 4.99
 A. Crujías del
 Hospital de los
 Incurables- Laënnec
 de Paris.
 Husson, 1862.
 B. Crujías del Hôtel
 des Invalides de Paris.
 1691.

acabado una buena parte ya en 1649. Se trata de una fundación real que repite el tópico de la gestión mixta, ya que con carta de 17 de abril de 1637¹⁸ el monarca Luis XIV confía la administración al consejo del Hotel Dieu.

En el plano delineado por el arquitecto Gamart, las influencias de las trazas del hospital milanés de Filarete son más que evidentes: el complejo hospitalario se articula en dos edificios en forma de cruz griega destinados a segregar a los enfermos de ambos sexos, separados por una iglesia central como eje general de la disposición planimétrica. Una circunstancia curiosa que merece la pena resaltar se refiere a la descripción de las crujiás de los Incurables redactada por Husson en 1882. El autor señala un aspecto que cobrará mucha importancia a lo largo del siglo XVIII y que hasta entonces había quedado algo encubierto en las opiniones de arquitectos y promotores dedicados a la temática de la arquitectura civil asistencial. Dice Husson hablando de la característica morfología de las salas: “est (la disposición de las naves) très favorable à la surveillance et facilite considérablement le service”¹⁹.

18 La historia del hostel de los incurables empieza algunos años antes, en 1632, con la donación de 622 libras concedidas por Doña Marguerite Rouillé al Hotel Dieu para fundar un nuevo hospital para pobres incurables bajo el título de Santa Marguerita en perene recuerdo de su benefactora. La iniciativa será rápidamente apoyada por el Cardenal La Rochefoucauld, el cual suma al legado de la noble señora una ingente cantidad de dinero y una importante renta inmobiliaria. El Hotel Dieu, que disponía de 17 *arpents* en un solar junto a la Rue des Sevres, decide conceder diez para la construcción del nuevo edificio.

19 Husson, 1862. Op. cit Pág. 302.

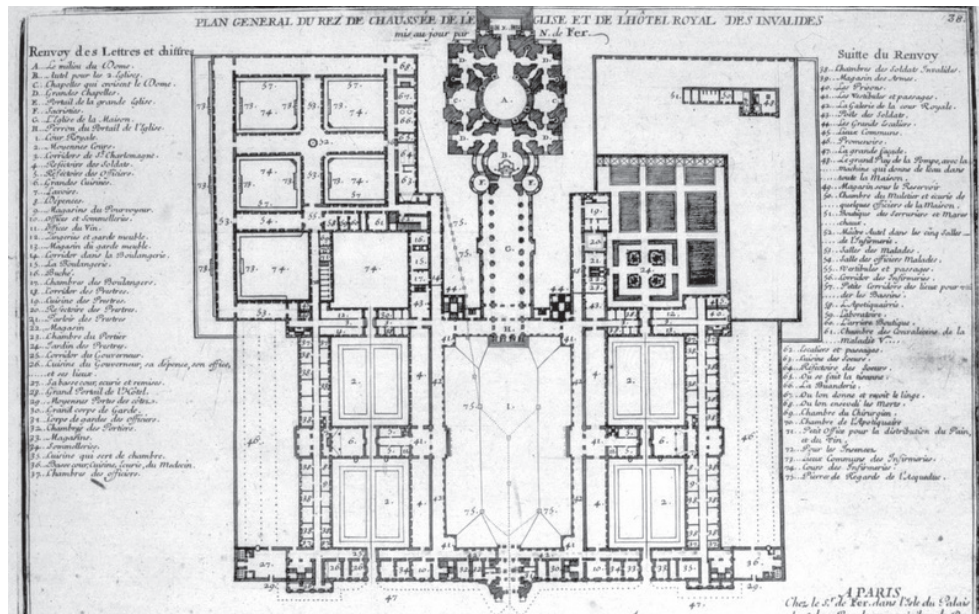


fig. 4.100
Planta general del
Hôtel des Invalides de
Paris.
De Fer, 1860.

Es claro que en la asunción del modelo, ya no valen las significaciones simbólicas ni las referencias intelectuales del humanista, sino las prerrogativas funcionales y el juicio científico del técnico. Efectivamente, por primera vez desde el diseño de Filarete se emula también el ingenioso equipamiento tecnológico: en cada brazo de los dos crucesos un corredor paralelo a los muros perimetrales se aprovecha como contrafuerte estructural, al igual que para alojar los servicios higiénicos.

El último hospital que quisiéramos mencionar puede ser considerado como el resultado conclusivo de casi dos siglos de experimentación tipológica e innovación/renovación artística: el Hospicio de los Inválidos. Si bien puede sonar paradójico, este colosal complejo cruciforme contiene en sí mismo la superación de la tipología tradicional.

Obra suntuosa y monumental, espejo de una época de profundas contradicciones que se tambalea entre la miseria crónica de los suburbios, la magnificencia de la corte y lujos de Versalles, y las inquietudes de las corrientes empiristas y racionalistas en la vigilia

de la Ilustración.

El Hôtel des Invalides llevó el esquema cruciforme hasta sus últimas consecuencias compositivas y arquitectónicas. En la hipertrofia de sus dimensiones y en el academismo rebuscado de sus atributos decorativos y de su imagen se concentran y encuentran ciencia, poder y sociedad.

El incendio que en 1772 devasta el hospital más antiguo del País se acompaña de una completa revolución de las conciencias en ámbito social, científico y artístico. Entre los proyectos presentados, unos proponen una tipología arquitectónica novedosa que apunta a la dislocación y especialización funcional por medio de pabellones aislados. Así terminaba la fortuna del hospital-palacio, su exotismo, su fortuna, cuya admiración todavía inspiraba los bocetos de Delorme para el Hôtel Dieu a principios del siglo. Aquí, después de tres siglos de arquitectura, de arte, de debates sociales y políticos, damos por concluida nuestra historia. La utilización del modelo renacentista en Europa se hará cada vez más esporádica, llegando a ser sinónimo de atraso, incultura, provincialismo.

El hombre nuevo usa la luz de la razón para disponer soluciones innovadoras para cuestiones inéditas. El hombre nuevo mira hacia delante, hacia los centros ingleses de concentración industrial: es la máquina de vapor la que polariza ahora la atención internacional. Habrá que viajar a Inglaterra para admirar con asombro las revolucionarias y dinámicas “máquinas de curar”.

fig.4.101.
Hôtel des Invalides de
Paris.
BnF



CAPÍTULO 5

Los esquemas funcionales, morfológicos y formales del hospital cruciforme



5.1 El hospital y la ciudad

El desarrollo de la ciencia médica junto con la transformación de las dinámicas socio-culturales en sus caracteres diacrónicos y diatópicos, hacen que el factor de obsolescencia asuma en la arquitectura hospitalaria una significación especial, configurándose como el motor principal de la metamorfosis de los modelos compositivos y constructivos. Al mismo tiempo, es incuestionable que este mecanismo de modificación empieza a manifestarse con más vigor a partir de la revolución empirista de la ilustración, hasta convertirse, en época contemporánea, en el mayor obstáculo para el mantenimiento de ciertos estándares de eficiencia y rentabilidad en la oferta de los servicios sanitarios.

Efectivamente, analizando tres siglos de historia de las instituciones asistenciales a lo largo de tres macro-contextos geográficos de referencia (Italia, España y Francia), hemos podido observar una tendencia a la permanencia de los caracteres tipo-morfológicos y de los programas arquitectónicos y funcionales ligados al prototipo del hospital civil surgido en Italia durante el tardo medioevo. Esta

fig.5.1
La festa del perdono
all'Ospedale
Maggiore
Luigi Bartezziati,
segunda mitad del
siglo XIX.



tendencia sufre una brusca aceleración a finales del siglo XVIII, lo cual favorece cierta precisión y ortodoxia a la hora de proponer la fecha del concurso para la reconstrucción del Hotel Dieu como epílogo para la explotación del modelo cruciforme (y de sus diferentes declinaciones) en el ámbito de la arquitectura hospitalaria. Por otro lado, la permanencia de unas leyes generales en la base de la práctica arquitectónica ha entorpecido no poco nuestro trabajo, que cuenta entre sus objetivos más ambicionados el hallar, dentro de un proceso evolutivo generalmente lento y continuo, todos aquellos indicios que sugieren un cambio resolutivo en la adopción de un planeamiento arquitectónico inédito y novedoso.

En tal intrincado contexto hay un factor que resulta imprescindible para descifrar la dimensión del cambio que la tipología hospitalaria sufre a lo largo de la historia moderna: la inserción en el paisaje urbano.

Efectivamente, el análisis de las coordenadas urbanas facilita una preciosa herramienta de juicio, considerando las problemáticas desde una escala territorial y micro-territorial útil para conferir una perspectiva más amplia a nuestra investigación a la vez que para definir un marco teórico más completo.

Hay otras consideraciones que nos animan a emprender este tipo de examen. El hospital, bien como ejemplo de residencia colectiva con fines caritativos, bien como lugar para el desarrollo de la ciencias naturales y médicas, bien como representación de la presencia activa de un sujeto público en el que se reconoce una colectividad humana, ha constituido desde antaño una emergencia significativa del ambiente antrópico.

A partir del siglo XIV, el hospital se hace metáfora del desarrollo de los núcleos urbanos bajo el empuje del crecimiento económico y del incremento demográfico. Desde entonces, la dialéctica entre ubicación polar y emplazamiento periférico preside a la expansión de la urbe, ordenando las estrategias de ocupación del suelo y contribuyendo a la definición del bloque social, de la dislocación de las actividades productivas y de servicio; contribuyendo, en fin, a configurar la imagen del casco urbano no sólo bajo el perfil arquitectónico.

Los edificios hospitalarios se configuran como “operadores activos”: no se limitan a desempeñar de manera más o menos satisfactoria un complejo de funciones sociales, sino que participan directamente en el éxito de las prestaciones cuando, señalando el fracaso, inducen al cambio.

Al igual que los otros elementos ordenadores del espacio comunitario en un área urbanizada, como la iglesia, el mercado y el palacio público, el hospital ha manifestado la capacidad de polarizar recursos y encauzar inversiones. Además, los complejos hospitalarios han sido el lugar preferente de un diálogo fructuoso entre innovación, identidad y cooperación social.

El estudio de la forma urbana como complejo de relaciones entre arquitecturas y espacios que ocupan un contexto transformado artificialmente por la actividad del hombre nos facilita datos muy sugerentes a través de los cuales proporcionar nuestras tesis interpretativas sobre evolución y desarrollo de los tipos históricos.

El objeto arquitectónico, estudiado en sí mismo, aporta información que resulta oscura o, peor aún, superflua si se mira aislada de aquel complejo de fuerzas intrínsecas que contribuyen a mantener la coherencia, unidad y solidaridad del ambiente construido.

Destacar las significaciones urbanas que los modelos arquitectónicos asumen en un determinado contexto necesitaría una reflexión más profunda sobre el mismo concepto de forma urbana como proceso de interrelaciones recíprocas entre los elementos naturales que conforman el territorio y los mecanismos a través de los cuales el hombre impone sobre ellos su propia voluntad para transformarlo con fines específicos.

No es este el lugar adecuado para enfrentar una temática tan vasta y compleja. El mismo Mumford, historiador y filósofo agudo y metódico admite no poder facilitar una definición unívoca a la pregunta ¿qué es la ciudad?; a esta cuestión dedica una obra colosal en extensión y por el nivel de sus contenidos¹, cuyas conclusiones y resultados consideramos todavía muy válidos y actuales. A su obra remitimos para profundizar en este argumento tan crucial para el

1 Mumford, L., *La ciudad en la historia*, 2012. Pág. 9 -11.

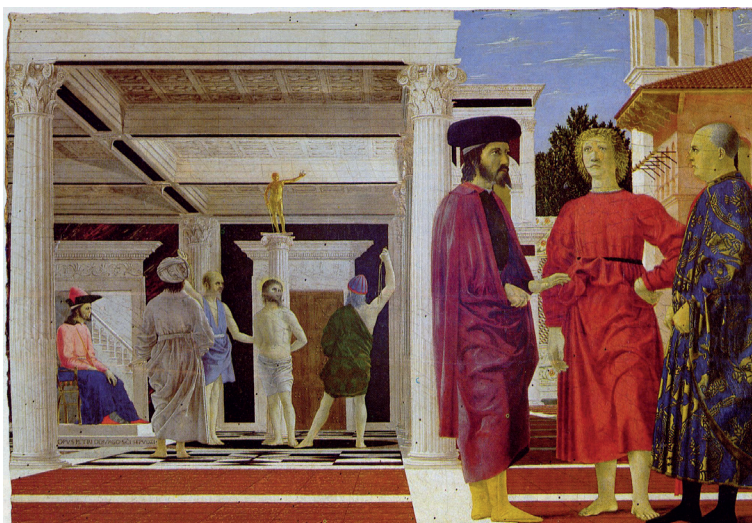
historiador de la arquitectura, para el arquitecto y para todos los operadores involucrados en los procesos de transformación de nuestros núcleos metropolitanos².

Sin embargo, frente a la prudencia que nos impone la trascendencia de estas cuestiones podemos afirmar libremente que la función asistencial y sanitaria ha sido durante una larga época un factor característico de la realidad urbana, y que ésta, por su parte, se ha configurado como elemento motivador del aumento de establecimientos terapéuticos.

Pero volvamos a lo nuestro: intentaremos en este apartado revelar las huellas más o menos visibles que los edificios asistenciales han dejado en la conformación de las ciudades, desde la concentración y nacimiento de la ciudad en época protocapitalista (entre el bajo medioevo y las primera fases del Renacimiento) hasta la vigilia de la revolución industrial, que coincide, como hemos afirmado, con el abandono de la tipología del hospital cruciforme y con la introducción de una nueva tipología cuyo compromiso con la ciudad sigue siendo fundamental.

2 De Lewis Mumford véanse, Mumford, L., *La cultura de las ciudades*. Buenos Aires: Emecé, 1945. Mumford, L., *La ciudad en la historia: sus orígenes, transformaciones y perspectivas*. Buenos Aires: Infinito, 1966. Mumford, L., *The urban prospect*, London: Secker and Warburg, 1968.

fig.5.2
*La flagelación de
Cristo.*
Piero della Francesca,
1469.



Para identificar estas huellas nos serviremos del trabajo del arqueólogo a la vez que del arquitecto urbanista y del sociólogo. Sólo a través de una visión multidisciplinar es posible alcanzar una imagen completa y continua de la función urbana de los hospitales.

Hemos visto que el concepto de caridad cristiana surge de manera espontánea en las primeras comunidades que se reunían recordando y perpetuando la obra de Cristo. En las comunidades paleocristianas, la caridad es ante todo un vínculo de pertenencia; consolida los lazos familiares donde la familia se confunde con la asamblea ecuménica de los hijos de Dios. El lugar de la asistencia es, por lo tanto, el espacio de la casa privada, del lar; la caridad es un acto de especial intimidad que se hace instrumento de evangelización: ayudar el prójimo significa acogerlo en la gran familia de los seguidores de Cristo.

Esta noción paleo-histórica de caridad referida a las primeras asociaciones cristianas evoluciona rápidamente con la institucionalización del culto romano, transformándose las manifestaciones caritativas en el instrumento para aplacar las iras de un Dios que se presenta cada vez menos misericordioso y más vengativo contra una humanidad pecaminosa y disoluta. Las manifestaciones de benevolencia se encuadran dentro del sistema de los oficios religiosos y, por lo tanto, se encierran en los espacios sagrados, sean conventos, iglesias o residencias episcopales.

La vocación del hospital, desde los principios de su historia como un lugar específico y determinado aunque no totalmente autónomo, es, por lo tanto, polar. A esta centralidad absoluta en el ámbito de los primeros ejemplos de concentración urbana estable y progresivamente creciente, se acompaña una carencia en la asimilación de tipologías específicas: el hospicio coincide arquitectónicamente con la iglesia.

En el momento en que la caridad se transforma en una práctica penitencial, el deseo de una buena indulgencia lleva a una estratégica selección de los destinatarios de la acción caritativa: los pobres de Cristo. En esta categoría entran todo tipo de necesitados más o menos enfermos, pero sobre todo peregrinos. Aunque suene algo profano,

es como si ayudando a quienes cumplían los extenuantes viajes penitenciales, por culpas tremendas (muy a menudo condenados por un tribunal civil) o por olor de santidad, los ciudadanos más adinerados pudieran librarse del fardo de sus pecados, lo cual significaba, al mismo tiempo, limpiar la propia imagen ante la comunidad. La consecuencia más directa de esta lógica de interés se observa una vez más en la localización de los hospitales a lo largo de las vías de comunicación que son primariamente (pero no exclusivamente) caminos de peregrinaje. Además, la Iglesia como único órgano de organización política reconocido unánimemente, se preocupa de gestionar los recursos de estas donaciones, confiándolos localmente a las sucursales de su estructura territorial que son, durante la época medieval, precisamente los conventos y abadías.

El interés mirado e instrumental de las familias más prosperas hacia el problema de la asistencia a los pobres como mecanismo de salvación y de promoción individual, junto con el desarrollo de los sistemas corporativos y la radicalización de las jerarquías sociales y de las diferencias estamentales, alientan la participación de los laicos en la problemática asistencial; la victoria definitiva de los aglomerados urbanos sobre los asentamientos rurales en el control de los recursos económicos y en la concentración de los beneficios procedentes del superávit productivo hacen que en ellos se dispongan todos los servicios útiles al desarrollo de la vida civil, desde las instituciones de formación cultural e intelectual, a las manufacturas, hospicios y hospitales³. Si a partir del periodo del bajo medioevo el núcleo urbano se hace metáfora del gradual crecimiento burgués, de forma análoga el hospital se transforma en elemento característico de la órbita urbana, asumiendo al mismo tiempo una morfología singular relacionada con la especificidad de la función/funciones desempeñadas.

3 Existe una diferenciación de carácter léxico entre los dos términos. Sin embargo, se trata de una clasificación a posteriori sobre la base de una gradual especialización funcional de las instituciones destinadas a la asistencia. En la época bajo medieval es muy difícil todavía identificar una separación específica entre el hospital y el hospicio. De hecho, gradualmente la palabra hospicio desaparece, utilizándose exclusivamente el término de hospital para designar un lugar indiferenciado para amparar y curar pobres, peregrinos y viajeros. Nos parece legítimo utilizar en este momento los dos términos de manera indistinta, siendo conscientes de la especificidad que cada uno de ellos asume en nuestro lenguaje común.

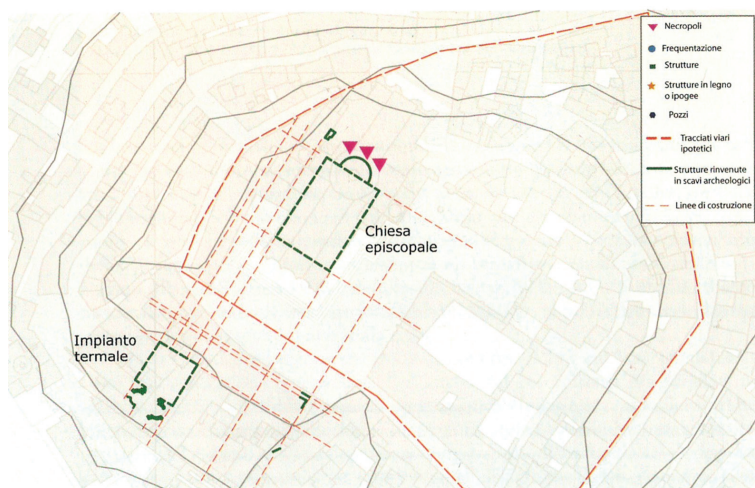


fig. 5.3
La área de la Catedral de Siena entre la segunda mitad del siglo IV y el V.

La historia hospitalaria en clave urbana comienza a finales del siglo XIII, consolidándose en la primera mitad del siglo XIV en determinados territorios donde las dinámicas de crecimiento y expansión urbana son más acentuadas.

En este momento asistimos también a una evolución en el concepto de caridad: las instituciones asistenciales regidas por grupos mixtos y cofradías laicas, perciben la utilidad de los hospitales en clave social. Efectivamente, la pobreza se va imponiendo como factor endémico que se agudiza en situaciones coyunturales concretas. Es un factor que constituye un elemento crítico y peligrosamente responsable de la estabilidad del nuevo orden social.

Los edificios que simbolizan el nuevo sistema se ubican habitualmente en el eje geométrico de las áreas de acumulación urbana, observándose la tendencia a ocupar las antiguas plazas militares romanas situadas en valles y llanuras.

En tal contexto, el hospital asume un emplazamiento polar, junto a la catedral o a una parroquia de especial relevancia. Uno de los casos más sintomáticos de esta lógica de ocupación territorial y organización funcional urbana es, seguramente, Siena.

Las indagaciones arqueológicas del Prof. Francovich y del

Prof. Cantini⁴ han identificado la correspondencia entre el centro neurálgico de la ciudad romana⁵ con el foro, edificios de obras lapídeas y estructuras hipogeas de madera (en la vertiente escarpada del lugar) y la termas (curiosamente debajo del Hospital della Scala), y la plaza de la catedral y del hospital, centro religioso de la ciudad medieval. El hospital de la Scala de Siena es un sugerente ejemplo de hospital urbano: de las funciones urbanas toma no sólo abundantes recursos, sino inspiración para su definición morfológica y funcional. El hospital de Siena repite las dinámicas de expansión y especialización del tejido urbano en escala arquitectónica, disponiendo al interior de sus espacios un sistema organizado de polaridades y rangos funcionales a partir del núcleo más antiguo, donde se ubica la iglesia que funciona como eje simbólico del complejo.

El factor de localización resulta fundamental a la hora de analizar las propiedades urbanas de los conjuntos hospitalario. Este “coeficiente” analítico no depende sólo de la localización absoluta de los edificios asistenciales en un determinado contexto urbano, sino más bien de las relaciones recíprocas que se instauran entre el edificio y todas las partes de la ciudad en una visión escalar, desde los solares adyacentes hasta llegar al límite de la urbe, donde ésta se conecta con los suburbios rurales. Estas relaciones pueden sintetizarse en los nexos entre centro y periferia, pero también considerando vínculos no directos, por ejemplo entre diferentes compartimentos productivos o centros administrativos.

El imponente desarrollo urbano de los últimos siglos del medioevo hizo que estas pautas y conexiones entre la arquitectura y el entorno urbano se hicieran notablemente más complejas, obligando a considerar en el análisis urbanístico estudios sectoriales no directamente ligados a las temáticas arquitectónicas y a la forma urbana.

Por ejemplo, en el caso de los hospitales de Florencia, si

4 Francovich, F., Valenti, M., Cantini, F., *Scavi nella città di Siena*, en *Le città italiane tra la tarda antichità e l'alto Medioevo*, actas del congreso (Ravenna 26-28 de febrero de 2004), Firenze: All'insegna del Giglio, 2006. Cantini, F., *Archeologia urbana a Siena. L'area dell'Ospedale di Santa Maria della Scala prima dell'Ospedale*, Firenze, All'insegna del Giglio, 2005. *Ospedale di Santa Maria della Scala: ricerche storiche, archeologiche e storico-artistiche*, Siena: Protagon Editori, 2005.

5 Conventi, M., *Città romane di fondazione*, Roma: L'Erma di Bretschneider, 2004.

considerarnos sólo el factor de localización o las relaciones entre centro y periferia, obtendríamos resultados inciertos y absolutamente parciales.

En primer lugar, por la obvia consideración de que esta dependencia recíproca cambian radicalmente al transformarse el entorno: es decir, lo que es periférico en el siglo XV, es central en el XVI. Las palabras de Aldo Rossi interpretan magistralmente este concepto: “la forma de la ciudad es siempre la forma de un tiempo de la ciudad; y hay muchos tiempos en la forma de la ciudad. En el mismo curso de la vida de un hombre la ciudad cambia de rostro a su alrededor; las referencias no son las mismas”⁶.

Secundariamente, porque la lógica de asentamiento de las instituciones asistenciales se enriquece de consideraciones de carácter terapéutico, pero también de lógicas ligadas a las rentas inmobiliaria y el valor del suelo urbano.

En relación al primer punto, los cambios son verdaderamente macroscópicos: para Hospital de Santa Maria Nuova, como muchos hospitales de los siglos XIV y XV, el promotor opta por una localización urbana, pero junto a la cinta amurallada y en

6 Rossi, A., *La arquitectura de la ciudad*, Barcelona 1982. Pág. 62.



fig. 5.4
Il vero volto di Siena.
 Mapa histórico de la ciudad de Siena.
 Furlani, 1568.
 En rojo está señalada la Catedral y el hospital



fig.5.5
Vista de la ciudad de
Florenxia.
Francesco Scotto,
1707.

directa conexión con las puertas de acceso a la ciudad. En lo que concierne el segundo punto, la disertación es algo más compleja. Dejemos de lado momentáneamente las implicaciones de carácter técnico-terapéutico, que abordaremos más adelante en este mismo apartado, y centrémonos en el problema de las oscilaciones en el valor del suelo urbano.

Ante todo, como señalan Cattaneo y Bugatti, “es importante definir el edificio con función hospitalaria como elemento urbano de carácter colectivo, es decir, como elemento primario capaz de participar en la evolución de la ciudad y en grado de identificarse como un hecho fundante del mismo concepto de ciudad”. El hospital tradicional alberga una actividad fija que, debido al retraso crónico de las ciencias durante la primera edad moderna, sufre pocas modificaciones de carácter técnico, centrándose los innovadores en cuestiones más bien sociales.

En cuanto al concepto de actividad primaria, es nuevamente esclarecedor el juicio de Rossi: “aunque hablando de actividades fijas o de elementos primarios nos referimos -pero sólo en parte- a la misma cosa, los dos términos presuponen un modo de concebir la estructura urbana completamente diferente. Lo que hay de común se refiere al carácter público, colectivo, de estos elementos; esta característica de cosa pública hecha por y para la colectividad, es

7 Bugatti, A., Cattaneo, T., “Riqualificazione di strutture ospedaliere esistenti: il progetto del nuovo Policlinico di Milano”, en AA. VV., *Edilizia Ospedaliera: esperienze e approfondimenti per una progettazione consapevole*. Florenxia: Alinea, 2011. Pág. 79.

de naturaleza esencialmente urbana”⁸. Si consideramos y apoyamos la consideración del arquitecto italiano de que la colectividad es esencia y fin último de la ciudad, imaginemos la trascendencia que las instituciones asistenciales tuvieron en la formación de los asentamientos como lugares de participación colectiva. Y, efectivamente, tuvieron un papel muy remarcable.

Esther Diana ha estudiado los caracteres de los establecimientos asistenciales en Florencia. En sus ensayos se destaca no sólo la ubicación del solar, sino sus “calidades” urbanas en relación a factores económicos y sociales. Sus conclusiones apuntan a una perfecta congruencia entre las dinámicas inmobiliarias emprendidas por las principales instituciones hospitalarias florentinas entre los siglos XIV y XVI y las directrices de desarrollo urbano de la capital toscana.

¿Existe una relación de responsabilidad directa entre el diseño empresarial de los hospitales descrito por la historiadora florentina y el crecimiento y especialización progresiva de la ciudad?

La respuesta parece obvia, pero requiere ciertas aclaraciones; “en el proceso de reorganización política, económica y social, diferentes grupos y entes laicos empiezan a disputarse los espacios donde manifestar de forma emblemática la propia presencia”⁹. En este proceso participan los hospitales, instituciones nuevas que huyen de los espacios saturados de la antigua concentración urbana alto medieval y deciden ocupar los solares en los territorios al norte del río, donde, por la misma disponibilidad de espacio, se iba trasladando el centro político y religioso de la ciudad burguesa. Sin embargo, la elección topográfica estaba motivada también por la metamorfosis de las condiciones a nivel territorial con la abertura de nuevas directrices de comunicación hacia Bolonia y la Vía Emilia hacia el norte y el gradual declive de la Vía Francigena.

El desarrollo urbano de Florencia animó la experimentación tipológica y artístico-arquitectónica, tanto que la zona más envuelta en el proceso de renovación urbana, el área de la hodierna catedral y sus alrededores, fue protagonista de un extraordinario programa de

8 Rossi A., 1982. Op. cit. Pág. 105.

9 Diana, E., *Non solo carità. L'Ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze: un risultato imprenditoriale (1285-1427)*, en *Ricerche Storiche*, XL, 2010.

obras (palacios, iglesias en el estilo moderno) apoyado y financiado por las familias más eminentes de la ciudad.

En cuanto a las instituciones asistenciales, aparte de una capacidad común a todos los hospitales de situarse en lugares donde “acaba de comenzar el proceso de urbanización, o bien en las áreas en pleno desarrollo, con la consiguiente definición de los caracteres arquitectónicos y sociales”¹⁰, observamos dos tendencias urbanas:

- La formación de manzanas especializadas en las tareas asistenciales;
- La explotación de los solares con para incrementar las rentas de las fincas urbanas.

Como primer mecanismo de expansión, una vez elegido el solar donde ubicar el primer núcleo consistente en la iglesia y otro edificio para amparar a los pobres, observamos cómo los hospitales intentan integrar gradualmente unidades inmobiliarias a modo de construir un polo asistencial agregado al hospital; esta nube de pequeñas propiedades que gravita entorno al cuartel general del ente sirven sobre todo para alojar a todos aquellos que participan de la vida de la institución. Estas disposiciones nos dan idea de la complejidad de la función hospitalaria, que si bien carece de una acción terapéutica contundente, ordena todo tipo de actividades para la comunidad, ofreciéndose como un verdadero centro polifuncional de atención al ciudadano necesitado.

Pero hay otras intenciones en la tipología del crecimiento de los hospitales florentinos que van más allá de la función asistencial, entrando en la óptica de una inversión financiera encaminada a la acumulación de bienes cuya rentas y provechos hagan rentable la especulación inmobiliaria. Tal lógica, perfectamente observable en los patrimonios del Santa Maria Nuova, del Hospital de San Paolo, de Bonifazio¹¹, etc..., era completamente desconocida a cualquier tipo de institución religiosa medieval (con escasos casos que al final constituyen interesantes excepciones), siendo característica de una gestión laica, burguesa y absolutamente urbana. Los hospitales florentinos procuran encauzar las donaciones y legados para adquirir

10 Diana E., *Dinamiche fondiari e caratteri insediativi degli ospedali tra il IV e il XVI secolo* en *Medicina & Storia*, 6, 2003.

11 *Ibidem*. Pág. 35.

inmuebles en “áreas urbanas que las contingencias del mercado inmobiliario indican como las más remunerativas”¹². En estas unidades sitúan talleres de alquiler para las actividades que avivan el mercado urbano y alimentan el comercio internacional, como la elaboración de la lana y la manufactura textil en general¹³. Esta capacidad empresarial decretará la fortuna urbana de los complejos asistenciales, que permanecerán durante siglos transformándose en elementos emergente de los núcleos urbanos. Estas políticas

12 *Ibidem*. Pág. 40.

13 Entre los locales destinados a uso comercial, destacan los alquileres para tabernas y posadas, actividades muchas de ellas ilegales, pero extremadamente lucrativas. *Ibidem*. Pág. 55.

fig. 5.6
Plano de la ciudad de
Milán.
Daniel Stoopendaal,
1704.



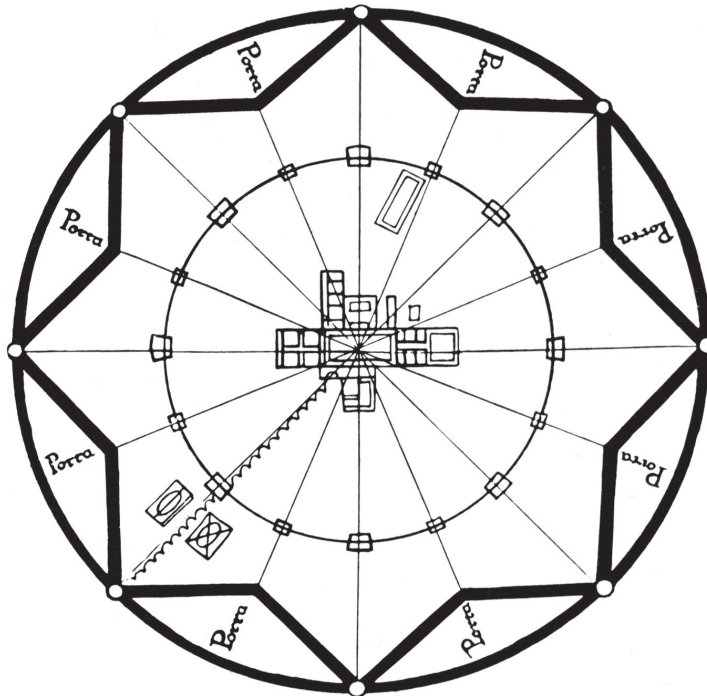
empresariales configuran un modo orgánico de implantación del edificio hospitalario dentro del recinto urbano en continua mutación, adaptándose a las directrices del desarrollo económico e impulsando la organización del paisaje urbano por unidades productivas, residenciales, representativas, etc.

Puede observarse en las experiencias de las instituciones asistenciales del norte de Italia, especialmente en la ciudades que se iban desarrollando a mitad del siglo XV en el valle del río Po, una semejanza con la conducta empresarial y urbanística de los nosocomio florentinos tardo medievales.

En Milán, el Hospital Mayor es el hospital urbano por excelencia: “la Ca’ Granda” (como afectuosamente llaman los habitantes al Hospital Mayor); entre todas las facetas de Milán, define aquella que es más cercana, más afín, más unánimemente asimilada a la identidad profunda de la ciudad”¹⁴.

14 Franchini, 1995, 137.

fig.5.7
Plano de Sforzinda.
de Filarete
Rainer Zenz, 2004.



Apesar de las similitudes de la experiencia milanesa con los acontecimientos de Florencia, que acaso se empleará como modelo junto al de más antigua tradición de Siena, hay que encuadrar las actividades asistenciales en Milán según una perspectiva singular. El valor de la especulación financiera que en Toscana, tierra de comerciantes y banqueros, asume un papel relevante, deja aquí paso a un concepto de solidaridad pública y de decoro social debido al esmero de los poderes públicos. La actividad indiferenciada de los hospicios medievales suburbanos se sustituye por un número considerable de consorcios asistenciales dedicados a la cura de todos aquellos que sufren las consecuencias de un incremento urbano tan repentino como, en ciertos casos, difícilmente controlable. Se trata de un sistema que solidariza a través del concepto de estado social, aunque esto, lejos de crear igualdad, se utiliza para justificar el poder real concentrado en una sola persona que lo gestiona en nombre del derecho dinástico. La diferente naturaleza de los promotores del proceso de racionalización del sistema asistencial hace que el patriciado milanés se distinga como mecenas piadoso en busca de una imagen gratificante inspirada en nuevas instancias intelectuales y culturales y en la voluntad de suscitar el asombro de la colectividad a través de obras grandilocuentes. En este caso no parece que el pragmático cálculo de los mercaderes florentinos haya sucumbido a las grandes utopías humanistas que se desarrollan dentro de las refinadas cortes señoriales.

La ubicación misma de los nosocomios no busca el emplazamiento más coherente en un sistema urbano donde las nuevas aspiraciones mercantiles indiquen los procedimientos fructuosos y rentables para el provecho de inmuebles y servicios; la elección de los solares para construir el hospital responde a una lógica racional que considera factores de carácter científico y formas dictadas por una serie de leyes superiores pertenecientes al universo de la cultura de los cenobios humanistas. En este sentido, el hospital de Milán tiene el carácter de una obra plenamente renacentista.

Las leyes que acabamos de mencionar consideraban la ciudad como un conjunto orgánico susceptible de un proyecto a priori conducido a través del esfuerzo del intelecto. El testimonio más esclarecedor de este espíritu es el tratado escrito por el arquitecto Antonio Averlino, alias Filarete. A él pertenece el mérito de haber

dotado de una fuerte base teórica erudita al programa político de concentración hospitalaria preparado por Francisco Sforza.

Pues *Sforzinda* es la ciudad ideal prefigurada sobre la base de unas intenciones prácticas concretas descritas detalladamente en el tratado; en él, el autor se vale de la ficción literaria para presentar el programa constructivo de una ciudad renacentista que, en muchos aspectos, recuerda la Milán de Francisco Sforza. Este programa es guiado por unos principios teóricos de la arquitectura que revelan la influencia del pensamiento neoplatónico de los círculos humanistas.

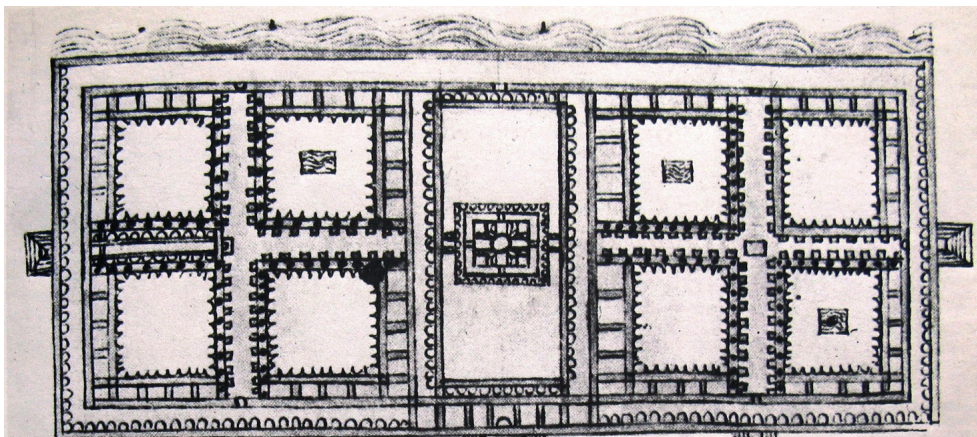
Las referencias alegóricas contenidas en el tratado, la insistencia sobre disciplinas como la geometría y el dibujo como herramienta para el control del proyecto, su racionalidad y su inteligibilidad a través de principios matemáticos, hacen del tratado de Filarete un verdadero compendio filosófico sobre el concepto de forma urbana. En este escenario, los edificios públicos desempeñan un papel fundamental, contribuyendo con la propia imagen arquitectónica, la tipología orgánica y el valor simbólico, a caracterizar la ciudad racional, encauzando la transformación de sus franjas periféricas y de las áreas centrales.

En la obra verosímilmente visionaria de Filarete, el hospital es nombrado al igual que el palacio señorial, el mercado y el teatro entre los equipamientos fundamentales del aparato urbano.

El emplazamiento sigue fielmente las indicaciones del tratado de Alberti¹⁵, eligiéndose un lugar *extramoenia* favorecido por unas buenas y saludables condiciones ambientales, junto a un río para un cómodo abastecimiento hídrico.

Los elementos que configuran tipológicamente el hospital están interpretados desde una óptica urbana: existe una perfecta simbiosis entre el programa funcional del hospital y su continuidad

15 Es Alberti quien se preocupa por primera vez de encuadrar tipológicamente el edificio hospitalario, confiriéndole una nueva dignidad teórica: en el libro V, capítulo VIII, Alberti da indicaciones precisas sobre el emplazamiento más adecuado para los establecimientos asistenciales (el teórico florentino presenta los hospitales en su doble naturaleza, terapéutica y asistencial), considerando las temperaturas, la exposición, los vientos etc. Alberti, L. B., *L'architettura*, pág. 99. En las especulaciones de Alberti se inspiran las obras de teóricos como Francesco di Giorgio, el mismo Filarete y sus traductores y copistas.



con las funciones que se despliegan ordenadamente en la ciudad renacentista.

fig. 5.8
El Hospital Mayor de Sforzinda.
Filarete, *Tratado de Arquitectura*, 1460 h.

Los claustros, que de por sí no constituyen elementos de innovación, sirven no sólo para ordenar los recorridos internos del hospital, sino que “constituyen el momento de agregación y de explicación del carácter y del modo social y civil del realizarse de la asistencia sanitaria”¹⁶.

Las reglas proporcionales del diseño general, su perfecta geometría y simetría, ofrecen una nueva combinación de formas y símbolos capaces de imponerse como motivos ordenadores del entorno urbano.

Además, a las problemáticas de carácter arquitectónico, artístico y técnico-constructivo se añaden las preocupaciones de carácter social: el hospital se ubica en un área urbana prácticamente despoblada. La índole del lugar casa perfectamente con las exigencias del programa funcional, pero a la vez está desprovisto de la componente humana que aliente su actividad; por eso se dispone que el amplio basamento previsto, cuyas funciones son esencialmente de carácter técnico (aislar las enfermerías de la humedad capilar), aloje tiendas y talleres como nuevo polo productivo y comercial de la nueva porción de ciudad que se quiere desarrollar alrededor de él.

16 Li Calzi, E., “Il legame ospedale territorio: modalità di lettura ed evoluzione” en “Regione Lombardia”, 2009.

Del mismo modo, el pórtico de la fachada asume un rol urbano como filtro entre el interior y el exterior, y desde entonces se considerará como un elemento normativo del hospital civil.

El hospital renacentista participa de la vida de la ciudadanía bajo múltiples puntos de vista: como servicio sanitario, como presidio genérico de carácter humanitario, como elemento de prevención social.

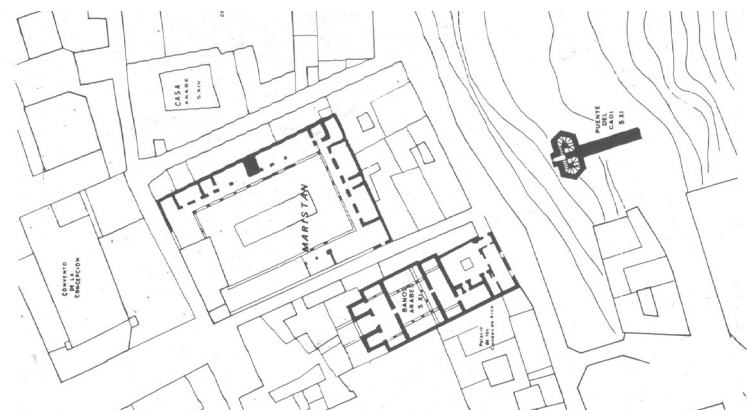
Este complejo diseño programático pretende un perfecto sincretismo entre emplazamiento, aspectos tipo-morfológicos e imagen formal del establecimiento. Como destaca Li Calzi “en la concepción del hospital renacentista se verifica una sustancial inversión conceptual: si el hospital medieval es imagen de la iglesia y de los monasterios, el hospital del siglo XV, como edificio representativo de la nueva organización del poder y de la ciudad, es imagen del palacio civil y como tal asume el rol y la imponencia y se convierte en elemento de referencia también de la venustas de la ciudad”¹⁷.

El concepto de belleza, que se materializa en el control geométrico y proporcional del edificio y en la monumentalidad de su presencia, se encuentra de manera más o menos atrevida en el proyecto de todos los hospitales urbanos que surgen en Italia durante el siglo XV.

fig.5.9
Planta del Maristan
u del Bañuelo en la
ciudad de Granada.
Granados, 1989.

Bajo la finura de los acabados, se esconde un doble y algo contradictorio planeamiento dogmático: la hospitalidad y la

17 *Ibidem*. Pág. 40.

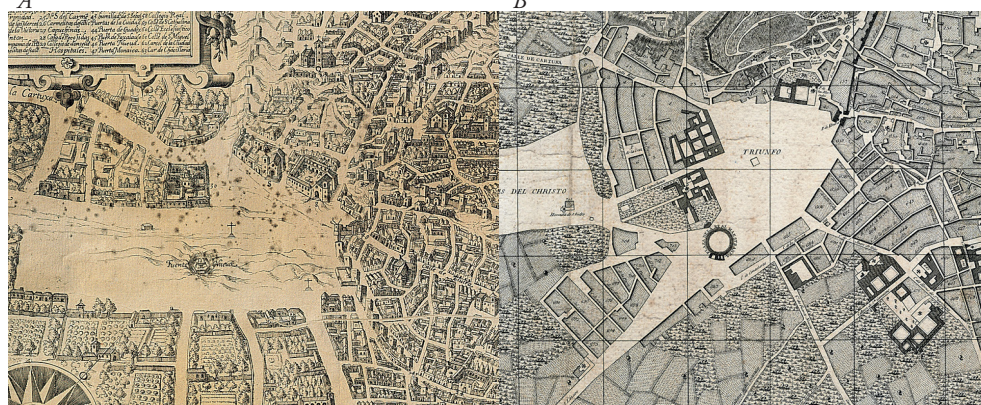


segregación. Esta antítesis teórica se soluciona a través de la participación activa en las funciones urbanas. Sin embargo, hay que señalar que esta asombrosa sintonía es viable por el complejo de condiciones históricas de la época: el coeficiente de pobreza estructural tiende a crecer exponencialmente durante los siglos sucesivos, mutando radicalmente los criterios de actuación de la problemática asistencial y sanitaria en el entorno urbano.

Mientras que el abandono de las áreas rurales se impone como norma constante del crecimiento urbano, las condiciones higiénicas se deterioran rápidamente. En los hospitales españoles, azotados por las continuas carestías y epidemias, la mayor preocupación es de carácter ambiental. En este escenario, la resonancia de las lecciones de Alberti es insistente y universal: la elección del solar para la construcción del hospital de Granada, emblema español del espacio terapéutico público, recae sobre un área extramuros antiguamente ocupada por un cementerio musulmán; en la cuidadosa preferencia topográfica es legítimo leer una cierta influencia de la avanzada política de salud de las sociedades árabes, que en Granada habían dado prueba de competencia, eficiencia y piedad religiosa en el monumental Maristán.

En realidad la elección del solar para la edificación del hospital de Granada había sido muy debatida y se habían considerados diferentes opciones. En una carta anterior a la construcción del Hospital Real se indica como emplazamiento posible una zona delante de la puerta de Bibramba, muy próxima al núcleo religioso-representativo que se iba delineando con la monumental catedral cristiana y la capilla

fig. 5.10
El área del Hospital Real de Granada.
A. Plataforma de Ambrosio de Vico, 1613.
B. Plano de Francisco Dalmau, 1796.



de los monarcas católicos. Es clara, pues, la voluntad de perpetuar la tradición que tendía a centralizar los servicios comunitarios bajo la égida del poder religioso. Sin embargo, en el programa político de los Reyes Católicos también la catedral se hace instrumento para la legitimación del poder y asume un carácter peculiarmente civil. Finalmente, las prerrogativas ambientales prevalecieron sobre las exigencias de la estrategia política y el solar se señaló en una vasta zona fuera de la puerta Elvira, ligeramente en pendiente y bien favorecida por las corrientes de aire.

A pesar de las novedosas instancias de carácter técnico-científico que subyacen en el proyecto del Hospital Real como servicio terapéutico ofrecido bondadosamente a la comunidad, el establecimiento se utilizará para encerrar a cualquier tipo de marginado social según una tendencia que iba cobrando fuerza en toda Europa debido al cambio de las condiciones económicas, ambientales y políticas.

Efectivamente, el endurecimiento de las condiciones de vida de las clases subalternas durante el siglo XVI hacía que se agudizaran las dificultades de control policial en determinados distritos urbanos, verdaderos guetos de miseria y decaimiento, lo cual obligó a los administradores públicos a emprender políticas de carácter manifiestamente carcelario.

En este sentido, los hospitales del siglo XVI y más aún los que se levantan durante el XVII, retoman los caracteres tipológicos de los hospitales renacentistas italianos, pero modifican sensiblemente su relación con el entorno urbano. La desaparición de la fachada porticada, elemento significativo del hospital civil italiano, si bien por una parte representa la especificidad de las influencias artísticas locales (en Granada la monumentalidad del complejo se confía a la imponente de los paramentos continuos y a la finura del labrado de las ventanas en estilo plateresco), también indica indudablemente el advenimiento de una nueva lógica funcional. El hospital, manteniéndose fiel a los caracteres de grandilocuencia ligados a la manifestación del poder público, se contrae hacia su médula interior huyendo el contacto externo: el objetivo ya no es buscar la participación de la colectividad, sino defender la ciudad de todos aquellos individuos que entre sus majestuosos muros, secretamente,

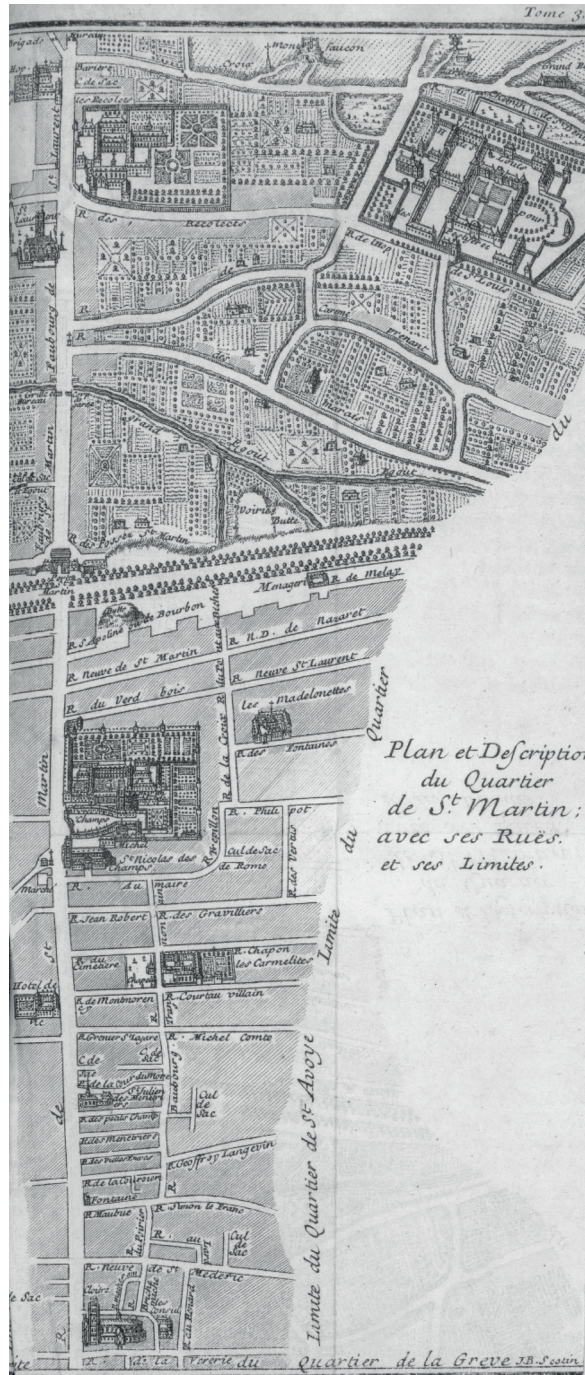
se curan, se educan, se castigan.

Es fácil, pues, deducir el largo camino que la tipología ha recorrido desde las salas polícromas del Hospital de Siena, donde la comunidad hospitalaria disponía cierres transparentes (como la rejas labradas del Pellegrinaio Nuovo) para que el ciudadano pudieran ver con sus propios ojos el orden, la eficiencia y la riqueza de las obras caritativas.

La esquemática claridad del plano cruciforme, la versatilidad, funcionalidad y sencillez de la composición arquitectónica por módulos componibles, siguen cautivando la atención de los arquitectos que adoptan la tipología bajo nuevas prerrogativas contingentes, como la simplificación distributiva y la racionalización de los sistemas productivos y de abastecimiento para los servicios médico-asistenciales.

El hospital se aleja de los centros neurálgicos y representativos de la ciudad buscando un contacto más asequible con las periferias en

fig. 5.11
El área del Hospital
de Saint Louis de
Paris.
Jean-Baptiste Scotin,
1742.



donde se va localizando la producción. Además, el aprovechamiento de áreas marginales y fuera del mercado inmobiliario permite un importante ahorro para unos servicios que, debido al crecimiento de la demanda, incurren en gastos enormes que la administración apenas puede sostener.

La exigencia del encierro hace que se dispongan estructuras completamente autárquicas capaces en ocasiones de proveerse a sí mismas a través de huertas, manufacturas, talleres, etc.

El caso más significativo de esta nueva óptica programática es el hospital parisino de San Louis: cerrado en un doble sistema de cercado, equipado con todo tipo de servicios en su interior, dispone un breve cordón para conectarse a través del espacio simbólico de la iglesia con su entorno urbano próximo.

Si bien a través de una singular introspección, los establecimientos asistenciales continúan participando del diseño urbano, pero utilizando parámetros clínicos y económicos, en virtud del concepto moderno de eficiencia y rentabilidad. La dimensión colosal de estas arquitecturas que incrementan progresivamente sus espacios hace que se impongan no sólo como elementos emergentes, sino como referencias insuperables para el futuro desarrollo de los barrios: su presencia marca con fuerza longitudinalidad y transversalidad de las carreteras que alrededor de estas gigantescas moles ordenan sus recorridos.

Lo que paulatinamente se ha perdido es la identidad y solidaridad del hospital con su alrededores, con la ciudad, con su entorno social; al contrario, el hospital acoge lo que la ciudad desecha. La sobrepoblación de las estructuras asistenciales y la falta de higiene suscitan cada vez más desconcierto y repugnancia entre la población.

Las ásperas críticas a los hospitales civiles generadas por los teóricos racionalistas harán reconsiderar el mismo derecho urbano de estos establecimientos, avanzando hipótesis acerca de un sistema de asistencia domiciliar y de la posible y deseable destitución de todo tipo de casas de cura e internamiento.

Sin embargo, la envergadura de las cuestiones atendidas en los hospitales además de la importancia que habían alcanzado en el transcurso de los siglos convirtiéndose en elementos imprescindibles

del imaginario metropolitano, harán que permanezcan, a pesar de todo, como elementos estructurantes de la ciudad contemporánea a cambio de una transformación radical en su destino funcional. Desgraciadamente, la desatención general de los operadores públicos hacia estos edificios implicó que se menospreciaran los valores artísticos y culturales que los hospitales seguían custodiando en la estratificación compleja de sus estructuras arquitectónicas. La total falta de respeto hacia el valor patrimonial de los inmuebles independientemente de la dificultad de responder con diligencia a las nuevas exigencias sociales, decretaron el nefasto destino de muchos de ellos: algunos desaparecieron, dejando a los venideros el mísero consuelo de un cúmulo más o menos conspicuos de documentos y noticias de archivo con los cuales intentamos hoy en día reconstruir sus historias; otros sufrieron mutilaciones imperdonables que convierten en ardua la interpretación tipológica.

Afortunadamente, en las últimas décadas una nueva sensibilidad hacia los productos artístico-arquitectónicos de antaño y un renovado interés científico sobre los parámetros funcionales y los caracteres tipo-morfológicos de los edificios de carácter civil, han llevado a una reevaluación en clave moderna de estos espacios.

Una nueva postura fundamentada en las disciplinas de la restauración arquitectónica ha animado programas de rehabilitación desde el respeto filológico y desde el conocimiento escrupuloso de las dinámicas compositivas y constructivas que se encuentran en la base del crecimiento continuo y progresivo de los hospitales antiguos.

Muchos de ellos, tras un largo tiempo de alborotos y abandonos, han vuelto a desempeñar un papel central en la vasta gama de funciones que hoy en día ofrecen los centros urbanos, aprovechándose como centros universitarios, de alta formación e investigación, como museos e incluso albergues.

La cultura de la reutilización dirigida a la optimización de los recursos patrimoniales ha corroborado no sólo la versatilidad absoluta de los complejos hospitalarios que se combina admirablemente con una tenaz idiosincrasia, sino la innata inclinación por participar de manera activa en los destinos de la ciudad, en los destinos de la sociedad.



5.2 La asistencia y los recorridos terapéuticos

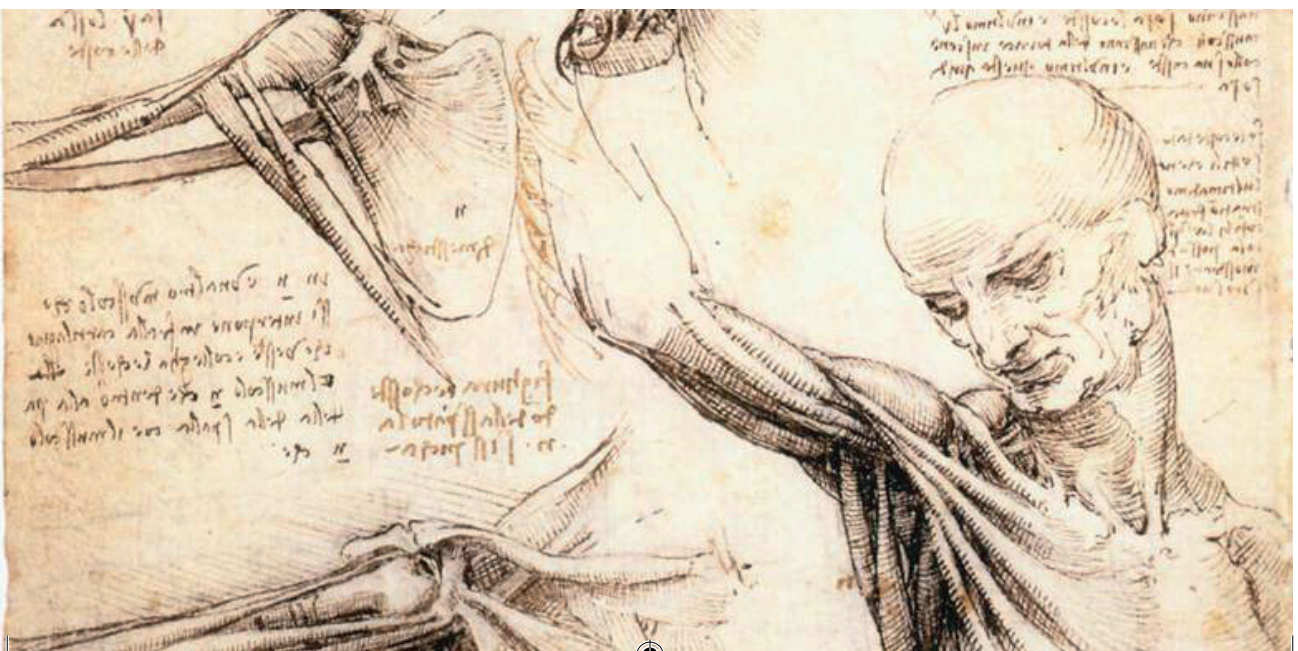
Durante la época bajo medieval, a pesar del fuerte empuje que habían conocido en un periodo de general renacimiento de las artes y gracias a las fecundas contaminaciones que venían de las filosofías orientales, las ciencias naturales quedaban ancladas a los teoricismos abstractos del galenismo¹ de matriz aristotélica.

El aristotelismo medieval, aprobado por las autoridades eclesiásticas, consideraba la naturaleza humana como un binomio compuesto por cuerpo (la materia) y alma (forma substancial)². Con una extremada simplificación podríamos ver una lógica derivación de esta dualidad de carácter teórico-filosófico en la

fig.5.12
Estudios de los
músculos del hombro.
Leonardo da Vinci,
1510 h.

1 Sobre el galenismo, pese a la abundancia de estudios que se han producido hasta hoy en día, cabe señalar la obra general de síntesis publicada por Siegel, *Galen's System of Physiology and Medicine*. New York: Karger, 1968 y la obra más reciente de García Ballester, *Galen and Galenism : theory and medical practice from antiquity to the European Renaissance*. Burlington: Ashgate, 2002.

2 Barona J L., *Sobre medicina y filosofía natural en el Renacimiento*. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 1993.



práctica hospitalaria que tradicionalmente se repartía en dos tareas fundamentales: el restablecimiento del equilibrio fisiológico a través de remedios de diversa índole y la terapia del alma, unívocamente orientada a la catequesis y al cumplimiento de los oficios religiosos. Con otro esfuerzo de síntesis podríamos hablar de dos categorías fundamentales en lo que concierne a los servicios ofrecidos dentro de los hospitales en el amanecer de la época moderna: la asistencia y el auxilio médico.

El atraso e impotencia de las ciencias médicas, paralizadas por la actitud amenazante de los doctores de la iglesia y difamadas por su ineptitud frente a las nuevas epidemias de peste, hizo que durante la edad moderna nunca se otorgara el mismo valor a la labor terapéutica como a los cometidos evangélicos, los cuales contribuyeron en mayor medida a definir los caracteres funcionales de los conjuntos hospitalarios.

Sin embargo, a medida que la sociedad europea se iba librando de la carga oscurantista de la metafísica cristiana y de las filosofías naturales que de ella derivaban por filiación directa, las prerrogativas médico-científicas conquistaban espacios y derechos dentro de los recintos hospitalarios, mutando inevitablemente sus formas.

Los azotes de los brotes pestíferos, que tantas consecuencias tuvieron en la evolución de los conceptos de sociabilidad y convivencia, en principio desempeñaron un papel marginal en la transformación de los caracteres funcionales de los espacios hospitalarios.

La llamada unificación microbiana³ del mundo conocido, alentada por el desarrollo de las relaciones comerciales, por las campañas de exploración y conquista y por los repetidos eventos bélicos, había estimulado el proceso de formación de un primordial sistema de sanidad pública; sin embargo, este sistema se exprimía en mayor medida en el aparato administrativo con el nacimiento de las oficinas destinadas a la prevención y profilaxis en zonas portuarias o en áreas que se caracterizaban como encrucijadas de relaciones internacionales⁴.

3 Véase el ensayo de Le Roy Ladurie, *La unification microbienne du monde*, en *Revue Suisse d'Histoire*, 1973.

4 Para Venecia véase Vanzan Marchini, N. E., *Rotte mediterranee e baluardi di sanità: Venezia e i lazzeretti mediterranei*, 2004. En general para Italia, "observatorio

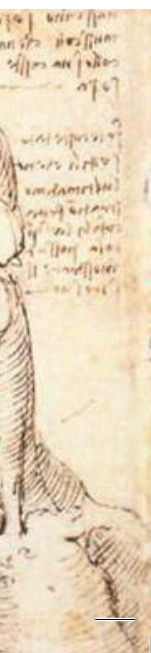




fig. 5.13
Cirurgia.
 Hieronymus
 Brunschwig, 1497.

La práctica empírica de la cura, que había conocido un importante desarrollo en los oasis del pensamiento médico que fueron Salerno⁵ y Montpellier⁶, quedaba apartada de los establecimientos hospitalarios. A principios del siglo XV, a pesar de algunas raras excepciones en la área del mediterráneo, “los lugares donde más se hacinaban los enfermos, es decir los hospitales, carecían de médicos; viceversa los lugares donde estos se formaban, o sea, las universidades, estaban

privilegiado por ser el cruce de conocimiento médicos y epidemias”, Jacques Le Goff, *Les maladies ont une histoire*, Paris: Éditions du Seuil, 1985, Carlo Maria Cipolla, *Origine e sviluppo degli Uffici di sanità in Italia* en *Annales cisalpines d'histoire sociale*, n. 4, 1973.

5 Sobre Salerno, el historiador de la medicina Cosmacini afirma: “geografía e historia concurrían para hacer de Salerno una *hippocratica civitas*. El clima saludable propicio a enfermos y convalecientes, el legado de la civilización bizantina de los monasterios, la existencia de un claustro benedictino con anexa casa hospitalaria, la abertura del puerto a los comercios de ultramar, la presencia de una considerable colonia judía eran los elementos naturales y socio-culturales de cuya combinación derivaba una matriz medico-sanitaria ya fértil, renombrada y apreciada antes del año mil”. Cosmacini, *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*, Bari: Edizioni Laterza, 1997.

6 Chevalier destaca los elementos que hicieron de Montpellier una ciudad de referencia en el ámbito de las prácticas terapéuticas: “de este brillante desarrollo (del conocimiento médico), Montpellier era deudora a un complejo de factores de carácter científico, geográfico, político y religioso. En primer lugar, la posición geográfica de la ciudad no podía ser más favorable: por un lado se volvía al mediterráneo y a la cercana España donde florecían las escuelas islámicas y por el otro bastante próxima a Italia como para poder recibir directamente el legado de la antigüedad clásica”. Citado en Cosmacini, 1997. Op. cit., Pág. 184.



fig. 5.14
Il governo degli infermi.
Enfermería del Hospital de Santa Maria della Scala de Siena.
Domenico di Bartolo, 1440-1441.

desprovistos de enfermos⁷.

Por lo general se puede afirmar que la medicina en cuanto ciencia física era un lujo para los individuos acomodados, desarrollándose las terapias de forma domiciliar. En algunos hospitales donde más había progresado el pensamiento científico, ya durante el bajo medioevo se habían predispuestos espacios donde se recibía a los ciudadanos externos para facilitar consejos terapéuticos y proporcionar los medicamentos que se elaboraban en la botica.

En ambos casos, las crujías hospitalarias se mantenían más bien como amplios dormitorios en donde indigentes más o menos hábiles compartían un amparo indiferenciado.

La atención médica primitiva, dirigida a los usuarios urbanos cuyas rentas no les permitían acudir a los doctos profesores universitarios y ligada a un diagnóstico sumario según los conocimientos de

7 Cosmacini, 1997. Op. cit. Pág.188.

entonces, se desarrollaba generalmente en los pórticos delanteros del hospital; estos espacios se localizaban a lo largo del frente principal para no entorpecer la labor asistencial de la familia hospitalaria en las estancias interiores del establecimiento. La ubicación de estas consultas primarias en los ambientes que solían funcionar de filtro entre el espacio público de la plaza y los espacios más privados del hospital, obviaba al problema de la excesiva mezcolanza entre la mundanidad de la población civil y la exigencia de clausura a los que estaban sujetos los internos, entre ellos enfermos, monjes y operadores laicos.

Tenemos noticia de este tipo de configuración espacial en la galería de entrada al conjunto hospitalario en el Santa Maria della Scala di Siena. Resulta legítimo pensar que sea de ahí de donde este espacio vaya tomando importancia no sólo desde el punto de vista funcional, sino representativo, aunque en él se mantengan ciertas actividades ligadas, por ejemplo, a una primera clasificación nosológica de los pacientes, además de las tareas asistenciales como la distribución de las limosnas y de los bienes alimenticios.

En el hospital de los Inocentes Filippo Brunelleschi institucionaliza la forma del pórtico delantero⁸ confiriéndole el valor de elemento ordenador del entorno urbano, si bien no puede ser probada de manera incontestable una intención estética precisa del arquitecto en el ámbito del problema del decoro urbano por falta de una documentación que lo mencione explícitamente⁹. Con la obra de Michelozzo en el hospital de San Pablo en Florencia, este elemento se desliga completamente de la lógica compositiva interna del hospital, confirmando no sólo la tendencia a la emulación de la obra de *Messer Filippo* en Florencia, sino también, la versatilidad de Michelozzo, reactivo a las teorías abstractas y muy pragmático a la hora de resolver problemas arquitectónicos concretos¹⁰. En el hospital del Ceppo de

fig. 5.15
Logias de hospitales.
Desde arriba:
Ospedale degli
Innocenti, Florencia.
Ospedale di San
Paolo, Florencia.
Ospedale del Ceppo,
Pistoia.

8 En el momento en que Brunelleschi define el frente urbano del Hospital en 1419, se podían admirar fachadas porticadas en los hospitales de San Matteo y Bonifazio, que probablemente respondían a una tradición más antigua relacionada con las funciones asistenciales típicas del hospital toscano del siglo XIV. AA. VV., *L'ospedale e la città...*, 2000.

9 Bini, M., *L'ospedale di San Paolo a Firenze, tra storia e rilievo*, 2002.

10 Sobre Michelozzo y el hospital de San Pablo en Florencia R.A. Golthwaite, *Michelozzo and the Ospedale di San Paolo in Florence*, 1977.



Pistoia¹¹ el zaguán porticado asume una fisionomía autónoma y una nueva y versátil funcionalidad, usándose en ocasiones para amparar a los enfermos que podían deambular.

Para ellos y para los pacientes externos que acudían a las puertas de los hospitales en busca de un remedio para sus dolencias, los hospitales preparaban desde el siglo XIV unos tratamientos basados en el empleo de fármacos derivados de sustancias naturales, de origen vegetal y animal; la preparaciones utilizadas derivaban de la arcaica tradición de los simples a las cuales se añadió durante el siglo XVI una farmacología que aprovechaba los productos de las investigaciones químicas y alquímicas.

Una de las unidades funcionales que se presenta con sugerente constancia en los hospitales de la época moderna es, precisamente, la botica. Al principio se trataba de una habitación sencilla muy parecida a un almacén donde, en un espacio muy reducido, un ancestro de los actuales farmacéuticos se preocupaba de elaborar remedios elementales para las molestias más comunes. En Siena, por ejemplo se situaba próximo a las crujías de los enfermos, y la labor del boticario no dependía de los médicos, sino del monje encargado del cuidado y vigilancia de los enfermos¹².

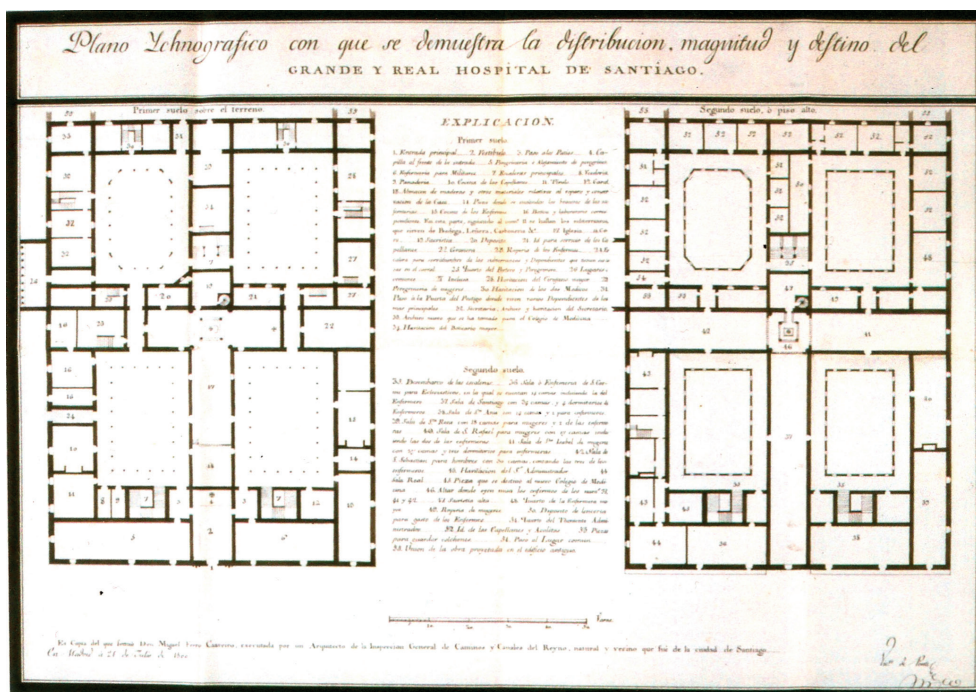
Con el desarrollo de la farmacopea química del siglo XVI, las boticas se amplían y se disponen para ellas varios ambientes destinados a la elaboración de los compuestos, al almacenaje de las plantas silvestres y demás componentes, de los utensilios y aparatos típicos del oficio, de los libros y recetarios, y a la venta externa.

Es legítimo pensar que en el Hospital Mayor estuviera prevista una botica desde el plan originario elaborado por Filarete, aunque las primeras evidencias documentales aparezcan en 1470. En una carta de 1508 de Giacomo Gilini, reportada por Castelli se describe la botica:

“In epso hospitale grande è ordinata una grande officina de speciaria instructa de omne copia medicinale, così per i chirurgghi come per i fisici, [chè] senza li quali vano et infruttuoso saria el

11 AA. VV., *Contributi per la storia dello Spedale del Ceppo di Pistoia*, Pistoia: Ospedali riuniti, 1977.

12 Para la historia de la botica del hospital de Siena, Sordini, B., *Santa Maria della Scala...*, 2010. Pág. 198 y siguientes.



consilio et aiuto de li medici et ad epsa e deputato uno perito speciale con doi boni garzoni¹³

En Milán, que mereció desde los primeros años de su actividad el calificativo de modelo ejemplar por la eficiencia y modernidad de los servicios brindados, la labor que se desempeñaba en la farmacia era sinónimo de la optimización entre recursos económicos disponibles y nivel de la oferta medico-asistencial ofrecida a los indigentes amparados en la salas del hospital y a la ciudad en su complejo¹⁴. La botica se situaba en el ala “sforzesca” del hospital, la que se construye bajo supervisión directa del arquitecto florentino Filarete, y poseía unos almacenes situados debajo del pórtico.

De la misma manera, en la botica del Hospital Real de Santiago el boticario, auxiliado por dos diligentes aprendices, se preocupaba de preparar las mezclas medicamentosas para aquellos que estaban asistidos en las enfermerías y para los pobres de la ciudad que podían

fig. 5.16
Plano iconográfico
con que se demuestra
la distribución,
magnitud y destino...
Miguel Ferro
Caaveiro, copia de
1800.
El Hospital Real de
Santiago, 2004.

13 Para la botica del Hospital Mayor, *La farmacia dell'Ospedale Maggiore nei secoli*, Medici Domus, Milano 1940, p. 39.

14 Sironi, V A., *La Farmacia dell'Ospedale e il suo rapporto con la Città*, en *La Ca'Granda*, 2006, n.4.

acudir a la consulta “durante un cuarto de hora por las mañanas”. Los documentos del archivo del hospital nos informan que en el Hostal de los Reyes el abastecimiento de fármacos para instituciones ajenas al hospital le rindió también rentas para nada desdeñables¹⁵.

En Milán como en Santiago, las tareas del boticario sobrepasaban su cometido como “operador sanitario”. Como miembro de la familia hospitalaria, entre sus ocupaciones figuraba asistir a los médicos en las visitas además de atender a oficios y conmemoraciones religiosas.

La observancia de una conducta recta y devota se consideraba un aspecto irrenunciable de la ética profesional por varias razones: la primera estaba ligada a una concepción todavía mística del proceso de curación por la cual la intervención divina constituía el mayor dispositivo terapéutico; en segundo lugar, el respeto de los hábitos cristianos entraba en un propósito de carácter educativo dirigido a la represión dura de las actitudes depravadas y subversivas, que formaba parte integrante del programa asistencial. Al fin y al cabo, el prestigio de la institución también desde el punto de vista sanitario procedía de la rectitud de la comunidad hospitalaria según los nuevos preceptos inspirados por las doctrinas contrarreformistas.

La botica del hospital de Santiago se situaba en la parte occidental del claustro de San Marcos¹⁶, próximo a un acceso secundario del recinto para facilitar el suministro de los materiales básicos desde el exterior y para favorecer al personal que se alojaba en las casas urbanas de propiedad del ente. Con la ampliación del siglo XVIII que completó el esquema cruciforme del hospital y le confirió la imagen actual, se rehabilitaron estos espacios, originando ambientes más amplios y cómodos, aunque en las crónicas del hospital no faltan expedientes sobre las dificultades derivadas de la humedad que afectaba a la conservación de los simples y sobre “la deficiente construcción del laboratorio - básicamente de la chimenea – anexo a la pieza de la botica, que originaba un continuo humo cuando se

15 En una cédula real de finales del siglo XVI, Felipe II autorizó la venta anual de medicamentos para el convento urbano de las dominicas de Belvís, por el precio de 14000 maravedís. J. Santiago Sanmartín Míguez, La antigua botica del Hospital Real en *El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de Peregrinación*, 2004. Pág. 451.

16 Vázquez de Parga L., Lacarra M. J., Uría Rúa J., *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*, 1948-1949.

realizaban determinadas operaciones”¹⁷. Posteriormente, debido al hecho de que la botica no estuviera provista de acceso directo desde exterior (para entrar había que acceder al patio suroccidental), fue trasladada a la esquina oriental del edificio¹⁸ colindante con la plaza del Obradoiro, donde permaneció hasta desaparecer en el siglo XIX sin dejar rastro de sus vestigios.

A pesar de los esfuerzos realizados por la farmacopea química y los avances en la adopción de tratamientos específicos según las diferentes patologías, la atención médica en los hospitales fue más bien escasa hasta bien entrado el siglo XVIII.

Indudablemente, los caracteres arquitectónicos de las enfermerías hospitalarias dispuestas en la primera época renacentista respondían a unas exigencias inéditas en el ámbito de los servicios sanitarios y asistenciales, donde sin embargo se mantenía una peligrosa simbiosis funcional entre unos y otros.

Una clasificación funcional macroscópica marcaba la distinción entre las enfermerías y las dependencias que se apiñaban alrededor de ellas según planeamientos más o menos rígidos y racionales¹⁹.

A pesar de todas las dificultades encontradas por los operadores sanitarios a la hora de preparar una serie de remedios eficaces, los espacios terapéuticos, es decir las crujías de hospitalización, figuran como el sujeto principal de la revolución tipológica; más allá de la coherencia arquitectónica de los recintos hospitalarios que se multiplican a partir de la segunda mitad del siglo XV, dando prueba en algunos casos de altísimos valores artísticos y culturales, las crujías para los enfermos se configuran como piezas de la cuales emerge el diseño plano-volumétrico general del edificio.

Mientras que la composición de los módulos, así como la lógica de dislocación de las dependencias y la elección de los patrones dimensionales, está sujeta a un repertorio verdaderamente heterogéneo, observamos una peculiar continuidad espacio

17 *El Hospital Real de Santiago ...*, 2004. Op. cit. Pág. 458.

18 Villa-Amil y Castro J, (1833-1910). *Reseña histórica de los establecimientos de beneficencia que hubo en Galicia durante la Edad Media, y la erección del gran Hospital Real de Santiago ...* Santiago: Grafinova; 1993.

19 Cuanto a esta distinción, compárese el juicio del historiador Lamperez en su *Arquitectura civil española*, Madrid 1922. Pág. 264.

temporal en las relaciones proporcionales que rigen el proyecto de las enfermerías.

A raíz del análisis de numerosos ejemplos que difieren sensiblemente por localización geográfica e implantación temporal, los datos recopilados nos induce a considerar las crujiás como elementos de continuidad en el proceso tipológico del hospital moderno a la vez que como motivo de ruptura con la tradición precedente.

Pero sigamos con orden: las enfermerías, cuyas formas se cristalizarán con el proyecto del hospital mayor de Milán, derivan de las residencias colectivas de carácter conventual. Estas surgen para acoger bajo el mismo techo a un número considerable de individuos, consiguiendo un destacable ahorro de espacio respecto a la organización en celdas individuales, que se utilizan en caso de que exigencias específicas requieran más privacidad (como para las clausuras o dependiendo de la condición social o jerárquica de los religiosos o huéspedes dentro de los complejos conventuales). En este sentido, compartimos el juicio clasificatorio de Gian Luigi Maffei que aúna conventos y hospitales bajo el mismo filón tipológico²⁰.

La articulación morfológica de los primeros hospicios reproduce el esquema de la clausura y sus principios de ordenación²¹ con unos aposentos amplios vinculados directamente a la iglesia o capilla que constituye el eje compositivo de conjunto. Con la afirmación de la regla benedictina, que incluía entre las tareas esenciales del monje la asistencia a los enfermos, surge la exigencia de dotar a la sala hospitalaria de un altar propio para que los enfermos encamados puedan asistir a los oficios sin levantarse de sus lechos. Las salas van tomando un aspecto del todo similar a las aulas basilicales típicas de las iglesias paleocristianas, organizadas en un espacio único más o menos separado en naves.

En el hospital claustral, el eje compositivo está constituido por la iglesia, y los mayores esfuerzos arquitectónicos se concentran

20 Maffei, G., Maffei M. *Lettura dell'edilizia speciale*, 2011.

21 Leistikow D., *Dieci secoli di storia degli edifici ospedalieri in Europa: una storia dell'architettura ospedaliera*, 1967.

en hallar una solución a las problemáticas estructurales y formales intrínsecas a la unión entre la sala hospitalaria y el edificio sagrado.

Estas consideraciones nos llevan a destacar dos aspectos de las enfermerías bajomedievales y modernas que implican un cambio decisivo en la evolución de la tipología hospitalaria.

El primer elemento atañe al sistema de conexiones recíprocas que gobiernan la lógica de disposición de las componentes funcionales. A partir de siglo XIV y de manera más manifiesta en la centuria siguiente, asistimos a la inversión de polaridad entre el templo y el espacio terapéutico-asistencial. Las enfermerías se desvinculan de la presunta subordinación retórica y física a la iglesia y adquieren un papel predominante en el programa arquitectónico y funcional.

La segunda cuestión, en nuestra opinión de importancia capital, concierne a las diferencias de carácter morfológico, dimensional y proporcional que se dan entre de las salas hospitalarias de tipo conventual y las crujías de los hospitales urbanos. A partir de las reformas realizadas a principios del siglo XIV en el hospital de Siena, se advierte la conveniencia de distribuir las camas en dos filas paralelas a lo largo salas alargadas con un marcado desarrollo longitudinal. Este tipo de planteamiento permite disponer para todos los enfermos las mismas condiciones microclimáticas en cuanto a las corrientes de aire y a la modulación de la luz.

Las salas oblongas facilitan la distribución de recorridos rectilíneos más ordenados y racionales. Las fuentes documentales acerca de estas cuestiones son extremadamente escasas; sin embargo, parece no sólo razonable, sino probable que el paso del aula de dos naves a las enfermerías con desarrollo mono-axial unívoco tomara en cuenta en Siena requisitos funcionales ligados a nuevos horizontes terapéuticos y a las tareas de médicos y cirujanos. No deja de despertar interés la coincidencia entre la progresiva dotación de recursos médicos y el crecimiento y ampliación de los espacios para las prácticas sanitarias. La primera mención oficial al personal médico en Siena se remonta a los estatutos de 1318, época en la que madura el primer programa orgánico de obras para reformar el conjunto hospitalario. Igualmente llamativo resulta el hecho de que,

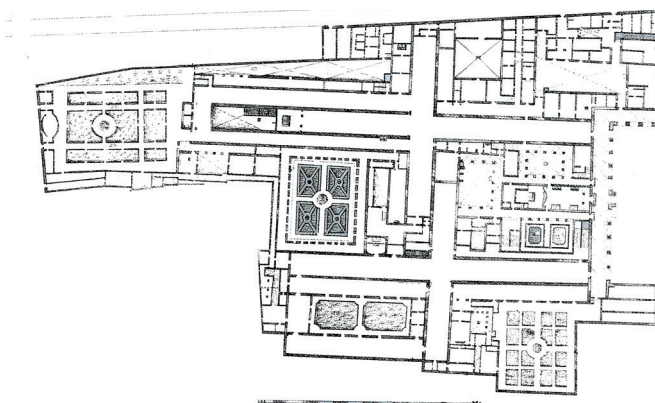


fig. 5.17
Planta del Hospital
de Santa Maria
Nuova. 1789.

en ocasión de la medida adoptada por la junta directiva en 1430 sobre el incremento del personal médico (pasaban de dos a tres), se deliberaba la construcción de una nueva crujía para enfermos.²²

Lo que se observa en Siena con patente evidencia es la conveniencia de sustituir al aula basilical de dos naves por unas crujías con desarrollo longitudinal pensadas en principio para hospedar dos filas de camas apoyadas en las paredes perimetrales; este planeamiento tuvo que resultar inmediatamente provechoso dado que a partir de las primeras décadas de 1300 se multiplican las salas con estas características dimensionales.

Como acabamos de relatar, hallar un cotejo documental sobre las disposiciones de carácter funcional es una tarea difícil. Por otra parte, el silencio de los archivos se justificaría por el hecho que durante la Edad Media, a excepción de raros casos, las prácticas constructivas formaban parte de una cultura sumergida escasamente reglamentada y derivada de la experiencia concreta; es la época en que el concepto de tipo se alberga en la conciencia espontánea²³ de los maestros de obras y albañiles, resultando superfluo dejar constancia de ello a través del testimonio escrito.

En las enfermerías del hospital de Florencia, el empleo de una

22 Beatrice Sordini, Sordini, B., 2010. Op. cit. Pág. 202 y siguientes.

23 Sobre el concepto de conciencia espontánea, véase Caniggia, G., Maffei, G. *Il progetto nell'edilizia di base*, Venezia: Marsilio Editori, 1984.

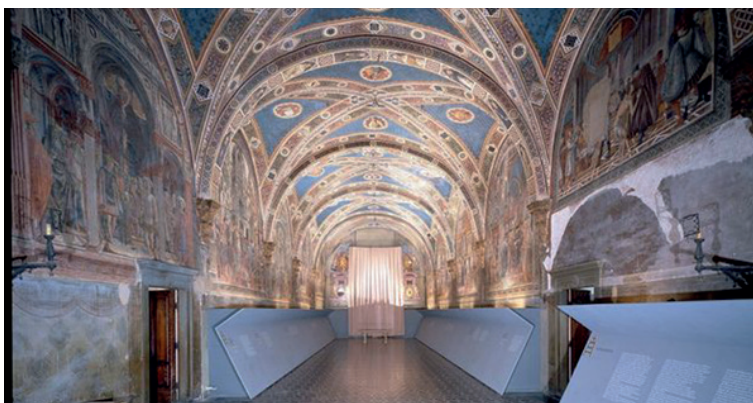


fig. 5.18
Pellegrinaio degli uomini.
Hospital de Santa Maria della Scala, Siena.

lógica modular rígidamente geométrica²⁴ en el proyecto de las estancias para los enfermos permite hacer unas reflexiones más concretas: además del hecho de que la adopción de un módulo estándar sugiere la vinculación a unos elementos de referencia que bien podrían haber sido las camas o los típicos baldaquinos para los enfermos, la voluntad de maximizar el eje longitudinal (observamos una proporción de 1/5,5 entre la dimensión longitudinal y la transversal) llevaría a pensar que en Florencia la primera crujía fue pensada para acoger tantos pacientes como fuera posible, aprovechando hasta sus límites el recorrido rectilíneo y sin preocuparse demasiado de posibles crecimientos futuros basados en la composición de diferentes brazos en forma de L, T o cruz como efectivamente ocurrirá en los siglos sucesivos.

Al contrario, en los hospitales lombardos, aunque se repita el módulo de 16 brazos utilizado en Florencia, las características proporcionales invitan a pensar que desde el principio estuviera previsto un planteamiento basado en la articulación de diferentes salas alrededor de un eje central. En Pavia se ajustan las referencias de Florencia, eligiéndose la medida de 3 módulos y medio, la misma usada en el brazo corto de Santa María Nuova (la *Croce Vecchia*,

²⁴ Para el tema del proyecto basado en la repetición de un módulo geométricos en la arquitectura hospitalaria renacentista véase el interesante ensayo de Adriano Prosperi, *Il modello dell'ospedale cruciforme: il problema del rapporto tra l'ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze e gli ospedali lombardi*, in Craig Hugh Smith, Gian Carlo Garfagnini, *Florence and Milan: comparisons and relations: acts of two conferences at Villa I Tatti in 1982-1984*, Florencia: la Nuova Italia Editrice, 1989.

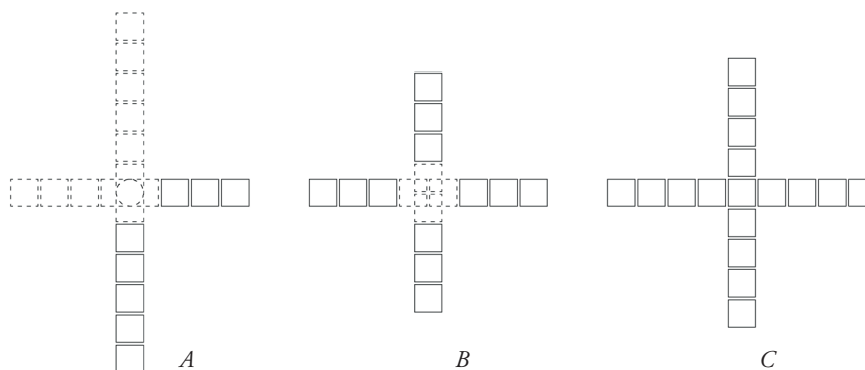


fig.5.19
Comparación entre
diferentes crujiás
cruciformes.
A. Hospital de Santa
María Nuova.
B. Hospital de San
Matteo de Pavia.
C. Hospital Mayor de
Milán.

levantada en 1341), y se optimiza la distribución por medio del doble dispositivo simétrico.

La articulación de diferentes brazos de menor longitud permite distribuir a los enfermos según una inicial clasificación nosológica; ya en el pasado se había distinguido entre agudos, crónicos, heridos e incurables. Para esta última categoría habrá que hacer un razonamiento a parte, ya que durante el siglo XVI y en mayor medida en el siguiente, se dispondrá de hospitales específicos para ellos, sobre todo porque el concepto de mal insanable se aplicará casi exclusivamente a la enfermedad altamente invalidante y contagiosa conocida como el mal de bubas.

Todas estas argucias compositivas se subliman en Milán, donde los nexos matemáticos, las formas puras, las meditaciones sobre la sección áurea y las proporciones perfectas conforman un programa que eleva las exigencias funcionales a la más soberbia expresión artística.

La dotación de un moderno sistema hídrico-sanitario, verdadera joya del hospital milanés, y de un eficiente sistema de servicios de apoyo para las tareas médicas, se combina magistralmente con el diseño altamente simbólico del conjunto. La contribución del arquitecto florentino al desarrollo de la tipología cruciforme no es sólo de carácter conceptual: a nivel compositivo, Filarete desentraña las potencialidades ínsitas en la lógica de conexión entre ambientes autónomos, creando una macroestructura perfectamente ordenada y orgánica, repetible de manera especular para formar un complejo

sanitario de sorprendentes dimensiones. Las dos cruces griegas proyectadas por Filarete ordenan la segregación entre los dos sexos, circunstancia que valora la hipótesis de una organización interna inspirada por los avances de las disciplinas médicas.

En realidad, aunque sea legítimo hallar elementos que apuntan a un progreso tipológico en los diferentes ejemplos italianos, cada uno de ellos dispone un programa arquitectónico completo y racional. Las instituciones más prestigiosas se tomarán como modelo, y en los territorios europeos se emulará uno u otro según requieran los condicionamientos impuestos por el entorno; por eso, si desde el punto de vista de los equipamientos sanitarios es posible indicar unos prototipos que interpretan de manera moderna la herencia tradicional en contra de otros ejemplos en que la innovación funcional resulta más parca, en ningún momento es posible definir una única matriz arquetípica. Sería más exacto, por ello, hablar de variaciones tipológicas dentro de una macro-familia arquitectónica que aúna un número destacable de edificios agrupados conforme a

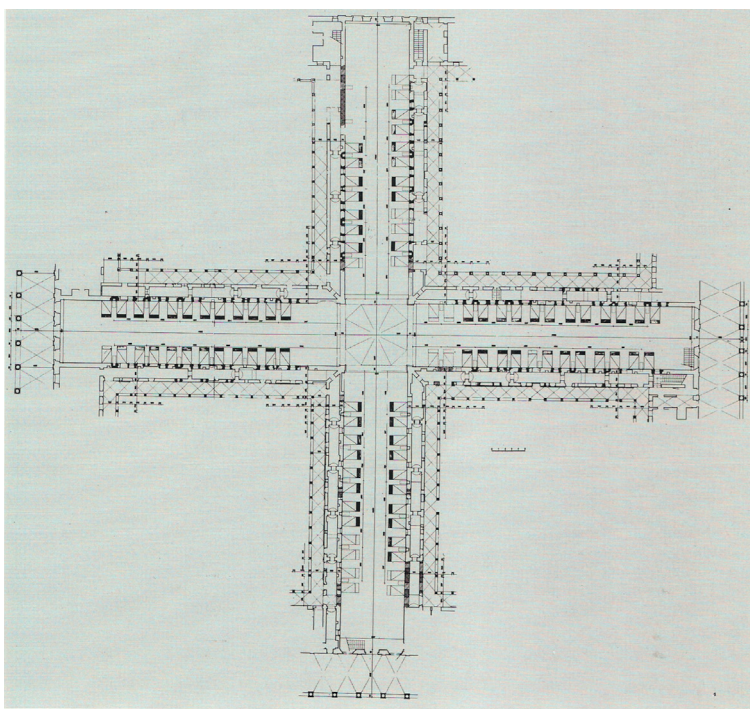


fig. 5.20
*Cruja del Hospital
Mayor de Milán.*



fig.5.21
Vista aérea del
Hospital Real de
Granada.

caracteres de matriz funcional, arquitectónica o compositiva.

En cuanto a los caracteres morfológicos de las nuevas enfermerías urbanas, es necesario hacer una última mención a sus propiedades volumétricas. El nuevo enfoque que la cultura humanista confiere a la práctica de la composición arquitectónica otorga una nueva coherencia a las fábricas urbanas por medio de un control integral de las componentes bidimensionales y tridimensionales del proyecto. Uno de los preceptos que se difunden gracias a una diligente labor analítico- especulativa y a una incansable obra de difusión literaria, concierne a la unidad intrínseca entre la causa funcional y constructiva y la razón estética y formal. Estas consideraciones teóricas se traducen en una especial consonancia entre superficies y volúmenes como factores que convergen en una visión orgánica del artefacto arquitectónico.

La dimensión sintáctica de los hospitales renacentistas se exprime en la consonancia entre forma y función lograda por medio de una llana denuncia de las cualidades de los espacios internos en una volumetría sobria, marcadamente horizontal y jerárquicamente ordenada; así, las enfermerías, corazón funcional del conjunto hospitalario, sobresalen claramente del perfil general del recinto delatando al exterior sus propias lógicas internas. Se trata, efectivamente, de volúmenes generalmente “estradosados” bien reconocibles tanto fuera como dentro del perímetro del edificio. En los modelos italianos, su dimensión en altura tiende a marcar el límite horizontal del conjunto, superado sólo por la emergencia

del cimborrio central. De ello deriva que los techos de las salas sean muy altos y los ambientes extremadamente airosos y abiertos, lo que dificultó desde siempre el adecuado acondicionamiento, sobre todo durante la temporada invernal. En el diseño volumétrico de las salas hospitalarias podemos leer una vez más las influencias del pensamiento médico científico. Efectivamente, hasta que Pasteur lograra demostrar en el siglo XIX la existencia de los gérmenes, la ciencia médica consideraba válida la teoría de la autogeneración de los agentes patógenos a través de la corrupción del aire; las creencias miasmáticas asignaban un papel decisivo a la ventilación y a la desinfección y limpieza del aire, privilegiando los ambientes vastos y diáfanos. Además, la marcada altura de las salas permitía disponer las grandes ventanas a una cota más elevada, evitando que la luz y las corrientes golpearan de forma directa a los pacientes encamados.

Es interesante notar cómo, durante el largo transcurso en que la tipología cruciforme se mantiene como referencia para la construcción de edificios con uso sanitario, la relación entre altura y anchura de las crujeas hospitalaria no difieren mucho de aquel módulo perfecto de 1:1 utilizado por Filarete en Milán. Lo que varía es la manera de articular los diferentes niveles de la planta cruciforme.

En España, los hospitales levantados bajo la supervisión de los hermanos Egas crecen en altura, disponiendo dos módulos para la separación de varones y mujeres en dos pisos superpuestos. Así ocurre en el hospital toledano de Tavera, donde las enfermerías se organizan en dos corredores idénticos y especulares, y en Valencia donde, además, en 1546 se decide construir un segundo crucero adyacente al que se había levantado a principio de siglo, para alojar a los individuos afectados por sífilis. El programa, extremadamente ambicioso, que iba a doblar la dotación médica del Hospital General, nunca llegó a terminarse por las continuas dificultades económicas y por la falta de suelo, problema que sobrevenía del insistente proceso de crecimiento urbano²⁵.

En este progresivo incremento de espacios para el cuidado de los enfermos pobres, el hospital de Sevilla resulta verdaderamente emblemático: frente a la apremiante demanda pública se apresta

25 Gómez-Ferrer Lozano M., *Arquitectura en la Valencia del Siglo XVI: el Hospital General y sus Artífices*, Valencia: Albaros, 1998, Pág. 162 y siguientes.

bajo la iniciativa del benefactor Don Fabrique un colosal complejo asistencial de dimensiones descomunales formado por dos cruceros simétricos de dos plantas e innumerables dependencias, almacenes, viviendas y despachos. Sin embargo, a pesar de la monumentalidad del establecimiento, el hospital de Sevilla vuelve a reflejar las contradicciones entre la sobrevivencia de prácticas terapéuticas ancestrales y las exigencias actuales de la comunidad. El cuidado médico dejaba mucho que desear: las condiciones higiénicas deplorables y la incomodidad de mantener eficientes espacios enormes frente a recursos extremadamente limitados, engendraron un clima general de escepticismo y violentos conflictos con la ciudad²⁶.

La insuficiencia de la dotación médica y de la especialización terapéutica chocaba por todas partes con el deterioro de las condiciones de salud de las clases subalternas, destinatarias de los servicios hospitalarios.

Si en el Hospital de la Sangre el moralismo intransigente del cuadro institucional obligaba a rechazar a las mujeres afligidas por el mal gálico, la cuestión de los sífilíticos emergía con toda su trágica actualidad.

Las respuestas de los administradores y operadores sanitarios, desafortunadamente, no fueron solícitas, ni siquiera incisivas. Frente a la propagación incontenible del contagio, el único acto resolutivo universalmente operado fue el encierro.

Una vez más los remedios más efectivos como el uso del mercurio y del guayaco para medicar las horribles lesiones cutáneas, se facilitaban a los más ricos de forma domiciliar. Las enfermerías de los hospitales se proveyeron con mucha lentitud de tales fármacos y ungüentos, revelándose impotentes ante el diagnóstico de bubas.

En este escenario, el hospital se configura como antídoto en sí mismo, no para los enfermos, sino para la comunidad de los sanos, operando una actividad profiláctica y despreocupándose de la efectiva curación de los enfermos asistidos.

26 Carmona García, J. I., *Las redes asistenciales en la Sevilla del Renacimiento*, Sevilla: Universidad de Sevilla, 2009.

Acorde con esta deficiencia estructural del sistema médico, los hospitales para incurables que surgieron a lo largo del siglo XVI y XVII apenas incrementaron sus recursos técnicos y arquitectónicos de manera casi inapreciable.

El hecho de que la definición morfológica del Hospital parisino de Saint Louis, aprovechado para encerrar a los que padecían los nuevos contagios, recuerde al lazareto milanés, con más de un siglo de antigüedad, no deja de ser una sugestión muy evocadora.

A pesar de la parálisis tecnológica en la cual se empantana el hospital-prisión del siglo XVII, en el Hospital de Saint Luis es posible leer un destacado progreso y una interesante originalidad de naturaleza compositiva. El esquema del hospital renacentista basado en la articulación de los módulos de las enfermerías se interpreta de forma singular. Las salas para la hospitalización se apoderan plenamente del diseño arquitectónico general: 8 enfermerías dibujan el perímetro perfectamente cuadrado del edificio y se conectan entre ellas por medio de 8 sistemas de torres donde se alojan los elementos de comunicación vertical y las entradas. Los servicios se dislocan en el basamento del edificio y a lo largo de segundo cerco externo que lo rodea como una muralla. El sistema de cobertizos que une el núcleo central con las dependencias anticipa los sistemas de comunicación entre pabellones en la arquitectura hospitalaria del siglo XIX con un siglo de adelanto; sin embargo, en este momento la ciencia médica habrá hecho su entrada triunfal en los hospitales civiles y la dislocación funcional se habrá apropiado de otros significados.

Por lo tanto, los centros para incurables no dispondrán de una tipología específica, sino que se limitarán a interpretar de forma más o menos original la configuración de los hospitales para enfermos crónicos y agudos, repitiendo, como en el caso de los Incurables de París, el plan cruciforme. La constancia secular de este esquema debe ligarse no sólo o no tanto al atraso de la medicina, ni a la experimentada conveniencia de este planeamiento como recurso para el alojamiento ordenado y racional de un número significativo de individuos “problemáticos”, sino más bien permanecerá la permanencia de una aproximación de tipo asistencial a la problemática nosológica.

El concepto de asistencia caritativa está profundamente arraigado en las instituciones hospitalarias hasta el siglo XIX. La caridad cristiana, antes que las ciencias naturales, es el motor de la actividad de los sanatorios. Esta consideración vale para los establecimientos del siglo XV, pero también resulta apropiada para las épocas sucesivas cuando los recintos hospitalarios se destinan al encierro y educación de los indigentes, los mendigos y los marginados. Este tipo de acción correccional se desarrolla según dos directivas fundamentales: el trabajo forzoso y la educación religiosa.

En razón de ello, la Iglesia mantendrá un papel importante en la disposición de los organismos funcionales del hospital civil. Superada la crisis cultural bajomedieval y reforzado su ministerio en la austeridad de la doctrina contrarreformista, la presencia de la Iglesia vuelve a ser sinónimo de misericordia y pía devoción y garantía de rectitud y disciplina.

Desde los comienzos de la actividad clínica hospitalaria, la asistencia espiritual ha sido considerada como un recurso paramédico para inducir la curación física, cuando no era, como generalmente ocurría, directamente un medio para exorcizar perspectivas escatológicas infernales ante la seguridad del fallecimiento.

El socorro religioso para asegurar la buena muerte y procurar una sepultura digna y cristiana, asumía en los hospitales los caracteres de una verdadera tarea asistencial ofrecida a todos aquellos que no poseían los medios para cumplir estas necesidades básicas. De esta manera, las instituciones hospitalarias suplían una carencia de índole social además que económica, facilitando sus servicios a viudas, ancianos, dementes y marginados. Este tipo de asistencia, tan importante como el sustento alimentario, el amparo y la atención médica, hace que la presencia de un templo, una capilla o una ermita resulte absolutamente imprescindible en el recinto hospitalario. El capítulo eclesiástico, más allá de sus incumbencias morales y simbólicas, como custodio del sentimiento de pertenencia y cohesión de la comunidad católica, dispone en los hospitales los espacios sagrados (iglesias, capillas, altares y cementerios) para que sirvan a un complejo programa asistencial.

A este propósito es posible reconstruir el proceso evolutivo acerca de la implantación de la iglesia dentro de los establecimientos

asistenciales, señalando las funciones que desempeñó a lo largo de los siglos en directa relación con el más amplio programa funcional del hospital público. Como hemos señalado anteriormente, en principio los hospitales surgen como dependencias de servicios en los complejos conventuales, por lo que no tienen la urgencia de dotarse de una ermita propia. A medida que los hospicios se separan de la dependencia directa del control episcopal, surge la exigencia de prever espacios propios para las prácticas litúrgicas. A lo largo del siglo XIV, la iglesia hospitalaria se convierte en:

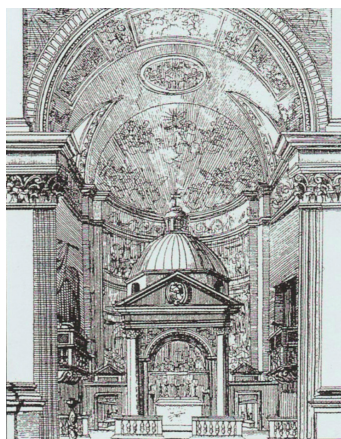
- Instrumento de reconocimiento jurídico (estando los hospitales urbanos sujetos a una doble jurisdicción canónica y civil) y de autonomía administrativa.
- Espacio para los oficios religiosos dedicados a los internos, además de ambiente utilizado para las reuniones de la familia hospitalaria o de los miembros de las cofradías que administran, en calidad de laicos, los hospitales.
- Medio para la promoción del hospital y para el sostén financiero del ente: el privilegio de conceder indulgencias (vinculado a la posesión de una capellanía propia) se reveló como un negocio muy lucrativo, atrayendo sustanciosos legados testamentarios.

De esto se deriva que, durante la baja edad media, la implantación de una iglesia propia es prerrogativa esencial de todos los hospitales urbanos, independientemente de su importancia y de la envergadura de los servicios ofrecidos²⁷.

El aumento de la demanda de hospitalización a principios del siglo XV y la progresiva separación entre los espacios sanitarios y las otras dependencias, motivan un renovado interés acerca de la dotación de un espacio litúrgico interno a las crujías hospitalarias que fuera visible por los pobres amparados, entre los cuales se cuenta un número cada vez mayor de enfermos encamados. La disposición de salas alargadas se revela muy útil para resolver este asunto: el sistema mono-axial crea una única referencia perspectiva, facilitando

27 Siena, y Florencia, S.Maria Nuova, Bonifazio y san Matteo.

fig.5.22
*El Ciborio la Iglesia
en el Hospital de
Santo Spirito in Sassia
de Roma.
Saulnier, 1649*



la visión del altar (ubicado en la cabecera de la crujía) y potenciando la capacidad comunicativa del predicador.

La capilla asume un papel significativo en la articulación modular de las salas hospitalarias en los esquemas cruciformes y en sus diferentes declinaciones (en T, en L, etc.), situándose en el eje que suelda la unión y comunicación entre ellos. De esta manera, los arquitectos renacentistas enriquecen el espacio sagrado, rescatan su carácter meramente logístico y lo transfiguran en culmen simbólico del programa asistencial: de módulo funcional a espacio alegórico, la capilla es objeto de todo tipo de mimos arquitectónicos y decorativos, desde el finísimo remate del ciborio, que en el Hospital de Santo Spirito in Sassia exhibe el genio de Palladio²⁸, hasta el imponente coronamiento de la cúpula en la cual los proyectistas subliman los elementos arquitectónicos, los artificios constructivos, el gesto escénico.

La mayoría de los hospitales civiles del Cuatrocientos lombardo prescinden de una iglesia separada, ocurrencia que marca no sólo la manifestación de una conciencia más laica, sino también la predilección de los temas funcionales relacionados a una práctica y a una gestión asistencial más racional que se va librando progresivamente de las supersticiones místicas. Al mismo tiempo, la meticulosa selección de las prioridades funcionales delata las dificultades económicas que azotan los establecimientos hospitalarios: en la época en la cual disminuye gradualmente la práctica del peregrinaje que hacía de las iglesias hospitalarias objeto de devoción y donaciones, el gravamen financiero implícito en la construcción de una iglesia tuvo que desanimar a muchos administradores públicos.

Circunstancias similares reinciden en los hospitales españoles de

28 Colonna, F., *L'ospedale di Santo Spirito...*, 2009. Pág. 67-68.

las primeras décadas del siglo XVI, que destacan como parte del programa político-asistencial emprendido por los Reyes Católicos. En el Hospital Real de Santiago, su destino originario para los peregrinos conducía el arquitecto Egas a sacrificar el espacio del crucero bajo, ubicando aquí la capilla/iglesia. Ésta era bien visible desde las enfermerías altas gracias a una galería corrida que rodea las tres alas en forma de T en la cota del piso noble. Al contrario, en el Hospital de la Cruz de Toledo las dos plantas se aprovechan para albergar a los enfermos, mientras que el eje central, de doble altura como en Santiago, se marca por medio del altar. En el hospital de Granada, la intersección de los cuatros brazos inscritos en un cuadrado se cierra en la planta baja sirviéndose de una bonita bóveda estrellada. Escribe Concepción Felez: “precisamente encontramos en el crucero unos de los puntos nodales de divergencia respecto a la estructura de otros hospitales de Enrique Egas; ya que, en la edificación granadina, el crucero no se eleva como es habitual en los otros hospitales, formando una unidad en los dos pisos, sino que encontramos dos pisos independientes con sus correspondientes cubiertas, perfectamente enlazadas con las dos plantas de la gran cruz”²⁹. En el piso alto el altar está coronado por la cúpula que, según palabra de la historiadora granadina, “constituye una de las obras maestra de la carpintería granadina del siglo XVI”.

En el hospital de Santo Spirito de Roma no tenemos constancia de que en el ambicioso programa constructivo de Sixto IV estuvieran previstas obras para rehabilitar la iglesia existente, que se reformará según las pautas de la filosofía contrarreformista a finales del siglo XVII.

En relación a estas consideraciones, el caso de Milán resulta una vez más singular y emblemático. En el proyecto originario, el arquitecto Antonio Averlino dispone entre los dos cruceros de planta cuadrada un claustro rectangular cuyo eje está marcado por la presencia del templo.

Intentar una clasificación tipológica, en relación a las iglesias de los hospitales civiles, es una tarea difícil; a pesar de que sea posible indicar unas pautas recurrentes a la hora de buscar un oportuno emplazamiento para el edificio religioso dentro del recinto hospitalario, se aprecia una extremada versatilidad en la adopción

29 Félez Lubelza, C. *El Hospital Real*, 2005. Pág. 103.

de los esquemas morfológicos, en los cuales se percibe una mayor influencia de los dictámenes culturales y de los hábitos estilísticos de cada época.

Consiguientemente, cabe dedicar a los templos hospitalarios una lectura muy ajustada al contexto cronológico y a las correspondientes referencias artísticas, evitando categorías interpretativas absolutas que falsearían los resultados analíticos.

La elección del esquema con desarrollo polar y radial en el proyecto de Filarete encaja perfectamente en su formación humanista y se nutre al mismo tiempo de las influencias locales, pudiendo relevarse una continuidad estilístico-formal entre la iglesia del Hospital Mayor y la Basílica de San Lorenzo situada en las proximidades de la puerta Ticinese, en la parte sur de la ciudad rodeada por la muralla medieval.

Durante el siglo XVI es más usual encontrarnos con iglesias de cruz latina, costumbre que va tomando vigor con la progresiva difusión de las doctrinas contrarreformista que privilegian las plantas longitudinales con transeptos cortos, cúpula en eje y capillas laterales. El esquema mono-axial se utiliza en el Hospital Tavera de

fig.5.23
Iglesia del Hospital de
Tavera de Toledo.



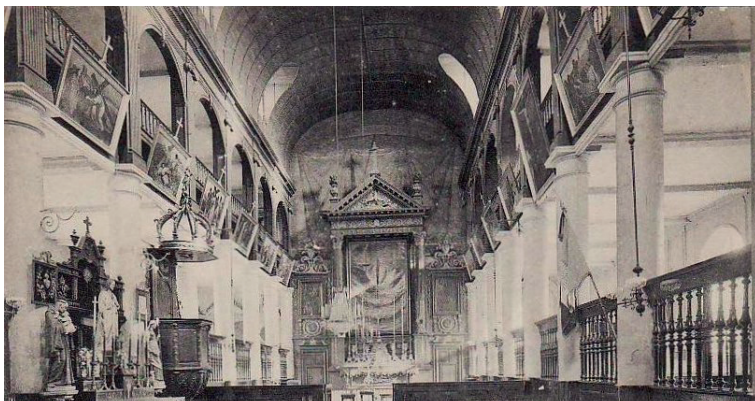


fig. 5.24
Capilla del Hospital
de Saint Louis en
Paris.
Foto histórica.

Toledo, en el Hospital de la Sangre de Sevilla y en los hospitales parisinos del siglo XVII como el hospital Lannec, el de la Charité y San Luis. Por otra parte, en la Salpetriere y en el hostal de los Inválidos, de esta misma ciudad, se opta por edificios de planta central, lo cual prueba la heterogeneidad de los esquemas empleados. A este propósito nos interesa señalar cómo este tipo de catalogación genérica sobre la base de elementos macroscópicos como los trazados generadores de las iglesias, de ninguna manera quiere ni puede agotar la problemática de las innumerables coordenadas geométricas, compositivas y constructivas que concurren para describir de manera exhaustiva este tipo de edificaciones religiosas. El tema del análisis de las iglesias hospitalarias, tan complejo como sugerente, escapa a los objetivos específicos de nuestro estudio y se mantiene como campo de investigación todavía virgen y susceptible de futuras aportaciones e indagaciones sistemáticas.

No podríamos completar el cuadro de los servicios asistenciales ofrecidos en los hospitales modernos sin mencionar el problema de los niños expósitos, cuyo cuidado ha sido considerado durante mucho tiempo como una prerrogativa de las instituciones hospitalarias. Hay que señalar que la problemática de la infancia abandonada ha ido relegándose en edad moderna a establecimientos específicos en virtud del proceso de especialización terapéutica que ha ido experimentando el hospital público a partir del siglo XV. Además, este tema ha suscitado el interés de muchos historiadores, produciéndose una vasta obra de divulgación, si bien todavía poco relacionada con los caracteres arquitectónicos de las casas para la



fig.5.25
 Capilla de Saint Louis
 en el Hospital de la
 Salpêtrière en Paris.

acogida de los huérfanos y de los niños expósitos. Por ello no nos detendremos demasiado en un tema que merece una disertación de carácter monográfico y para la cual remitimos a una bibliografía específica³⁰.

Sin embargo, resulta útil mencionar, aunque de manera más general, las modalidades con las que se prepararon espacios dedicados al cuidado de niños y adolescentes en los complejos hospitalarios civiles. En realidad, si bien la tareas de educación pedagógica y formación profesional tuvieron amplio reconocimiento en los estatutos de los hospitales desde el bajo medioevo, desde un punto de vista propiamente arquitectónico es más arduo hallar en los nosocomios de la época moderna elementos que estén directamente relacionados al cuidado de los incluseros o espacios que se dispongan exclusivamente para este fin.

Hay casos en que, bien por cuestiones de carácter ideológico, bien por contingencias de índole social, el mayor esfuerzo asistencial se concentró en la crianza de los niños sin hogar.

En el hospital de Santo Spirito in Sassia, el cuidado de los expósitos tuvo un papel determinante desde la mítica fundación de Inocencio III³¹. Durante el periodo de lactancia, los bebés se

30 Véase AA. VV., *La carità a Milano...*,1987. Griego Allen, J., Sandri, L., *Ospedali e città...*, 1997.

31 Colonna, 2009, Op. cit. Pp. 5-9.

confiaban a la custodia de nodrizas que residían fuera del hospital. Los jóvenes habitaban las estancias del convento masculino ubicado en los dos claustros traseros del hospital, compartiendo estos espacios con los monjes y los sirvientes. Al igual que los jóvenes, las chicas ocuparon las habitaciones del monasterio de Santa Tecla, ubicado detrás del ábside de la iglesia. La conmixtión con las monjas y el desproporcionado aumento de mujeres, que con muchas dificultades conseguían encontrar un oficio para lograr su propio sustento, crearon a lo largo del siglo XVII desórdenes y conflictos de los cuales queda constancia en los informes del personal hospitalario. Por este motivo, en 1661 el capítulo hospitalario mandó que se rehabilitaran dos graneros junto al patio del convento para ubicar los dormitorios y evitar el contacto directo entre las jóvenes y las monjas³².

A pesar de estas disposiciones, el problema de la convivencia entre laicos y religiosos se manifestaba nuevamente en 1677, como demuestra la relación redactada por el rector Febei³³. En su escrito se puede divisar el desasosiego de la comunidad de regulares por la desorganización imperante, derivada de la dificultad evidente de proporcionar una eficiente oferta asistencial frente a la deficiencia logística de los edificios hospitalarios.

Efectivamente, en esta fecha las estructuras del Santo Spirito respecto a ciertos asuntos en materia de programas educacionales para los jóvenes, abandonados o indigentes debían de resultar algo inapropiadas y obsoletas. A lo largo del siglo XVII van multiplicándose en la capital hospicios y hospitales con específicos fines educacionales y correctivos, como la casa grande de San Michele, un hospicio-reformatorio donde se mantenía contra su voluntad a todo aquel que no tuvieran trabajo y mendigara en las calles y parroquias de la ciudad.

Esta situación refleja una tendencia más general observable en Europa, con un acento particular en las grandes ciudades y capitales donde el problema de la asistencia a los indigentes asumía el carácter de una verdadera cruzada contra la pobreza, la marginalidad, la miseria.

El hospital ha cambiado lentamente la sustancia de los servicios

32 *Ibidem*. Pág. 81

33 *Ibí.* Pág. 85.

brindados, los fines de su cometido y la naturaleza de los medios empleados para lograrlos. El vínculo inseparable entre atención terapéutica y asistencia social se escinde progresivamente, descubriendo los fallos de una y las inconstancias de otra. Para la primera, las ciencias y las teorías higienistas vislumbran los beneficios derivados de una rígida especialización funcional que se traduce en la atomización en diferentes divisiones dedicadas a patologías específicas y ubicadas en pabellones separados en un entorno más agradable para los enfermos y más conveniente para restablecer el estado de salud. Habiéndose desvanecido el antiguo empuje compasivo, la asistencia se dirige hacia una conducta represiva e impiadosa. Los hospitales se mantienen para amparar a los individuos con fines abiertamente coercitivos: entre sus muros se rescata la indolencia, enfermedad de los pobres y se sana la sociedad del trabajo, de la producción, de la riqueza

5.3 La recuperación del repertorio clásico

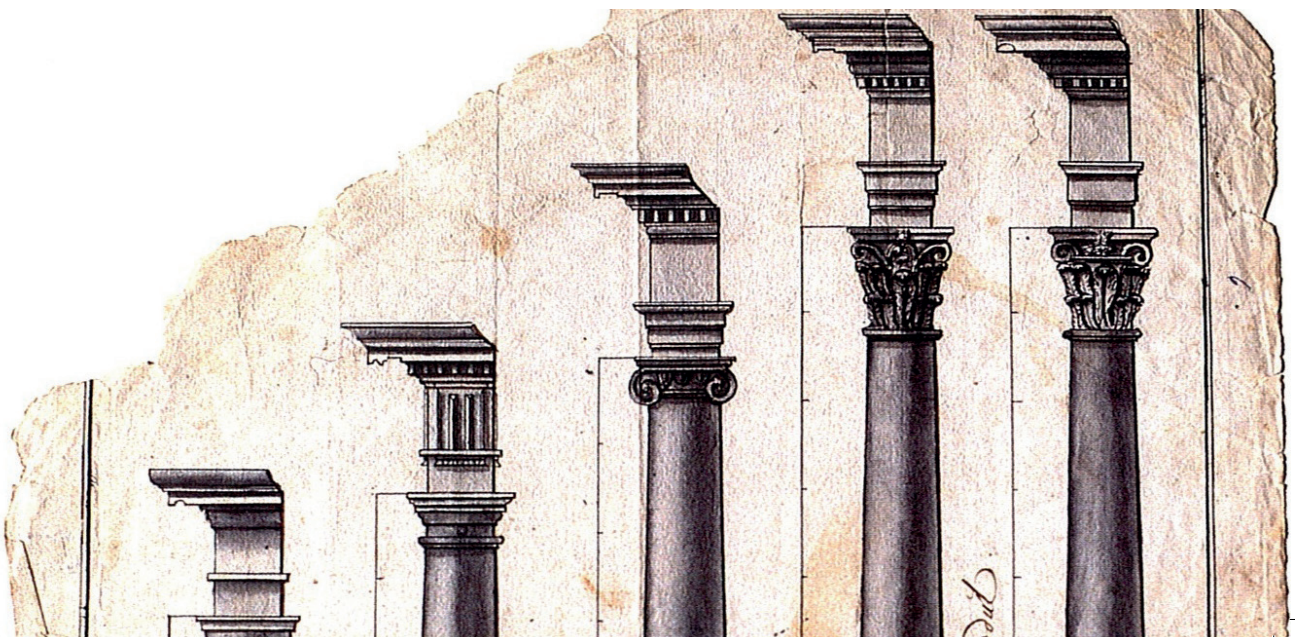
La condena de una manera de construir sin reglas, que será denominada, a costa de una simplificación no privada de ingenuidad, *manera gótica*, era signo de una confianza total hacia la nueva ideología humanista, capaz de regular con sus referencias científicas y matemáticas también el ámbito práctico de la actividad edilicia.

La relación entre forma pensada, forma filosófica y forma construida se sitúa en el centro de las reflexiones de los arquitectos e intelectuales de esta época, que experimentan con una serie muy vasta de nuevos modelos recopilando, con renovada atención, la tradición antigua.

La aproximación multidisciplinar, ya estrenada a principios del siglo XV en el campo de las ciencias humanas¹, tenía el objetivo de buscar una crítica al dogmatismo de las escuelas, promoviendo

1 Garin hace referencia, por ejemplo, a la obra de Boccaccio de finales de siglo XIV. Garin, E., *L'uomo del Rinascimento*, 1988.

fig.5.26
Cinco órdenes,
grabado de "Regole
dei Cinque Ordini
d'architettura" de
Vignola.
Auer Zunft, 1715.



un pluralismo de visiones y un intercambio de información de una disciplina a la otra, orientados a la construcción del *saber universal*.

Esta estrategia intelectual abarcaba todos campos de conocimiento y actividades e inauguraba el proceso de emancipación del dominio de la clase eclesiástica que hasta entonces había mantenido el control del desarrollo cultural de la sociedad, relegándolo al interior de las bibliotecas de los monasterios.

Además, los procesos de laicización permitieron por primera vez superar los prejuicios de un sistema ideológico obsoleto y abrieron la posibilidad de iniciar una nueva experimentación en el lenguaje arquitectónico para alcanzar aquel nivel de modernidad requerido por el rápido desarrollo político y cultural de algunas clases sociales, que comisionan y subvencionan las nuevas obras de arquitectura y urbanismo.

La recuperación de la tradición edilicia clásica como búsqueda consciente de una actitud innovadora y de rotura respecto al pasado sería incomprensible si se estudiara aislada de un proceso de transformación de la sociedad de carácter general. En 1433, Niccolo Cusano escribe:

«Vemos cómo todos los ingenios de nuestra época, también los mayores estudiosos de las artes liberales y mecánicas, rebuscan las cosas antiguas y con gran avidez, como si se pudiera esperar que se vaya a concluir un entero ciclo».

Efectivamente, con el Renacimiento se finaliza un ciclo histórico, se afirma con potencia el derecho y el deseo de resurgir desde las cenizas del sistema de valores medievales o, por utilizar una expresión de Maquiavelo, de volver a los orígenes.

Que la revolución estilística advenga a través de una regresión histórica hasta tiempos muy lejanos no constituye por sí mismo un hecho insólito: observando esta realidad con la mirada del nuevo artista, se podrá identificar un universo de formas sencillas, racionales, armoniosas, que el curso del tiempo, la alternancia de los acontecimientos históricos, de las tendencias artísticas y de los estilos habían mortificado hasta permitir su completa desaparición. El descubrimiento de la perfecta armonía y proporción de la arquitectura griega, estudiada por medio de las ruinas romanas

todavía visibles en el territorio italiano es un acto de rebelión contra la barbarie de una producción artística considerada rústica y grosera.

La práctica de retroceso histórico-filológica surge bajo un impulso reformador. Por lo tanto, es erróneo hablar de un simple proceso de mimesis estética; se trata más bien de una alusión consciente no sólo a un patrimonio de formas olvidadas de asombrosa belleza, sino también a un sistema de valores humanos capaz de promover un desarrollo social más digno, más ambicioso, en fin, más moderno.

De hecho, por lo menos en el origen del movimiento artístico, el rigor filológico en la utilización de los modelos romanos, y sobre todo en la definición de los diferentes órdenes arquitectónicos, no es perseguido con intransigencia, como ocurrirá más tarde con la labor minuciosa de los tratadistas del *Cinquecento*.

Sin embargo, nos parece particularmente interesante este carácter independiente de la primera cultura renacentista del cual surge un vivaz clima de experimentación no sólo estilística, sino también tipológica, antes de que estos atrevidos ensayos se trasformen en tema de compendios prácticos perdiendo en parte su sentido más auténtico. Los arquitectos renacentistas estudian con obstinación y mucho ánimo las formas de los templos romanos fijándose en la manera más adecuada de trasladar estos recintos, muros y cubiertas a las funciones solicitadas por la sociedad contemporánea. Nace el concepto de tipología y de estudio tipológico en sentido científico y racional, es decir, se elige un tipo precisamente adecuado a una función, y para cada una de las nuevas actividades humanas ligadas al comercio, a la vida política, al gran avance de la técnica, se busca la forma espacial más proclive para satisfacer plenamente, de manera agraciada e incluso económica, la demanda de prestación. En este ámbito, la referencia a la evolución de la tipología hospitalaria es muy explicativa: cuando hablamos de la tipología largamente usada en época medieval no nos referimos a un modelo pensado para la función terapéutica específica, sino a una matriz espacial que deriva inmediatamente de la instalación basilical, sin modificación alguna y sin la previsión de un complejo de dependencias razonablemente organizadas alrededor de las crujías de los enfermos para su cuidado. Sin embargo, hay que especificar que a esta falta de atención a las características peculiares de la tipología concurre no sólo o

no tanto la cultura arquitectónica, sino la red de coordenadas superestructurales de una determinada época que se relaciona con el grado de desarrollo de la vida social, de la política y de la tecnología².

La problemática del estudio del tipo antiguo y de las posibilidades de su empleo en la arquitectura moderna como instrumento que garantice un criterio lógico y racional en el proceso de ideación y construcción de la obra es central en la experiencia de Brunelleschi. Sus deducciones no resultan aún mermadas por conjeturas de tipo abstractamente *gramatical*; más bien, su vocación intelectual reside en querer forzar los elementos arquitectónicos de la cultura clásica hasta sus propios límites de utilización. Su transposición hacia la moderna concepción de obra arquitectónica asume caracteres de emancipación que incluso serán traicionados por sus seguidores, incapaces de comprender plenamente el espíritu libre del maestro. Este pasaje diacrónico, que podríamos definir en términos de rotura metodológica más que de continuidad respetuosa de la tradición, marca un cambio generacional. Comprender la naturaleza de la actividad revolucionaria de Brunelleschi significa aclarar las singularidades del movimiento artístico que el mismo incitó, más allá de ambigüedades historiográficas y cronológicas.

El mérito de Brunelleschi ha sido primordialmente haber puesto en estricta relación las dos tendencias del proto-Renacimiento florentino –el nuevo clima cultural y el descubrimiento del antiguo– y haberle dado una precisa aplicación práctica en los tiempos actuales.

Somos conscientes de los riesgos intrínsecos a la utilización de categorías interpretativas absolutas que definan el inicio o el fin de una época artística. Sin embargo, respecto a la actividad de Brunelleschi, nos parece razonable hablar de conclusión de un periodo de ajuste de la cultura figurativa florentina³ y comienzo de

2 Esta rápida puntualización justifica en cierta manera la elección de tratar específicamente las problemáticas espaciales arquitectónicas y funcionales de la tipología hospitalaria en forma de cruz inscrita, sólo después de haber presentado una panorámica de las referencias culturales y de las características sociales de la época que vivió por primera vez la definición consciente del modelo tipológico.

3 Véase Tafuri, M., *L'architettura dell'Umanesimo*, 1972.

un sistema estable de referencias convencionales que caracterizarán toda la producción arquitectónica europea por lo menos hasta el siglo XVIII.

Las referencias a la arquitectura romana participan en la delineación de un nuevo código figurativo hecho de pocos elementos canónicos: “pues la recuperación del repertorio antiguo asegura la disponibilidad de una serie de elementos relacionados por una gramática métrica precisa, que definen un uso constante de las formas y permiten experimentar científicamente su montaje”⁴. En el Hospital de los Inocentes, el arquitecto emplea una matriz cuadrada, mezclando, por así decirlo, varios modelos tipológicos a fin de sondear la validez de un uso constante y repetitivo de los elementos espaciales y de sus “interacciones modulares”. Como ya había experimentado en la magnífica obra urbana de la cúpula de Santa María del Fiore, síntesis excelente entre requisitos estáticos e impacto estético, así mismo en el Hospital de Florencia Brunelleschi denuncia la geometría de sus piezas perfectamente cúbicas, prescindiendo intencionalmente de la exactitud filológica en el empleo del orden corintio.

Tafari sintetiza muy bien la actitud de la nueva figura del arquitecto hablando de tres instancias fundamentales: historia, reflexión y acción forman parte de una única visión del mundo que presupone la transformación del mismo. Por lo tanto, existe una precisa necesaria correspondencia entre el desarrollo de un nuevo lenguaje y los acontecimientos políticos y sociales de la nueva realidad urbana.

El proceso de normalización formal de los modelos arquitectónicos, se nutre de la geometría mística de Plotino interpretada por las sugerentes observaciones de Marsilio Ficino. Su empeño había consistido en verificar, a través de un razonamiento matemático, las tesis contenidas en los cuatro libros de Vitruvio, que a partir de entonces se afirman como la referencia imprescindible en las reglas del arte.

⁴ *Ibidem*. Pág. 150.

La consagración del Tratado de Vitruvio adviene de la mano de León Battista Alberti. Su labor, caracterizada por una culta profundización en las doctrinas de su antepasado latino, nos ofrece un conjunto de reglas y modelos, que demuestran un dominio del objeto arquitectónico en su totalidad. La obra clásica se configura como la más alta síntesis artística, pues su naturaleza no es múltiple, sino que responde a una única esencia reguladora de la cual derivan racionalmente las partes singulares. Alberti supera el carácter puramente normativo asignado a los ejemplos antiguos, alcanzando una riqueza figurativa inédita, casi, quizás inconscientemente, en clave anticlásica.

Cierta crítica ha señalado en el gesto albertiano el germen de la crisis de la arquitectura del Renacimiento, indicando cómo el abandono de la rigurosa monumentalidad de la producción de principios de siglo coincide con una primera abertura hacia los éxitos manieristas.

Más allá del debate de carácter estético es necesario destacar que, en Alberti, el recurso tipológico a las formas del pasado conoce un ulterior proceso de racionalización que precisa la exigencia de encontrar un lugar de expresión para el sentimiento de responsabilidad histórica madurado a lo largo del vasto proceso de reexaminación del sistema de valores medieval.

La ética renacentista se propone como un código moral de comportamiento centrado en la dignidad del hombre y en los valores de libertad, tolerancia y desarrollo armonioso de cada personalidad singular y de la sociedad moderna en su totalidad. La cultura clásica, con su amplio repertorio de formas, dispensa un complejo aparato alegórico y simbólico para la traducción en objetos tangibles de este original sistema deontológico.

5.4 La teoría de las proporciones y los organismos de planta central

Hemos observado cómo la ética racionalista y el recurso al historicismo crítico son reflejos directos de una sociedad que ha cambiado profundamente las relaciones en la jerarquía de valores y que mira al futuro con un nuevo espíritu.

Los programas culturales desarrollados por los pensadores renacentistas gracias al mecenazgo iluminado de la clase burguesa, surgen bajo un proceso de progresiva laicización de la sociedad localizable en la totalidad de las actividades humanas.

fig.5.27
Detalle de Los desposorios de la Virgen. Raffaello Sanzio, 1504. Pinacoteca de Brera, Milán.



El cuadro ideológico tan peculiar en el cual se mueve el trabajo de los artistas no es explicable sino recurriendo a categorías conceptuales desconocidas durante la época medieval. Si bien la interpretación del arte renacentista como expresión de un sentimiento profano es correcta, hay que especificar que la actitud laica del hombre del renacimiento no lleva a un abandono perentorio de los dogmas religiosos ni a una mortificación del sentimiento místico fuertemente arraigado en la colectividad. Más bien habría que hablar de adquisiciones simbólicas inéditas del universo pagano ajustadas tanto a las funciones litúrgicas, que siguen manteniendo su propio protagonismo, como a las nuevas funciones mundanas y civiles.

Tafuri define la arquitectura italiana del siglo XV como una producción de alto valor simbólico que procede de una clase intelectual sumamente abierta y erudita que ha descubierto en las culturas paganas una serie de referencias estéticas de incomparable elegancia y armonía.

En arquitectura, este simbolismo se traduce en la búsqueda de un sistema proporcional capaz de condensar las significaciones más recónditas del misticismo neoplatónico y de las especulaciones teológicas derivadas del culto litúrgico cristiano¹.

«La armonía del universo, oculta por mano de Dios en las proporciones del cuerpo humano, reflejo de la racionalidad del cosmos [...]», se afirma como cánón abstracto para las relaciones entre los elementos del organismo arquitectónico, considerado una unidad completa y autosuficiente, un microcosmos, espejo metafórico del orden superior divino.

El interés por los estudios antropomórficos aparece de forma manifiesta en toda la tradición de los tratados renacentistas. Estas sugerencias llegan directamente del análisis de los diez libros de Vitruvio: el tercer libro del autor latino trata de explicar cómo las proporciones perfectas de los templos griegos y romanos reflejan

1 La perspectiva abierta por los intelectuales renacentistas define un nuevo concepto de *tolerancia* que no se refiere meramente a una pauta de conducta moral: la flexibilidad del ingenio permite abarcar aportaciones de las más variadas disciplinas científicas, literarias, artísticas, además de las creencias sociales. El esfuerzo se condensa en la definición de una nueva tendencia universalista que se configura como la contribución histórica más singular del Renacimiento.

2 M. Tafuri, *L'architettura dell'Umanesimo*, pag. 324.

la lógica natural del cuerpo humano y cómo sus relaciones constructivas y funcionales siguen la misma dialéctica de necesidad y esencialidad ínsita en la anatomía del organismo. La perfección de la figura humana se traduce en dos matrices geométricas apolíneas: el cuadrado y el círculo. El triunfo de la imagen del *homo ad quadratum* y *ad circulum*³ testimonia el valor del descubrimiento de las formas simples como medio para alcanzar la comprensión de la verdad más íntima de la obra divina. Las figuras elementales permiten atribuir una dimensión concreta y concretamente medible a las aspiraciones metafísicas, es decir, disponen un lenguaje práctico para la empresa constructiva del hombre, saciando sus profundas ambiciones intelectuales. Hay un carácter ambivalente en la actitud de los artistas renacentistas que atraviesa constantemente sus obras: el continuo oscilar entre pragmatismo y anhelo teórico, entre paganismo y religión, entre ciencia y magia. Quizás el encanto que suscita la arquitectura del Quattrocento italiano resida en la asombrosa capacidad de resolver estas contradicciones por medio de una síntesis figurativa elegante, monumental, esencial.

La universalidad de las figuras elementales no se limita pues a sus indiscutibles funcionalidades geométricas, aunque parezca evidente la relación entre las formas aurales y el gesto primordial de apropiación del espacio a través de un recinto cuadrado y de la disposición de ejes simétricos que aporten una primera voluntad de control consciente del ambiente construido. Es más, esta extrema simplificación formal es fruto de una profunda revisión teórica posible sólo en el momento en que se asume, de manera programática, una disposición de intelecto completamente racional y no mermada por prejuicios de carácter estético. La simbología se hace medio y vehículo para un procedimiento lógico desarrollado a priori, para una imagen de orden mental adquirida por medio de una

3 R. Wittkower en *Les principes de l'architecture à la Renaissance*, cita muchos autores que han propuesto su personal interpretación de los preceptos vitruvianos de manera más o menos ortodoxa. Realmente, la obra de Vitruvio, siendo un texto en cierta manera propagandístico, carece de acentos críticos y se configura más como compendio de una práctica constructiva que entonces estaba más que asimilada. Las significaciones cósmicas que los artistas renacentistas atribuyen a su disertación se configuran, podríamos decir, como unas contribuciones históricamente contextualizadas y dirigidas a especificar la «relación invisible que existe entre Dios y el alma, ya que Dios no es otra cosa que la *intelligibilis sphaera*». Véase R. Wittkower, *Les principes de l'architecture à la Renaissance*, Pag. 23-28.

crítica lúcida de las categorías interpretativas de la cultura presente. En este sentido hay que leer la devaluación del procedimiento creativo respecto a la asunción de un código normalizado de matrices espaciales. Según Tafuri, la tradición simbólica renacentista concierne a dos campos de interés:

- las estructuras arquitectónicas como *tipología*;
- el partido decorativo.

Si para la producción del siglo XV es legítimo hablar de demora de la cultura artística respecto a la vivaz experimentación de las ciencias humanas, también hay que señalar la rapidez de la invención tipológica respecto al cambio en la práctica decorativa, que quedará anclada en los cánones tradicionales durante mucho más tiempo⁴.

El poder del gremio de los maestros canteros servirá como freno al desarrollo de la manera clasicista en Florencia, pero con mayor vigor en los centro del norte de Italia. Lo mismo vale para la exportación de los modelos italianos en Europa: la reticencia de la cultura local y la autoridad de las corporaciones autóctonas, condicionarán la adquisición plena del método renacentista, creando cada vez más a menudo un gusto arquitectónico muy peculiar resultado de una original combinación entre los ecos internacionalistas y los residuos de la tradición artística regional.

Sin embargo, es plausible identificar una serie de caracteres tipológicos comunes, invariados y reconocibles que se transmiten de un área cultural a la otra: el nacimiento de sistemas monárquicos supranacionales, la obra evangélica y política de la corte papal de Roma, la práctica del viaje que lleva a los artistas y peregrinos a recorrer Europa, fomentará una actitud cosmopolita y ampliará los

⁴ El empleo completo del orden arquitectónico seguirá siendo ambiguo durante el siglo XV. Brunelleschi es consciente de que en su obra la problemática del uso incorrecto del orden corintio permanecerá abierta; sin embargo, con la agudeza de espíritu que lo distingue hará de esta carencia el motor de una experimentación libre y revolucionaria. Así mismo, en la obra de Filarete la crítica ha encontrado un vínculo muy estrecho con la tradición decorativa milanese de sabor medieval, aunque sus invenciones planimétricas resulten ser revolucionaria. Habrá que esperar hasta principios del siglo XVI para que Bramante reconstruya correctamente el orden dórico en el Templo de *San Pietro in Montorio*, por voluntad de la corona española.

confines geográficos impuestos por los gobiernos y las instituciones estatales.

En arquitectura, la más alta aplicación de las matrices geométricas elementales descubiertas durante el Renacimiento concierne a la construcción de lugares de culto. Francesco Di Giorgio utiliza las reflexiones sobre la perfección del cuerpo humano para proporcionar edificios religiosos. Su método se basa en la interacción de módulos cuadrados, alcanzado la perfecta armonía del conjunto en cada una de las partes que lo constituyen. De esta manera, el arquitecto logra un control absoluto del espacio en su desarrollo longitudinal y transversal.

Alberti da un paso más normalizando el uso de la planta central como consecuencia más directa para el empleo de las figuras puras. La importancia que esta tipología consigue dentro del debate teórico está testimoniada por la atención que le destina Alberti en el VII libro del *De Res Edificatoria*, capítulo centrado en el análisis de los lugares sagrados y de su más digna disposición planimétrica y decoración.

El crítico de la arquitectura R. Whittkower dedica una sección monográfica al tema de los organismos centrales, describiendo de manera precisa y sintética cómo Alberti analiza la tipología arrancando de las formas puras, el cuadrado y el círculo, de los cuales derivan los desarrollos poligonales⁵. En su culta disertación no menciona las estructuras basilicales en forma de cruz latina sino para citar algunos ejemplos históricamente emblemáticos y útiles a la hora de crear un cuadro general de la historia de los lugares litúrgicos a partir de la apropiación, por parte de las primeras comunidades cristianas, de las basílicas paganas. Según Alberti, la iglesia moderna en forma de planta central, tendrá que presentarse como «el más noble ornamento de la ciudad»: el efecto purificador de su forma perfecta permitirá «alcanzar la edad de la inocencia adquirida por Dios».

5 Alberti ilustra minuciosamente las técnicas geométricas de dibujo de los polígonos regulares, confirmando la dependencia de todas estas figuras perfectas del círculo.

El sentimiento catártico suscitado por la arquitectura está ligado a dos principios:

- la lógica superior del procedimiento matemático;
- la perfecta homogeneidad de las partes respecto a la unidad.

Cada ámbito del edificio adquiere una proporción y una medida tal que no sea posible alterar de ninguna forma una característica o posición de los elementos arquitectónicos sin que se comprometa definitivamente la armonía general de la obra construida. La figura más apropiada para estas reglas proporcionales es el círculo: vuelve en la ética albertiana aquel afán simbólico según el cual la armonía construida concretamente por mano del hombre es el eco visible del orden celestial divino.

Alberti añade la necesidad de seguir estas normas de conformidad de proporciones para cualquier obra de arquitectura donde reconocer la contribución sabia del arquitecto moderno.

Las formas puras (el cuadrado y el círculo) apreciadas por los intelectuales italianos a partir del siglo XV, despojadas en parte de aquel complejo aparato simbólico establecido por sus teorizadores, tendrán un largo éxito, debido a su sencilla belleza y a su sorprendente capacidad de adaptación a las exigencias más heterogéneas.

El vigoroso empuje dado al desarrollo cultural por el progresivo proceso de laicización además del nuevo espíritu emancipado y totalizante del hombre del Renacimiento harán que la mirada de los arquitectos se vuelva hacia la producción de la arquitectura civil con un inédito interés. A partir del siglo XV, la obra de los nuevos profesionales incluirá tipologías que hasta entonces no habían atraído la curiosidad creativa de los artistas, como universidades, bibliotecas, hospitales. Para ellas se recurrirá a aquel repertorio normalizado de formas inéditas y revolucionarias que son una de las herencias más singulares del *Quattrocento* italiano.

5.5 El valor del símbolo en la definición formal

En el prefacio del ensayo “Nacimiento de la clínica”, Foucault arraiga sus propósitos exegéticos en la riqueza oculta del objeto analizado, en una suerte de “exceso del significado sobre el significante, un resto necesariamente no formulado del pensamiento que el lenguaje ha dejado en la sombra, residuo que es su esencia misma, impelida fuera de su secreto”¹. A este universo del no hablado intenta dar voz el comentarista por medio de una interrogación analítica y de su propia interpretación.

En este apartado nos ocuparemos de desatar el vínculo complejo que existe entre el código lingüístico del objeto significante, en nuestro caso los edificios hospitalarios modernos, y la naturaleza de ciertos mensajes que en ellos se ocultan y que se hallan en un nivel más profundo de la imagen superficial; se trata de elementos que, evidentemente, necesitan este silencio para actuar con soltura y con total libertad, y por este mismo motivo se mantienen en el

fig.5.28
Detalle del patio
de los Mármoles,
Hospital Real de
Granada.

¹ Foucault, M., *Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*, 2001, Pág. 11.



campo del no dicho y se sirven de las estrategias de la disimulación. Hablaremos de cómo los aposentos del poder, sea éste administrativo y circunstancial o bien político y permanente, ejercen sus propias voluntades, disponiendo en los espacios hospitalarios un sistema de control, con finalidades diferentes que varían a lo largo de los siglos. Hablaremos además de cómo las instancias de carácter funcional se emplean de forma provechosa para confirmar toda una serie de verdades dogmáticas o misteriosas útiles para mantener la cohesión social.

El descubrimiento historiográfico de la tipología cruciforme a mitad del siglo pasado despertó, junto con los estudios sobre sus caracteres funcionales, un vivo interés hacia las hipotéticas implicaciones simbólicas que subyacen en la adopción de ciertas figuras alegóricas, la cruz por encima de todas ellas, en el programa edificatorio de los hospitales.

En 1937 Biagetti, estrenando esta temática crítica en relación al estudio del Hospital Mayor de Milán, derivaba la adopción del esquema cruciforme para los hospitales renacentistas de la tipología conventual o, más en general, del espacio religioso de las iglesias. El elemento que más motivaba esta filiación tipológica se hallaba en el núcleo central donde se disponía el altar de manera que todos los enfermos pudieran asistir a los oficios religiosos. De esta teoría nació toda una tradición historiográfica que confirmaba la filiación directa del tipo hospitalario moderno de un repertorio bastante genérico de edificaciones religiosas, las cuales se conformaban según un formulismo asentando que tenía en la cruz su símbolo más significativo².

Está claro que la consideraciones avanzadas por los primeros comentaristas del siglo XX estaban mermadas por una observación muy reducida de modelos, y entre ellos, las formas cristalinas del Hospital Mayor se asumieron como principio de una regla cierta y generalmente difundida, como tipo en sí mismo y no como modelo fruto de una interpretación, y a su vez interpretable.

2 Biagetti, V., *L'Ospedale Maggiore di Milano*, Milano: Francesco Perella, 1937. G. Castelli, *L'Ospedale Maggiore di Milano e la storia del perdono*, Milano: Ceschina, 1939. G. Castelli, Gli ospedali a crociera, en *L'ospedale Maggiore*, revista de cultura médica, n.7 1941.

Otras teorías más modernas tienden a privilegiar el dato funcionalista justificado bajo la óptica del máximo aprovechamiento de los recursos espaciales y distributivos dispuestos por un sistema cultural en rápida evolución. En cuanto a la presencia del altar, Alessandro Peroni menciona la bula que Nicolás V expidió para el Hospital Mayor de Milán donde se habla de las salas para los enfermos “cum altari in capite vel in medio ut infirmi stantes in lectis possint misma audite et sacrificium videre”³. Si bien el posicionamiento del altar responde a exigencias claras de comodidad visual, es lícito pensar que, en determinadas ocasiones, se le suma el valor alegórico, del cual el uso del eje es un mecanismo multiplicador.

Sin embargo, en consideración de la complejidad del programa arquitectónico del Hospital de Milán por el cual se llama a trabajar a un arquitecto culto y refinado como Filarete, sería demasiado limitativo pensar que una superposición semántica pueda haber sido añadida a posteriori, sin un programa pensado orgánicamente según cuestiones arquitectónicas y compositivas. Tampoco se puede creer que la trascendencia del valor comunicativo del nuevo hospital fuese el mero ejercicio estilístico de un artista instruido ni el producto de la voluntad mecanicista de un técnico genial. Más bien es el resultado de una dirección política sagaz que pretende la máxima eficiencia para una obra que supone una inversión ingente y un retorno promocional inmediato. Señor y arquitecto colaboran activamente; uno no puede separarse del otro, sino que ambos participan en la misma medida, si bien con aportaciones diferentes, para realizar el doble objetivo del señor.

El primero, el de un beneficio en relación al aumento preocupante de mendigos enfermizos y sin hogar, se soluciona por medio de cuatro alas espaciales que se articulan alrededor de un único espacio que funciona como bisagra para una cómoda circulación del personal de servicio; los brazos separados permiten una primera aproximación taxonómica al problema de la enfermedad y al mismo tiempo, ordenan racionalmente las dependencias marginales; el planeamiento racional permite un racional control sobre

3 Peroni, A., *Il modello dell'ospedale cruciforme: il problema del rapporto fra l'ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze e gli ospedali lombardi, in Florence and Milan: comparisons and relations : acts of two conferences at Villa I Tatti in 1982-1984*, Florencia: la Nuova Italia Editrice, 1989. Pág. 59.

los enfermos, pero a la vez sobre la familia hospitalaria, sobre la circulación de sus miembros dentro del recinto hospitalario y sobre el cumplimiento oportuno de sus tareas.

En relación al segundo objetivo, la aceptación dócil del poder impuesto y sobre todo la identificación por parte de la comunidad de una autoridad legítima, estatal y dinástica, se elabora un sistema expresivo que hable de magnificencia, de progreso, de piedad. En este sentido no podemos desechar a priori las teorías que privilegian las significaciones simbólico-religiosas; más bien debemos acotarlas y contextualizarlas en el ámbito de una síntesis programática de carácter político y, además, diplomático.

Conocemos las diatribas que animan constantemente el debate entre autoridad religiosa y civil en el tema de la gestión de la asistencia a los necesitados. Durante el siglo XV y hasta el siglo XIX, de ninguna manera los gobernantes laicos pueden prescindir del poder religioso para obtener, administrar y mantener el mando. La religión es parte integrante del equilibrio social, define las conductas y castiga las perversiones, mide la entidad de las relaciones sociales, legitima las ambiciones clasistas, autoriza el progreso de las ciencias.

Es en esta perspectiva instrumental donde habría que leer aquella tensión religiosa constante, pero no ostentada, presente en la simbología de las formas⁴ que se reflejan en el hospital milanés.

En cuanto al valor semiótico del esquema cruciforme como símbolo de expiación y redención, como dispositivo taumatúrgico o como referencia metafísica que algunos historiadores han querido vislumbrar, nuestro juicio se mantiene más bien escéptico.

Sin embargo, hay que señalar que el mismo Filarete, humanista docto y riguroso, adopta en su tratado el mismo planeamiento cruciforme para diseñar el “Ergastolon”, la casa de castigo y de los trabajos forzosos. Como justamente destaca Franchini, “sería difícil comprender tal acercamiento, justificándolo únicamente con un apego a la forma de cruz o con motivaciones funcionales, sin legitimarlo a través de la exégesis simbólica y de la calificación

4 Finoli M.A., Il Filarete, il Trattato di architettura, la crociera, en *La Ca Granda di Milano. L'intervento conservativo sul cortile richiniano*, Milano: Amilcare Pizzi / SNAM, 1993. Pág. 46.

de ambos edificios como lugares de pena, como calvario que hay que recorrer para alcanzar la redención humana, como un camino de catarsis para lograr la salvación del alma y -si a Diós le place-del cuerpo”⁵. La observación de Franchini es muy sugerente, pero deja cabos sueltos. Sobre todo exige prudencia cuando se analice la ilustre anomalía de Roma. Efectivamente aquí, en el centro de la cristiandad, donde trabaja un grupo nutrido de artistas lombardos y donde con toda probabilidad se conocía el modelo de Milán, no tenemos noticia de que se considere entre las alternativas compositivas un planeamiento cruciforme, ya que el brazo más corto hacia el norte que completa el sistema en forma de T, la llamada crujía alejandrina, fue reformado en un momento posterior a las reformas de Sixto IV⁶.

Nos parecen, pues, más acertadas las observaciones de Liliana Grassi, que frente a la imposibilidad de demostrar una valencia simbólica de la cruz griega derivada de la iconografía tradicional y hasta de la numerología cabalística medieval, se limita a señalar la afición casi obsesiva de Filarete por la figura cuadrada y por el módulo numérico, y el afán que muestra en su obra literaria, el famoso Tratado, por formalizar la perfecta coherencia del círculo, figuración de la perfección divina y el cuadrado del hombre vitruviano de Leonardo, que es, en síntesis, la suma neoplatónica de humanismo y religión⁷.

Si bien desde los espacios sagrados se toman motivos que estructuran el aparato simbólico, estos están perfectamente integrados en un programa arquitectónico que no desestima las prerrogativas técnico-ambientales, integrándolas perfectamente en el diseño formal. La síntesis compositiva es tan perfecta que resulta arduo señalar dónde terminan las exigencias prácticas y donde

5 Franchini, L., *Ospedali lombardi del Quattrocento: fondazione, trasformazioni, restauri*, 1995. Pág. 36.

6 Flavia Colonna aún no compartiendo la opinión que atribuye la construcción del brazo corto al pontificado de Alejandro VII (1655-1667), admite que este tenía que existir “aunque en formas y dimensiones diferentes”. Colonna F., *L'ospedale di Santo Spirito a Roma: lo sviluppo dell'assistenza e le trasformazioni architettonico-funzionali*, 2009. Pág. 86.

7 Grassi, L., *Trasmutazione linguistica dell'architettura sforzesca: splendore e presagio al tempo di Ludovico il Moro*, Milano 1983, citado en Franchini, L., 1995. Op. cit. Pág. 36.

empieza la vocación comunicativa.

En Milán, por ejemplo, se dispone un fuerte basamento de manera que el edificio resulte sobreelevado respecto al suelo. Este tipo de tratamiento es típico de los lugares sagrados simbolizando la condición especial, la “emergencia”, de estos edificios en relación al tejido residencial urbano. Sin embargo, en Milán Filarete no se limita a disponer un desnivel emblemático con un hipogeo angosto y todavía útil para un aislamiento mínimo del edificio; al contrario, proyecta una planta sótano amplia y cómoda (los espacios bajo las enfermerías alcanzan aproximadamente los 3,90 metros de altura) la cual conecta de forma continua todo el complejo hospitalario; aquí se sitúan almacenes, talleres y todas las actividades que resultan imprescindibles para el buen funcionamiento del hospital. Cabe la hipótesis de que el Filarete conociera el laberíntico hipogeo de Siena, donde un camino antiguo recorre circularmente los espacios de servicio y los conecta unos a otros.

Un razonamiento parecido podría emplearse en relación a la inserción de la galería delantera como referencia al espacio que se disponía en las basílicas paleocristianas para acoger a los catecúmenos, que es metáfora de transición entre el universo impío de la mundanidad y la rectitud compasiva de la observancia religiosa. Pero, según nuestro juicio, tal interpretación y acercamiento resultarían algo forzados. Es más probable que se englobara en el programa constructivo un elemento que desde hacía tiempo había perdido sus alusiones místicas, transformándose en todo un símbolo de espacio urbano y de las relaciones sociales: la lonja mercantil⁸. Una vez más, en los hospitales la ortodoxia se somete a las necesidades prácticas y el patio de fachada se transforma en una estancia versátil donde acoger a los necesitados, clasificarlos, y solventar todas las tareas

8 A propósito del tema de las lonjas consúltese el interesante trabajo de Alessandro Merlo, del cual tenemos una síntesis explicativa en su ensayo “Le logge in Toscana: lettura tipologico-processuale di un tipo edilizio speciale” en “Logge mercantili di Toscana”, Istituzione Culturale Castiglionesa, quaderni di biblioteca n. 17, Arti Tipografiche Toscane, Cortona 2000, pp. 9-38. En él la lonja se define como “edificio especial, constituido por una o varias crujías, abierto hacia el exterior, nacido de la exigencia de disponer de un espacio utilizable por numerosas personas, y asociado a funciones especializadas: económica, política, militar, social, religiosa y de representación”. La traducción al español aparece en Lara Ortega, S., *Las seis grandes lonjas de la Corona de Aragón*, Valencia: General de Ediciones de Arquitectura, 2007. Pág. 24.

necesarias para la hospitalización. De nuevo no parece tan insensato referirse al hospital de Siena, donde todas estas acciones realizadas frente a la colectividad precisamente en el patio delantero, afloran no sólo del análisis documental, sino que están perfectamente relatadas en la serie de frescos que embellecen las enfermerías. En Siena, la perfecta ósmosis entre espacios interiores y exteriores nos habla de la urbanidad de los espacios asistenciales, que tiene inspiración tanto en el sentimiento de piedad cristiana como en la participación de una comunidad que se reconoce en un sistema común de nuevos y cívicos valores.

Si existieran unas especulaciones herméticas bajo la perfecta simetría y geometría de los espacios de los nuevos hospitales, éstas estarían sometidas a una concreta utilidad práctica.

Nada en Milán se deja al azar y ningún recurso se desperdicia en un ejercicio puramente estético tan vanidoso como vacuo. Según nuestra opinión es lícito hablar de significaciones meta-semánticas en el repertorio figurativo de signos herméticos, aritméticos (de eco toscano) y metafísicos, tal y como sugieren los teóricos idealistas, en la medida en que todas estas referencias intelectuales se empleen con una absoluta fidelidad a la razón utilitaria, al programa funcional, a las condiciones impuestas por la demanda social; pues, finalmente, la comunidad urbana se impone como sujeto, si bien subordinado, de la actividad constructiva. De la simbiosis equilibrada entre las referencias intelectualistas y las formalidades pragmáticas deriva el éxito de la obra arquitectónica y la modernidad del modelo creado.

La claridad de la visión orgánica del Hospital de Milán, cuyo decoro insiste fundamentalmente en la proporción simétrica y en la jerarquía entre las partes, facilitó su adopción en otros contextos territoriales.

Franchini destaca cómo el complejo de significaciones simbólicas se simplifica hasta perderse definitivamente “cuando el resultado de la investigación se hizo práctica repetitiva, cuando la idea teórica chocó con la realidad pragmática, alejándose de la perfección geométrica del modelo, y vino a faltar el estímulo de reproducir la síntesis entre carácter funcional y expresión formal”⁹

9 Franchini, 1995. Op. cit. Pág. 37.

De hecho, es incontestable que el planeamiento cruciforme, más allá de sus recónditas significaciones simbólicas, facilitó “una racionalización del espacio, desde un punto de vista estrictamente arquitectónico y desde una idea proteccionista todavía algo caótica”¹⁰.

Para los arquitectos se trataba entonces de una solución a un engorroso problema de tipo más funcional que conceptual. Las referencias de carácter social parecen mucho más evidentes en la construcción de hospitales en territorio español durante el siglo XVI. Aquí la adopción de los esquemas cruciformes está influenciada por el nuevo clima social y por la obra divulgativa de los teóricos reformistas como Vives y Giginta que apoyan la idea de un planeamiento racional de los servicios asistenciales bajo la responsabilidad del poder civil. Si para el primero el hospital es todavía una institución híbrida donde se curan enfermos y se educa a los jóvenes abandonados, Giginta habla explícitamente de prevención profiláctica contra el contagio a través de una oportuna separación de los enfermos en las diferentes alas del nuevo sistema de enfermerías¹¹.

En España, el tipo cruciforme intervino en la formación de un imaginario común para los arquitectos que medían su propio ingenio frente a la necesidad de ampliar y actualizar la red asistencial pública. Siglos más tarde, en 1963, el arquitecto Zuazo dibuja una planta ideal cruciforme, figurándose la tradición formal que tuvo que inspirar la obra de los hermanos Egas a principios del siglo XVI¹².

Algunos historiadores como Chueca consideran que el planeamiento adoptado en España deriva de una simplificación del modelo italiano en términos dimensionales y compositivos¹³. Estudios más recientes han intentado acotar esta visión considerando la peculiaridad de los contextos culturales en los cuales el tipo se implanta y que indudablemente participan de su transformación.

10 Diez del Corral, R., Checa, F., *Typologie hospitalière et bienfaisance dans l'Espagne de la Renaissance: croix grecque, panthéon, chambres des merveilles*, en *Gazette des Beaux Arts*, 1986. Pág. 120.

11 *Ibidem*. Pág. 120.

12 Sánchez Robles Beltrán, C., *El alojamiento colectivo y transitorio. El Hospital General: siglos XV y XVI*, Valencia: Universidad Politécnica de Valencia, 1993. Pág. 38 y siguientes.

13 Chueca, F., *Arquitectura del siglo XVI*, en *Ars Hispaniae*, XI, 1953. De Pág. 42.

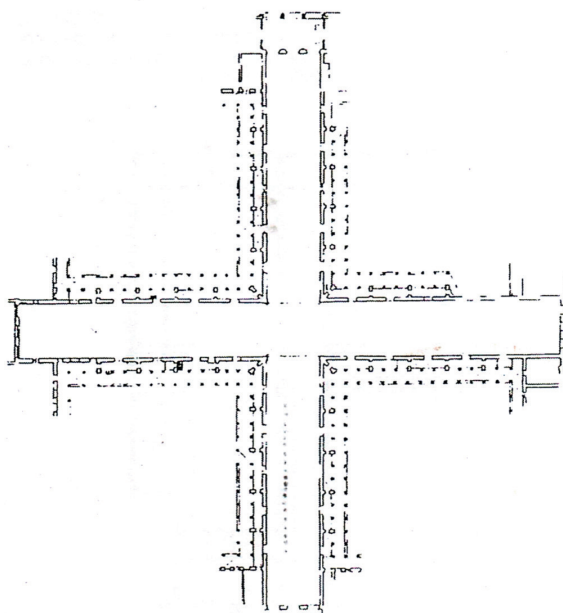


fig. 5.29
Planta-tipo de
hospitales concebidos
por el maestro
Enrique Egas.
Zuazo, 1963.

Un elemento de rotura evidente con la tradición italiana consiste en la eliminación del patio delantero, que permitía hacer ostentación de la impecable organización de las tareas asistenciales del Hospital ante toda la comunidad urbana. Suponiendo que esta pieza derive de la tradición de los mercados cubiertos, hubiera sido perfectamente lógico integrarla en los edificios hospitalarios y más en un área como los territorios de la península, donde no faltaban ejemplos insignes de lonjas medievales¹⁴. Esta ausencia se puede justificar considerando el profundo cambio en el programa asistencial y a la en el sentimiento que lo animó.

Como hemos señalado, los primeros hospitales de planta cruciforme surgen en un intervalo de tiempo muy breve bajo la iniciativa de las Coronas reunidas de Castilla y Aragón. Aparecen, entonces, en un clima ya profundamente influido por las corrientes reformistas, por el fantasma de la pobreza endémica que ya se consideraba como una disfunción social que había que desarraigar o limitar y marginar lo más posible. Además, la erosión de la rentas hospitalarias se mostraba como un problema verdaderamente

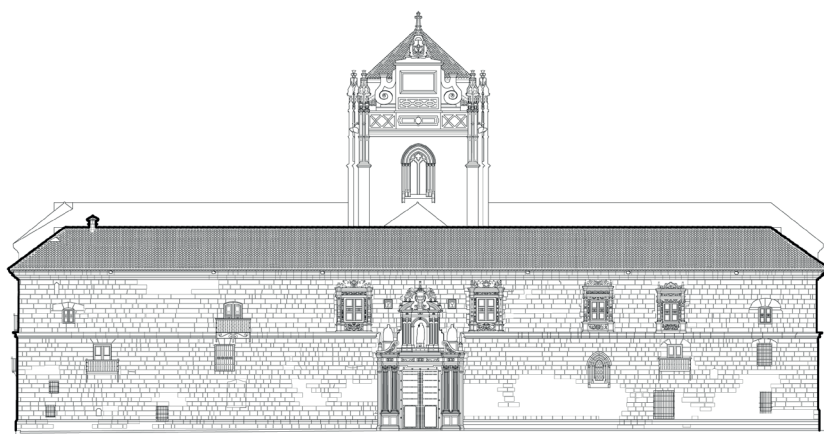
14 Véase Cataldi, G., *Logge e/ Lonjas. I luoghi del commercio nella storia della città*, Studi e Documenti di Architettura/22, Alinea Editrice, Firenze 2002.

delicado y capaz de comprometer los equilibrios que se mantenían desde siglos.

Por estos motivos, los nuevos institutos hospitalarios se levantan bajo la protección de un poder que quiere mostrarse austero y moderado y que por ello cambia las perspectivas de los valores del humanismo encauzándolos hacia las corrientes contrarreformistas. El sentido del decoro urbano muda hacia una simbología sobria que pueda infundir ante todo respeto y disciplina. Por ello, se incrementan los mecanismos de segregación promoviendo un renacimiento moralista perfectamente reflejado en la compostura de la arquitectura hospitalaria. La relaciones de los institutos hospitalarios con el entorno urbano y social se hacen más burocráticas a la vez que se aísla materialmente el edificio y se le resta transparencia por el mismo hecho de acoger una humanidad miserable y pecadora, antimodelo por antonomasia.

Cambian entonces los criterios formales y, por supuesto, la manera de relacionarse con los ejemplos exteriores. Bajo esta perspectiva habría que considerar aquella supuesta simplificación formal que se observa en los complejos hospitalarios españoles, y no desdeñarlos en virtud de una incapacidad, ingenua y poco justificada, de comprender las enseñanzas del humanismo italiano. Sencillamente, la culta y mundana filosofía renacentista y su lenguaje refinado, pero sobre todo el soberbio orgullo con el cual se manifiestan hacia el exterior, se consideran factores improductivos para las instituciones

fig. 5.30
Fachada principal
del Hospital Real de
Granada



asistenciales del siglo XVI.

En ellas no faltarán decoro y riqueza, pero comunicadas por medio de la introversión formal, de la simplificación de la imagen exterior en la cual, por otra parte, no podemos dejar de hallar ciertas correspondencias con el gusto oriental. En Granada, por ejemplo, la desnuda horizontalidad de las fachadas contrasta con la opulenta finura de los interiores que se exprime sobre todo en las elegantes armaduras mudéjares y en los artesonados de inspiración renacentista.

La falta de ortodoxia en la adopción del modelo italiano es para nosotros el impulso a la progresión del tipo que tiende a satisfacer las mudadas exigencias con altos niveles de rendimiento estético.

A lo largo del siglo XVI, el edificio hospitalario se encamina a ser el lugar del gran encierro, mudando progresivamente tanto su estrategias de gestión como sus programas arquitectónicos. Otros valores inspirarán su construcción y otros criterios formalizarán su imagen.



5.6 El problema del control

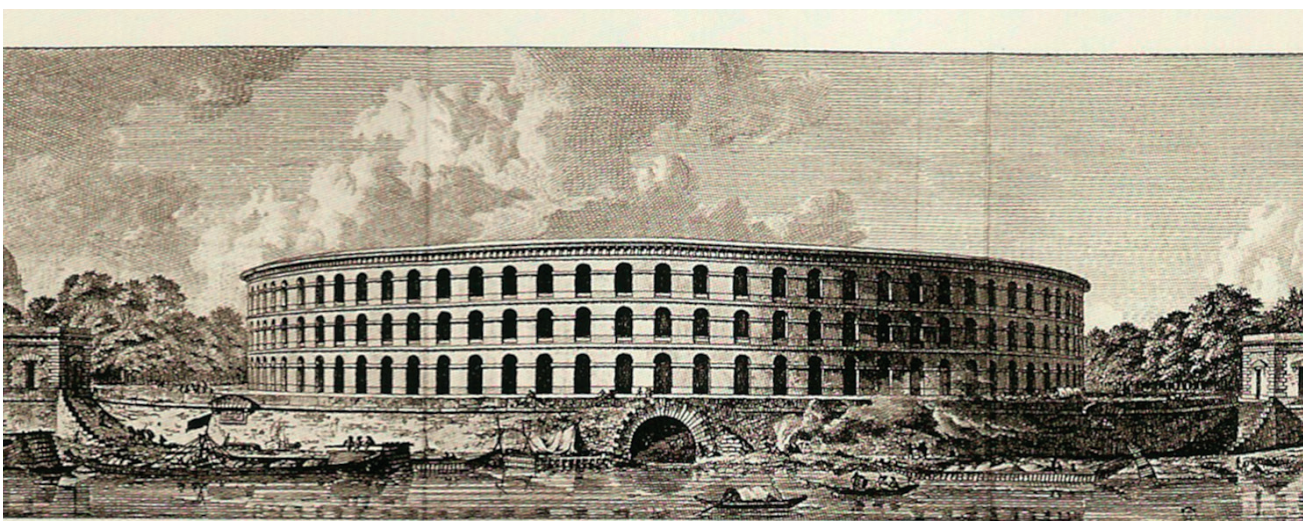
“Ha habido, en el curso de la edad clásica, todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Podrían encontrarse fácilmente signos de esta gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al cuerpo que se educa, al cuerpo que obedece, al cuerpo que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican”.

La problemática de la acción coercitiva de los poderes sobre el cuerpo social, o bien sobre las partes de él que se encuentran en una circunstancia de subordinación por falta de recursos propios, es una cuestión que emerge conjuntamente a la eclosión de las filosofías neo-capitalistas y que adquiere vigor con el transcurso de los siglos paralelamente a la normalización del sistema estamental burgués.

fig. 5.31
Proyecto para el
Hôtel Dieu de Paris.
B. Poyet, 1785.

Obviamente, sería cuanto menos ingenuo afirmar que la tradición del abuso y de la obediencia es un producto de las corrientes

1 Foucault, M., *Vigilar y castigar*, Madrid, 2009. Pág. 140.



Vue perspective du nouvel Hôtel Dieu proposé par le Sr. Poyet, prise du Chemin de Versailles

individualistas modernas, siendo el esclavismo, el vasallaje, el temor cristiano, fenómenos de eco muy antiguo.

Sin embargo, el florecimiento de un nuevo sistema de coordenadas culturales y de axiomas socio-políticos a partir del siglo XV, apretaría el yugo del control, “ha cambiado su escala, le ha proporcionado instrumentos precisos”, pero, por encima de todo, le ha facilitado una rigurosa racionalización y ha predispuesto lugares específicos para su ejercicio. Entre estos lugares han destacado durante mucho tiempo los hospitales.

El control no es sino otra expresión de una autoridad superior responsable del mantenimiento del orden social y que actúa bien por medio de una serie de disposiciones legislativas, bien de forma directa a través de los programas educacionales y correccionales. Ambos están dirigidos al mismo objetivo: la subordinación del individuo al sistema vigente.

En una realidad que comienza a promover en sentido laico la rectitud religiosa y la transforma por medio de los principios de eficiencia y provecho, la sujeción del hombre se mide en términos de utilidad social. La docilidad del cuerpo, del cual explotar las fuerzas, se logra a través de una serie de modalidades represivas que podríamos aunar sintéticamente bajo del término “disciplina”.

A principios del siglo XVI, la instrumentalización del pensamiento humanista y las leyes de inspiración reformista se acompañan al empeño educativo-disciplinar hacia los mendigos que agolpaban calles y parroquias.

Las estrategias políticas van afinando los criterios de actuación en relación a la plaga de la pobreza, disponiendo espacios cada vez más caracterizados y especializados.

Una de las técnicas adoptadas fue el encierro coercitivo en los hospitales generales, muchos de los cuales fueron construidos de nueva planta para la ocasión. Como hemos observado, el esfuerzo financiero precisamente para este propósito, fue importante en

2 *Ibidem* Pág. 143.



Francia, y de forma particular en la capital, durante el siglo XVII³, al igual que para modificar la imagen de amplias franjas urbanas⁴.

Indudablemente, la clausura fue la estrategia más empleada. Por clausura se entendía romper las comunicaciones consideradas corruptivas, pero sobre todo, quería despojarse a la sociedad de mendigos, de sus lazos locales, de sus recursos habituales.

El mecanismo del control y de la disciplina como dispositivos políticos para uniformar bajo una referencia normativa estricta un número importante de individuos surge a raíz de momentos de crisis durante los cuales el gobierno civil se enfrenta al peligro de desórdenes y disturbios. Entonces, los administradores activan con rigor inusitado las prácticas de registro e inspección y endurecen los estatutos locales.

Antes de que este esfuerzo legislativo llegue a conformar la anatomía política del estado moderno invadiendo escuelas, hospitales y centros correccionales, el ejercicio de la coerción se aplicó en el ámbito de la prevención de las enfermedades epidémicas, cuyo recrudecimiento y reincidencia durante el siglo XVI amenazaban la estabilidad de las comunidades locales y la reactivación de la economía a escala europea.

La obsesión por el contagio motiva entonces la formación de un sistema continuo de vigilancia que pasa de una dimensión de encierro urbano en las temporadas de cuarentena a una reclusión permanente en edificios especializados durante los periodos de baja de los bacilos pestíferos.

El paso de muchas enfermedades infecciosas al estado endémico

3 Antes de esta fecha se había formado en París el Bureau des pauvres, en 1544, el cual se reveló insuficiente para hacer frente al problema de la mendicidad. Laget, P., Laroche C., *L'Hopital en France:hsitroire et architecture*, Lyon, 2012. Pág. 61.

4 En Lyon se construye un hospital para mendigos en 1617, articulando varios esquemas cruciformes. En este caso la dedicación sigue queriendo comunicar los benévolos cometidos medievales, frente al claro sistema carcelario en la administración de la casa. Este tipo de apelativo se irá abandonando a lo largo del siglo por el más franco "Hopital General", cuando se levantan edificios para el encierro de los marginados en Orleans en 1642, en Marsella en 1643 en Tolosa en 1647 etc. Laget, P., Laroche C., 2012. Op. cit. Pág. 63.

impulsa la construcción de recintos especialmente destinados al aislamiento de las anomalías patológicas que progresivamente se excluyen de los hospitales para enfermos agudos y de los hospicios para indigentes hábiles. Se comienza a distribuir analíticamente a los individuos, marcándolos y asignándolos a un espacio preciso donde se puedan controlar sus movimientos, el curso de sus dolencias, su vida y su muerte.

En una realidad donde los recursos terapéuticos son escasos o insuficientemente eficaces, adquieren importancia todas las técnicas que los gobernantes emplean para “medir, controlar y corregir a los anormales”⁵ haciendo funcionar los “dispositivos disciplinarios”.

Como acertadamente afirma Foucault, “a las nuevas disciplinas no les ha costado trabajo alojarse en el interior de los esquemas antiguos”. Si bien el “arqueólogo” francés se refiere más bien a la categoría de los hábitos sociales, su consideración se revela cierta también desde el punto de vista de la adopción de sistemas arquitectónicos convencionales.

Efectivamente, después de la afortunada experimentación del siglo XV, el modelo de hospitales en forma de cruz se había formalizado como referencia prototípica para la construcción de edificios que iban especializando sus funciones. En todo caso, a pesar de la diversificación de las tareas asistenciales, cuya intensificación motivará el nacimiento de nuevos filones tipológicos (los albergues para pobres, las cárceles e incluso las clínicas), durante toda la época del antiguo régimen se mantuvo el mismo repertorio arquitectónico para albergar actividades diferentes. Todas ellas estaban asociadas, ante todo, a unas tácticas disciplinarias precisas.

La vocación conventual que se mantiene en los hospitales como memoria de una antigua tradición de caridad, pero sobre todo como reflejo de las disposiciones contrarreformistas, constituía evidentemente una garantía para el rigor y la obediencia.

Así mismo, su configuración panóptica facilitaba las tareas de división de los sujetos, su separación y control constantes con un

5 Foucault, M., 2009. Pág. 203.

6 *Ibidem* Pág. 153.

notable ahorro en términos de tiempo y recursos espaciales.

Sin embargo, la transformación de los horizontes disciplinarios, tanto en el campo médico como sociológico, habían impulsado algunos cambios sustanciales.

En primer lugar, se había radicalizado la composición modular, despojándola de las significaciones intelectualistas y potenciando su carácter técnico organizativo. Un claro ejemplo de tal postura es observable en el hospital para enfermos contagiosos de San Louis de París. En él la importancia del módulo de hospitalización es tal que se asume como regla compositiva general, doblando en un recinto cuadrado la disposición de camas (se disponen por cada planta 8 naves en vez de las tradicionales cuatro naves del proyecto cruciforme).

En segundo lugar, aparece la preocupación por una organización serial de las grandes salas renacentistas donde los indigentes se agolpaban sin una regulación rigurosa, a veces ocupando más de un hombre una sola cama. Efectivamente, en el ámbito terapéutico uno de los avances del siglo XVII será una categorización más exacta de los enfermos y una individualización empírica de los síntomas según las características de cada paciente. La aproximación taxonómica exige claridad y orden para la observación de los sujetos y una atención metódica para el registro de todas las informaciones. Por ello, Foucault llega a afirmar que “nace de la disciplina un espacio médicamente útil”⁷.

La práctica clasificadora se ajusta también al cuadro de las que se consideran disfunciones sociales relacionadas con los temas de la mendicidad y de la delincuencia. Así, los espacios hospitalarios van descomponiéndose de forma serial y jerárquica, disponiéndose nuevos lugares para los diferentes rangos de actividades. A nivel compositivo, se recupera el concepto de atomización propio de los edificios conventuales, bien por la adopción de sistemas cerrados para las camas, bien por medio de celdas aisladas y compartimentación de las salas. Se mantiene el sistema de distribución polar ínsito en los esquemas cruciformes, alcanzando una nueva síntesis entre

7 *Ibidem* Pág. 148.

organicidad general y diferenciación celular. Ambos reflejan un programa teórico en el cual se consideran los individuos separadamente en tanto que se controlan como grupo.

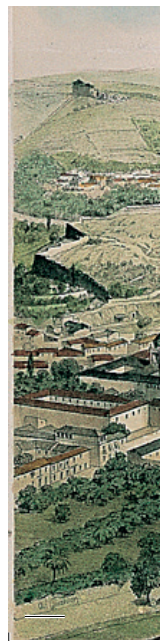
De todas estas consideraciones deriva una transformación de la tipología hospitalaria que no sólo es funcional sino formal y expresiva. La arquitectura no tiene ya como único objetivo ser vista, mostrar la magnificencia del estado (los hospitales del siglo XV), ni tiene sólo que vigilar el límite entre lo que hay dentro y lo que hay fuera (los recintos dispuestos a partir del siglo XVI), sino que debe permitir una observación cuidadosa de aquellos que se alojan en su interior para operar sobre sus cuerpos una transformación (sea ésta disciplinar o médica). Los hospitales se hacen menos suntuosos pero más complejos, racionales y "transparentes", si restar nada a la monumentalidad exigida por la envergadura de los servicios que hospedan. El lenguaje del neoclasicismo del siglo XVIII ofrece una combinación de formas convenientes para el programa propuesto, solucionando desde el punto de vista estético una problemática comunicativa ambigua derivada de la coincidencia entre auxilio y condena.

La Salpetriere de París, si bien tanto cronológicamente como estilísticamente constituye un momento de transición, entre modalidades antiguas e innovaciones que sólo se formalizarán con la mutación del tipo a la configuración en pabellones, constituye un ejemplo emblemático de la complejidad de las últimas construcciones levantadas según el modelo clásico. A las salas diáfanas del bloque frontal donde se disponen dos módulos de hospitalización separados simétricamente por una capilla de cruz griega, se contraponen los pabellones traseros, organizados alrededor de un claustro y compartimentados interiormente en celdas. La construcción, hacia 1680, de una casa de reclusión en el límite oriental del complejo, de forma cuadrada y con un tratamiento formal sencillo y severo, señala la implantación de la vigilancia policiaca explícita en los edificios hospitalarios, motivando el nacimiento de la tipología carcelaria sobre cuya experimentación van a converger las atenciones de los teóricos decimonónicos.



CAPÍTULO 6

*Conocimiento, conservación e
intervención:
el Hospital Real de Granada*





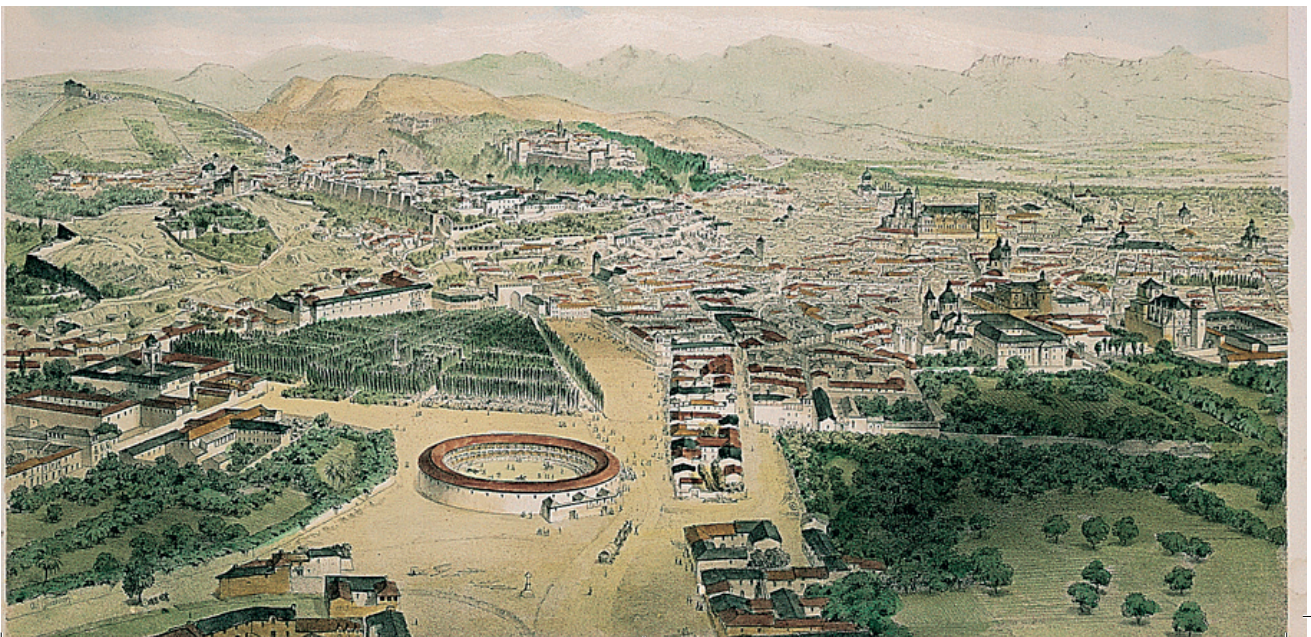
6.1 El Hospital Real de Granada, un modelo ejemplar

La arquitectura hospitalaria como componente de los equipamientos urbanos de carácter público es la que en mayor medida ha estado condicionada por la progresiva evolución de los valores sociales, por el progreso comunitario, por la acción colectiva de grupos humanos que se reconocen en un sistema de intereses y objetivos comunes.

Esbozar la historia de su evolución significa descifrar la lógica de las políticas que los operadores públicos han desplegado para cohesionar los grupos sociales y a la vez supone la identificación de los elementos críticos que funcionan como motor de los cambios, sean estos de carácter técnico o de índole moral.

Por lo tanto, los edificios asistenciales y sanitarios figuran como observatorios privilegiados para medir la entidad de las transformaciones sociales consideradas en su compleja heterogeneidad; la razón arquitectónica, conectada a instancias de tipo superestructural, facilita una herramienta por medio de

fig.6.1
"Vista tomada desde encima de la plaza de toros", Granada, siglo XIX.



la cual es posible visualizar una variedad de hábitos colectivos, de conductas humanas, de iniciativas civiles, que intervienen para regular las políticas sociales. Este parámetro resulta obviamente parcial, teniéndose en cuenta para la reconstrucción exhaustiva de los mecanismos de asistencia otras fuentes de diversa naturaleza. El estudio arquitectónico, en su significación más amplia, se configura como parte significativa de una tarea interdisciplinar que llama a actuar a varios tipos de análisis sectoriales cuya integración dinámica permite avanzar un cuadro cognoscitivo completo, tanto de los organismos construidos y de las actividades que en el se desarrollan como del entorno social que posibilita y justifica las acciones colectivas.

Desde una mirada más ajustada, cada caso analizado, cada nosocomio, constituye un modelo capaz de sistematizar una serie de informaciones que se refieren a un determinado ámbito urbano y cronológico, traduciéndose tales referencias en la organización de los espacios y en el tratamiento formal de los organismos arquitectónicos. Cada ejemplo permite discretizar una serie de datos discontinuos confiriéndoles una dimensión concreta en la definición de unidades espaciales que responden a un cometido concreto para el cual se dispone un programa orgánico de requisitos y de herramientas para cumplirlos.

Ampliando la mirada al proceso de desarrollo transnacional de las políticas asistenciales es posible definir unos contextos ejemplares que destacan por el impacto que tuvieron en la definición de los modelos referenciales, o por el contrario, por la capacidad de captar las experiencias precedentes y darles una lectura orgánica, una interpretación sintética, facilitando la cristalización normativa que constituye una etapa ulterior bien identificable en el ámbito de la evolución de las formas de actuación de programas de carácter complejo.

Esta evolución coincide con la progresiva metamorfosis de los condicionantes históricos en áreas que podríamos definir como socialmente homogéneas pese a la variedad de las expresiones locales.

El estudio hasta aquí desarrollado ha permitido identificar unos aspectos fundamentales que han impulsado la transformación del

sistema asistencial y de su equipamiento arquitectónico en época moderna:

- a. la dimensión urbana;
- b. la implicación de los sujetos laicos y burgueses;
- c. la definición de un sistema de asistencia de carácter público;
- d. el empleo de unos parámetros científicos acerca de las problemáticas de confort ambiental para enfrentarse al cometido terapéutico.
- e. la centralización de recursos administrativos y financieros y la especialización de los servicios;
- f. el nacimiento de una preocupación común hacia la seguridad pública;
- g. la determinación de un lenguaje formal definitorio para una función a la cual se reconoce un ámbito tipológico específico.

Los cambios en las estructuras político-sociales y culturales de las comunidades urbanas que “se han repercutido necesariamente sobre las formas de las edificaciones”, pueden hallarse de manera más o menos explícita o congruente en los establecimientos hospitalarios.

Más allá de la coherencia con la que los gestores operan para preparar un sistema terapéutico moderno para atender a los enfermos, los nosocomios del antiguo régimen mantendrán una relación muy estrecha entre hospitalización y beneficencia en la que se mantiene un poderío absoluto de las congregaciones religiosas y formas más arcaicas de ejercicio.

Labasse relata cómo todavía en 1773, en ocasión de los proyectos para la reconstrucción del Hotel Dieu, azotado por un terrible incendio, la real academia francesa reacciona ante el planeamiento innovador de Poyet con estas tajantes palabras:

“Pero no podemos aprobar las habitaciones que destina a



fig.6.2
Incendie de l'Hôtel-Dieu de Paris le 30 décembre 1772. S. Fawkes.

enfermos de pago. Sabemos que el Hotel Dieu de Lyon cuenta con salas de este tipo. Es posible que ello represente un aumento de ingresos para el Hotel Dieu, pero al propio tiempo constituiría sin duda alguna una notoria fuente de abuso. Un hospital es el asilo de la pobreza; no hay necesidad alguna de que aparezca allí el dinero, si no es que se quiere que lo corrompa todo”¹.

Existe, entonces, a partir de siglo XVI y durante las dos centurias siguientes, una doble especificidad de carácter ideológico, una tensión constante entre razones científicas, sociales y religiosas que perdurará hasta el siglo XIX y, en muchos casos, hasta bien entrado el siglo XX, cuando el auge de la medicina clínica y la obra divulgativa de los teóricos de economía política, adelantarán una visión del hospital como máquina exclusiva para la cura de las patologías físicas.

Todas estas consideraciones, referibles a la universalidad de las prácticas asistenciales en el Occidente europeo, se encuentran perfectamente representadas en la evolución del Hospital Real de Granada, que se configura como espejo contextual de una tendencia evolutiva general de la cual hemos intentados reconstruir las etapas.

La clave para la comprensión de su génesis, así como del proceso de transformación que ha sufrido a lo largo de cinco siglos está en la dialéctica entre fuerza locales y corrientes de carácter nacional e internacional que se han plasmado en sus espacios y dirigido las estrategias de los servicios ofrecidos en su interior.

1 Labasse, J., *L'Hopital et la ville*, 1980. Pág. 108.

La construcción del Hospital Real de Granada surge bajo el impulso de un planeamiento programático extremadamente ambicioso referido a una alegoría patriótica que ve en la reconquista un instrumento de promoción a nivel internacional del estado absolutista. La vinculación recíproca entre la historia interna del edificio y historia externa resulta fundamental durante el siglo XVI, disminuyendo en los siglos sucesivos debido a la variación de los equilibrios geopolíticos y de las estructuras burocráticas y a la progresiva marginalización de la ciudad en favor de la nueva capital. En efecto, en Granada las “instancias de poder local modularon la iniciativa centralizadora auspiciada por la Corona imprimiéndole el sello propio de las dinámicas autóctonas de patronazgo y conflicto social”².

La historiadora Concepción Felez afirmaba acertadamente que no hay diferencia entre la historia del monumento como obra de arte y la historia de la sociedad; no son estos “entes absolutos y abstractos”, que en determinadas condiciones “se colocarían tan íntimamente paralelos que entonces sí podría tenderse un puente entre ambos sin menoscabo de su propia independencia”³. La autora se refería a una nueva perspectiva de la sociología del arte que trataba de reunir el objeto arquitectónico con su contexto histórico hasta llegar a una fusión total entre uno y otro: el Hospital Real es en sí mismo el

2 203. Valenzuela Calendario, J. “El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (II). Oficiales y sirvientes en un hospital general (1526-1535)”, en *Dynamis*, n.24 (2004), Pág. 214.

3 Felez Lubelza, C., *El Hospital Real de Granada*, 1979. Pág. 8-9.

fig. 6.3
Patio de los Mármoles.
Hospital Real de Granada.





fig6.4
Vista aérea del
Hospital Real de
Granada.2001.

contexto que hay que analizar.

Añadimos a la intuición de la historiadora granadina un ulterior parámetro de evaluación: la capacidad de este edificio de figurar como pieza consecutiva de un planeamiento más amplio, de carácter transnacional, que comienza en Italia, madura en España y declina en Francia tras tres siglos de modificaciones y ajustes.

Si, según destacaba la estudiosa, el Hospital Real nos revela en la plenitud de sus atributos la dimensión del aparato ideológico del Estado en la época de la transición a la era moderna, de la misma manera manifiesta los caracteres de una orientación cultural de tipo “europeo” que dirige el funcionamiento ideológico de las estructuras sociales y políticas en territorio ibérico en fases discontinuas.

Efectivamente, la construcción del Hospital Real reúne una serie de condiciones que legitiman este tipo de lectura sin negar otro tipo de aproximaciones de carácter técnico contextual que dan cuenta de la variedad de relaciones que es posible hallar en un organismo tan complejo.

La panorámica descriptiva que se ha presentado en los capítulos anteriores y que quiere ser una referencia para exploraciones específicas, puede ser contrastada analíticamente en la historia del

Hospital de Granada, señalando continuidades y diferencias respecto a las tendencias dominantes.

Por supuesto, se trata de una aproximación esquemática inclinada al resumen didáctico, pero se apodera de la utilidad metodológica de la percepción escalar de unas temáticas que, por la complejidad de los contenidos, demandan un estudio de tipo comparativo a fin de favorecer la comprensión de cuestiones particulares.

Es cierto que consideraciones de carácter general se reflejan en el Hospital de Granada de forma algo contradictoria y, sin embargo, es fácil observar, en su largo desarrollo, cómo problemáticas urgentes que atarean a los filósofos europeos así como a los constructores en relación a las obras de utilidad pública, encuentran una resonancia singular en las preocupaciones de la institución granadina.

Añadiendo una vez más las palabras de Concepción Felez: “No cabe duda de que, a pesar de las contradicciones implícitas en la política de los Reyes Católicos, y por lo tanto en su construcción de hospitales, habría que aplicar también a las fundaciones del Renacimiento español muchas de las cosas que Foucault señala respecto a los hospitales franceses del siglo XVII en Francia, cuando el auge absolutista ha llegado a su cenit tras este despegue en la época del Renacimiento”⁴. En este caso se hacía referencia al tema

⁴ *Ibidem*. Pág. 13.



fig. 6.5
Patio de la Capilla.
Hospital Real de
Granada.



fig.6.6
Planta Baja de la
crugia del Hospital
Real de Granada.

del encierro de los indigentes y de los marginados (entre ellos los “inocentes”), que en Granada asume la trascendencia de un empeño programático.

Pero si volvemos la mirada a otros asuntos estructurantes en la transformación de los equipamientos hospitalarios, como fue en toda Europa el proceso de concentración de las rentas asistenciales, el caso de Granada resulta igualmente sugerente. Si bien el funcionamiento unitario se especifica en la acción de los Reyes Católicos bajo el peculiar fervor religioso, no cabe duda de que fue el mecanismo favorito para ordenar las nuevas infraestructuras urbanas, donde los hospitales se configuran como pernos de las relaciones sociales, de las concepciones éticas, de las políticas comunitarias.

El anhelo por la centralización administrativa en materia asistencial y sanitaria mana de las mismas ambiciones que durante la segunda mitad del siglo XV habían empujado al duque de Milán a comprometerse en primera persona en la edificación del suntuoso hospital civil, donando terrenos de su propiedad en una zona de pronta expansión, junto a la muralla medieval.

En ambos casos se trata de intentos de encarnar la unidad estatal en un momento histórico amenazado por la reaparición de fuerzas

disgregadoras y reacciones repulsivas por parte de una comunidad que había que aglutinar bajo una nueva bandera tras la erradicación paulatina de los vínculos feudales.

Y si bien el empeño de los monarcas españoles se solucionará en un apego potencial más que en una acción burocrática efectiva, esta alegoría del símbolo unificador será un rasgo determinante del programa compositivo del hospital con una traducción verdaderamente grandiosa en términos arquitectónicos.

La magnificencia de lo público es un carácter distintivo de la ideología artística que protagoniza las obras reales; bajo el gobierno de los reyes de Castilla y Aragón se materializa un nuevo concepto de edificio público donde hallan espacio los cometidos civiles que el aparato estatal se empeña en gestionar con pleno derecho y responsabilidad institucional.

El nuevo urbanismo que apunta al cambio de la imagen de la Granada medieval representa una armadura dúctil dentro de la cual se ubican los aposentos del poder estatal, de su compleja máquina burocrática y donde se manifiestan las doctrinas modernas de control social.

El espacio público se dota de un articulado aparato semiótico orgánicamente concebido que cobija mensajes “oscuros pero



fig. 6.7
*Retrato de los Reyes
Católicos. Anónimo,
hacia siglo XV,*



fig.6.8
Detall del patio de los
Mármoles. Hospital
Real de Granada.

evidentes” de carácter propagandístico.

Muchos historiadores han destacado en las obras de los Reyes Católicos elementos de continuidad con la escolástica medieval, hallando pruebas en el peculiar sistema de signos que se expresa en una estética humanista de matriz tardo-gótica .

Lo que cabe señalar, sin embargo, es el desmembramiento de la unidad sacramental que, durante el medioevo, reconoce en la sustancia religiosa, es decir, en el espacio de la Catedral, la única materia aglutinante del universo humano. La suma escolástica de la edad tardo gótica logra una identificación perfecta entre la diversidad de las acciones del hombre y la energía metafísica que se desprende de la fe. La creación, con su más recónditas significaciones teleológicas, ampara enteramente la dimensión terrenal del hombre en una visión holística totalizante.

En cierta manera, la fuerza del papel unificador del gobierno castellano está en sustituir la unidad teocéntrica por un “concentracionismo” laico que separa la razón religiosa de la razón de Estado, lo público de lo sagrado. Que en el nuevo orden político “el poder eclesiástico incida con lo que el nuevo estado tiene de ideología de propaganda y ornamentación”⁵ no tiene que resultar extraño. La misma sacralización de la Corona se configura como lastre instrumental para la afirmación definitiva del estado absolutista y de las tendencias públicas inscritas en la deontología

⁵ *Ibidem*. Pág. 17.

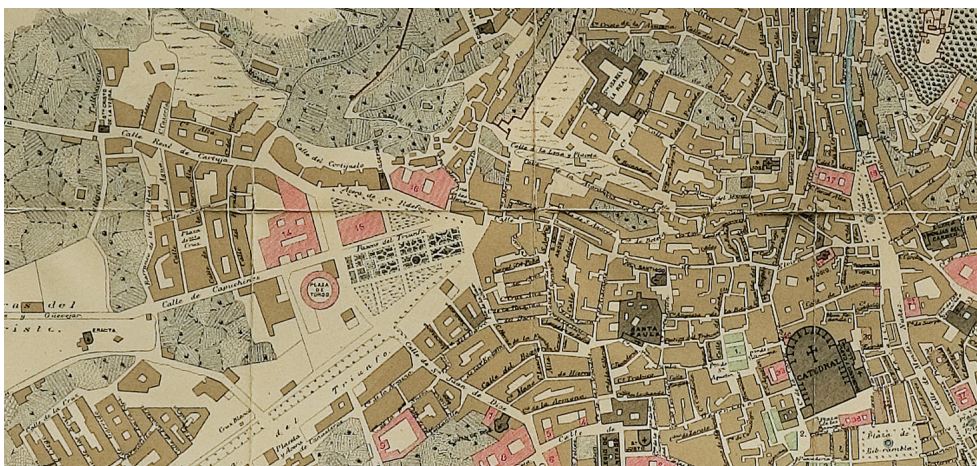
mercantilista.

Llegamos así al problema que más nos corresponde: Dentro de la evolución/revolución del Estado español del siglo XVI, ¿cuál es el papel práctico del instituto hospitalario? Dejando momentáneamente de lado el concepto de caridad, centremos nuestra atención en los objetos sobre los cuales actúa la nueva ideología política como traducción concreta de las instancias teóricas que hemos enunciado.

La práctica constructiva pública del siglo XVI conlleva una mentalidad urbana caracterizada por nuevas preocupaciones individuales que, si bien germinarán de forma consciente en las especulaciones filosóficas de los tratadistas italianos del siglo XV, maduran progresivamente en las centurias sucesivas. La ciudad se hace objeto de nuevos halagos, y experimenta los efectos del celo estatal hacia el bien de utilidad pública; la consideración de la higiene urbana, íntimamente relacionada con los criterios de limpieza social, engendra una inquietud obsesiva hacia la enfermedad infecciosa, que se incrementa por la permanencia de plagas endémicas que azotan con severa insistencia a las comunidades urbanas.

La difusión del mal de bubas, que no tarda en hacer su comparecencia en la comunidad granadina, acelera la medicalización de los establecimientos asistenciales como mecanismo de defensa para la salud del cuerpo social. Ya el hospital de la Alhambra, una de las primeras fundaciones reales en la ciudad reconquistada, alternaba su cometido militar con el cuidado de enfermos incurables; aunque

fig. 6.8
Detall del Plano de
Granada de Gonzalez
y Bertuchi. 1894



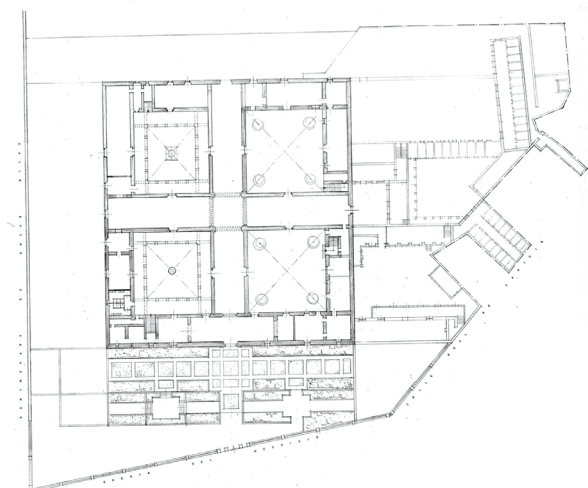
el carácter de esta institución fuera desde el principio declaradamente provisional, asombra descubrir en la ciudadela nazarí que los monarcas querían transformar en el nuevo símbolo de la afirmación de la mentalidad cristiana en Occidente, un patronazgo real con función prietamente sanitaria .

En el Hospital Real, que anexionó, entre otras, las rentas de su predecesor de la Alhambra, la dimensión curativa tuvo un papel importante: “al culminar el proceso de centralización se asistía en las enfermerías del Hospital Real a un número de enfermos oscilantes entre veinticinco y treinta y cinco, contándose para ellos con un capellán, un físico y un cirujano, un boticario, cuatro enfermeros (dos hombres y dos mujeres), un despensero y una mujer encargada de la limpieza” ⁶.

La cura del mal francés se hacía con la decocción del guayaco y con uncciones probablemente mercuriales, según propugnaban las teorías médicas más avanzadas de la época. Este proceso terapéutico, que conoció un notable desarrollo durante los siglos XVI y XVII, señala un aspecto altamente innovador de las prácticas asistenciales en el ámbito de la formación de los nosocomios de la edad moderna. A excepción de las leproserías medievales, los recintos para incurables se dispondrán sólo a partir de siglo XVII , sobre todo en territorio francés, cuando la autoridad estatal destinará ingentes recursos para la atención a los sifilíticos . Análogamente a cuanto se ha dicho acerca de los lazaretos, donde muchos estudiosos han identificado el nacimiento de una aproximación científico-terapéutica de matriz moderna, así los recintos para los incurables recuperan esta tradición del oficio curativo encauzando los intereses hospitalarios al restablecimiento del estado de salud de los ingresados.

En Granada, la rápida difusión de la sífilis, cuyo contagio no perdonaba a ninguna clase social, tuvo consecuencias significativas en las dinámicas relacionales y, por supuesto, en la organización de las tareas hospitalarias para las cuales la enfermedad marcaba un verdadero cronograma. Además, “la eficacia del método terapéutico exigía, en todo caso, tomar una precaución de carácter higiénico: ubicar en dependencias separadas a los enfermos de uncciones y a

⁶ Valenzuela Candelario, J., Moreno Rodríguez, R M., Girón Irueste, E., *El Hospital Real de Granada y sus constituciones de gobierno (1593-1857)*, 2008. Pág. 21.



los de sudores” ; estas mínimas medidas sanitarias constituían, sin embargo, una novedad para la mayoría de las pequeñas instituciones que apiñaban a los enfermos sin clasificación alguna y menos para lo que padecían los mismos síntomas infecciosos.

fig. 6.9
Plantas del Hospital
de Granada. Pietro
Moreno 1962.

Los argumentos del cometido sanitario que animaba el nacimiento de lazos clientelares para asegurarse los privilegios de una asistencia solícita dado el prestigio de la terapia que se proporcionaba entre los muros del Hospital Real, retornan con pujante insistencia en las disposiciones internas. En el proyecto de reforma avanzado por el arzobispo de Granada en 1586 se pide a la ciudad un rescate de 400 ducados como reintegro por el cuidado de los locos, ya que “no es justo que en esto se defraude la voluntad de los católicos reyes que fue dexar esta renta para curar los enfermos de bubas” .

También desde el punto de vista sanitario, el caso de Granada se inserta en un proceso de experimentación que ocupaba a los mayores nosocomios en Europa y se configura como etapa obligada en la evolución de los equipamientos médicos de carácter urbano.

La voluntad de disponer de ambientes cómodos y saludables contrastó constantemente con las dificultades económicas y la insuficiencia de medios que tuvo que perjudicar en primer lugar a la vocación terapéutica. Valga saber, a título de ejemplo, que la mala administración de la hacienda del hospital menguó la dotación

7 *Ibidem*, Pág. 32.



fig.6.10
Externo del Hospital
Real de Granda.

enfermerística, rebajando el protagonismo que al principio se había asignado a los practicantes de enfermería, disminuyendo, al final del siglo XVI, su número y degradando las responsabilidades de su quehacer en las enfermerías.

Por otro lado, las tareas puramente asistenciales y caritativas que tomaron vigor a partir de las disposiciones contrarreformistas maduradas en Trento, dieron lugar a todo tipo de malversaciones, fraudes y, en abierta contradicción con sus rígidas reservas moralistas, alentaron un inaceptable relajamiento de la integridad de los hábitos de la familia hospitalaria; todo aquello, a la sazón, justificaba plenamente la tradicional desconfianza de la sociedad hacia las casas hospitalarias, tendencia que culminará en una crítica abierta de los teóricos iluminados que llegarán a sugerir el desmantelamiento de los hospitales y la promoción de las curas domiciliarias.

Efectivamente, el Hospital Real sufre económicamente ya en las primeras fases de su construcción, caracterizada por la presencia del arquitecto de la corte Enrique Egas, ya que los mayores recursos se dedican a la remesa de cuantiosas limosnas públicas y a los pagos de la compleja máquina burocrática que se dispuso para tal fin.

A pesar de la lentitud con la que avanzaron las obras, en 1526, año de la inauguración, estaba terminada la estructura de base, el sistema constitutivo del crucero central y los muros perimetrales, faltando una parte consistente de las cubiertas y de las armaduras y alfarjes de madera. Desde el punto de vista decorativo, el hospital debía de presentarse en estas fechas como un organismo muy sencillo y austero, despojado de cualquier adorno ornamental, con las pesantes masas de travertino para definir la monumentalidad del

perímetro.

El año anterior, el Emperador Carlos V se había preocupado de duplicar la dotación económica del hospital para que se llevara a cumplimiento el programa constructivo por el cual los Reyes Católicos habían mostrado un efusivo apego y una destacable dedicación. Estas sumas se emplearon para el remate de algunas dependencias, sobre todo en las obras de los dos patios del frente izquierdo que se dotaron de galerías porticadas. Si bien la dimensión del edificio no permitía una conclusión rápida de las obras que como sabemos se prologarán hasta el siglo pasado, una parte de las dependencias tenía que estar aceptablemente acondicionada en 1526 cuando el mismo Emperador ordenó el desmantelamiento del Hospital Militar de la Alhambra y el traslado de todos sus huéspedes a los nuevos locales del Hospital Real.

Hasta 1549, año en que un terrible incendio provocó daños ingentes en buena parte del edificio, se desarrollaron obras dirigidas a embellecer el rostro del edificio, con el remate decorativo de las fachadas y de los mencionados patios en los cuales se instalaron elementos labrados, los capiteles y los bajorrelieves de los arquivadros, que denotan un fino gusto arquitectónico y una elegante compostura clásica.

Al día siguiente del triste acontecimiento, la situación parecía verdaderamente desoladora: la llamas habían devorado una porción importante de las techumbres de madera levantadas en el más típico estilo mudéjar granadino, los bloques de escaleras y destruido por completo el cimborrio.

El desastroso evento condicionó implacablemente todo el curso de las obras en la segunda mitad del siglo XVI: en el supremo esfuerzo reconstructivo se abandonaron definitivamente las ambiciones del proyecto originario. La rendición forzosa frente a dificultades de todo género tuvo consecuencias que hoy definiríamos como trágicas en la definición de las calidades espaciales del edificio: desde este momento se empezó a fragmentar el organismo arquitectónico originario, tanto horizontalmente como verticalmente, añadiendo niveles de entreplanta para lograr espacios intermedios en diferentes zonas del recinto por medio de forjados de factura mediocre. De esto derivó una alteración sensible de los recorridos distributivos y

la consecuente necesidad de reexaminar la lógica de ubicación de las estructuras de conexión vertical.

A pesar de la pérdida irreparable de muchas piezas que hubieran quedado como testimonio del ingenio compositivo del vivaz cenobio artístico y del ingenio intelectual que animó las primeras etapas constructivas del Hospital, cabe destacar la sublime aportación de los maestros carpinteros Juan de Plasencia y Melchor Arroyo. Ambos, desde mediados del siglo XV, introdujeron en las cubiertas de las escaleras nobles del Hospital Real y en el remate del cimborrio, la finura del Renacimiento italiano maduro, por lo cual Concepción Felez no descarta una influencia directa del popular tratado de Serlio.

El siglo XVII se estrena en una situación de parálisis artística, espejo de una recesión que superaba la dimensión local del establecimiento, siendo más bien una crisis de carácter social, urbano y, más aún, de carácter estatal. La redacción de las constituciones de gobierno de 1593 para poner fin a los excesos de la administración del hospital, había logrado escasos resultados en materia de control disciplinar, mostrándose como un tímido paliativo frente a las peticiones de la sociedad en plena época contrarreformista. Si bien en muchas ocasiones se pasaron por alto o se menospreciaron excesivamente los abusos pecuniarios, los infaustos clientelismos y el provecho personal de los operadores internos, ahora una censura acre y absoluta se dirigió a las inmundas cópulas carnales que se consumaban en interior del hospital, sobre todo aprovechándose de los incautos “inocentes”. Por lo tanto, como bien ha aclarado José Valenzuela Candelario, las disposiciones de 1593 “permiten una doble y contrapuesta lectura: una literal que permite identificar el tipo de valores con los que se desea impregnar las actividades hospitalarias; otra virtual, indiciaria por necesidad, que evoca la clase de asistencia posiblemente desplegada en las dependencias hospitalaria, la imagen invertida de la anterior”⁸.

No sorprende, pues, que una treintena de años después, en 1629, el Abad de la Iglesia Colegial del Sacromonte, durante una visita extraordinaria al hospital, desvelara una vez más la mala gestión del ente y los repetidos fraudes que ahí se daban a menoscabo de los pobres enfermos recluidos. La naturaleza de los ajustes

⁸ Valenzuela, 2008. Op. cit. Pág 46.

disciplinarios y de las mejoras arquitectónicas que se acometieron en ocasión de la visita del abad registran la ambigüedad de la actitud que mantienen las autoridades en encubrir la distancia patente entre los intereses reales de las clases desfavorecidas y la realidad teatral de la acción pública. A pesar de la demanda cada vez más opresiva de servicios sanitarios por parte de la ciudadanía, las recaudaciones de las sanciones correctivas dispuestos a cargo de administradores y sirvientes se destinan al embellecimiento de la fachada principal, con la construcción de una suntuosa portada encomendada a Alonso de Mena y completada alrededor de 1640.



fig. 6.11
Portada principal.
Hospital Real de
Granada.

La riqueza escultórica de la obra del artista granadino simboliza el paso de los ideales culturales del Renacimiento maduro a un gusto que prefigura la estética barroca. El culto a la representación a la vez que la decencia y decoro en la imagen superficial, son todos síntomas de una religiosidad nueva que privilegia, bajo el emblema de la piedad caritativa y de un misticismo severo, manifestaciones proclives a la mundanidad del teatro urbano, justificadas por el afán proselitista y propagandístico.

Es cierto que entonces nadie podía imaginar que tras el renombre de las generaciones de los Egas, Siloe, Arroyo y otros, Alonso de Mena hubiera sido llamado a agotar el círculo de las grandes personalidades artísticas que confirieron espesor arquitectónico y prestigio a la antigua fábrica hospitalaria. A partir de entonces y durante las centurias sucesivas, las donaciones y escasas rentas del establecimiento caritativo se emplearán sin mucho provecho para la acogida de pobres e inválidos, o bien se malgastarán en el intento

oneroso de mantener activa una máquina organizativa incapaz de hacer frente a las exigencias de la enredada estructura hospitalaria. Después de haber lucido como palestra de los más eminentes cultores del arte hispánico tardo gótico y renacentista, con Alonso de Mena el Hospital Real vuelve la espalda a la extraordinaria estación del Barroco granadino.

Tras las extenuantes obras de corrección de los visitantes ocasionales, los cuales insistían en denunciar negligencias y malos tratos, y las obras de mantenimiento y reparación igualmente circunstanciales y discontinuas, a principios de 1700 el establecimiento se encuentra ya en estado de ruina y de casi total abandono. De bien poco sirvieron las transformaciones estatutarias como la de 1753 cuando el hospital cesa su cometido sanitario y asume el estatus de Real Hospicio para la asistencia a huérfanos, mujeres gestantes, individuos afectados por disturbios psiquiátricos, etc.

fig.6.12
Foto histórica del
Hospital Real de
Granada. Principios
del siglo XX.

En esta ocasión, la campaña de obras realizadas contaba con el objetivo de disponer la mayor cantidad posible de espacios útiles a la realización de un programa muy vasto y articulado de carácter sólo asistencial, en una óptica que trataba de aumentar la tensión de





uso del edificio y el provecho utilitario e intensivo de los espacios, tanto internos como externos.

Durante las operaciones de rehabilitación, el forjado de la antigua capilla ubicada en el segundo patio a la izquierda desde el acceso, fue rebajado cerca de un metro y medio, con un descuido absoluto de las problemáticas compositivas del conjunto de la fachada oeste que domina el Campo del Triunfo. En realidad, este sector del hospital estaba ya muy comprometido por la instalación de pabellones que ceñían lateralmente el edificio; las aberturas de la Capilla resultaron cortadas por la instalación del nuevo forjado, por lo cual se obtuvo una planta intermedia entre dicha Capilla y la sala de Convalecientes, accesible desde la cota de la galería alta.

El siglo XIX transcurrió sin intervenciones dignas de nota a excepción de las que se limitaron, como de costumbre, a pequeñas operaciones de reparación o modernización consideradas, según los casos, imprescindibles.

A lo largo de las primeras dos décadas del siglo siguiente, el proceso de transformación del hospital se intensificó hasta darse definitivamente por concluido: se cierran con ventanales de hierro las elegantes arcadas del Patio de la Capilla y se levantan tabiques en cada uno de los brazos de las enfermerías en forma de cruz, borrando terminantemente la percepción espacial del proyecto de

fig. 6.13
Alzado trasero.
Hospital Real de
Granada. Perria,
PFC, 2008.



fig.6.14
Vista del Hospital
Real desde la plaza del
Triunfo.

Enrique Egas.

La guerra civil paralizó las obras previstas para el Real Hospicio y atajó de la misma manera las labores ordinarias de mantenimiento del complejo, de modo que en los primeros años cuarenta, el hospital se hallaba nuevamente en estado de ruina. La situación se mostraba tan catastrófica y tan altos tenían que ser los costes de gestión que los administradores del Real Hospicio consideraron conveniente ceder el edificio al Ministerio de Educación, que tomó oficialmente posesión del mismo en 1947, con la intención de establecer en él la escuela de Artes y Oficios y con el importante acuerdo de mantener la función asistencial en los edificios externos anexos al hospital.

A principios de la década de los cincuenta, el arquitecto Prieto Moreno fue encargado de redactar un plan de rehabilitación integral del complejo por medio del cual la fábrica del Hospital Real ha llegado hasta nuestros días. Con un proyecto de talante filológico, Prieto consiguió dispensar una nueva dignidad a una fábrica denigrada en muchos aspectos de su composición, tras dar a conocer a la comunidad el valor artístico de un monumento olvidado y las muchas posibilidades que todavía podía ofrecer como contenedor de actividades de carácter cultural.

El programa preveía una serie de intervenciones que librasen al edificio de todos aquellos añadidos que se habían ido acumulando en el tiempo y que habían perjudicado una lectura límpida de la articulación espacial. Por encima de todo se consideraba la posibilidad de terminar el segundo orden del patio de los Mármoles,

obra considerada imprescindible para dar sentido a la escalera principal la cual, a pesar de la monumentalidad de su diseño, daba acceso únicamente a las dependencias periféricas de la entreplanta, cuyo valor, como decíamos, es objetivamente irrelevante. Tras varios intentos fracasados en las campañas de restauración de la década de los sesentas, por fin se logró completar las obras del patio, inacabado desde el siglo XVI. Para ello se eligió una estructura de columnas de mármol de Macael (el mismo utilizado en las galerías que se consigue disponer en los patios del sector oeste) que sostienen una arquivolta rectilínea rematado por una sólida cornisa lapídea que descansa sobre menudos canes; la imagen arcaica de la intervención, si bien delata cierta tergiversación filológica, tiene el mérito de conferir al espacio una nueva calidad y coherencia arquitectónica.

La obra de Prieto Moreno, inspirada en un total mimetismo compositivo y arquitectónico, hace difícil interpretar la autenticidad de los elementos singulares. El ejemplo más explicativo lo facilitan armaduras y alfárjes, muy tocados, casi enteramente interesados por las obras de acondicionamiento y reformas con la sustitución de pequeñas partes o amplias porciones.

En 1970, la Universidad de Granada, que en los años anteriores había mostrado un claro interés en la adquisición del bien inmueble obtiene, con beneplácito del Ministerio e informe favorable de la Dirección de Bellas Artes, la cesión del complejo hospitalario, y arranca un proyecto para instalar la biblioteca central de la institución, encargándole al mismo Prieto Moreno el estudio de las intervenciones necesarias para implantar la nueva función y, posteriormente, la ejecución de tales obras.

Desde entonces, el Hospital Real estará ocupado de manera continuada por varias dependencias de la Universidad; la recuperación de su valor monumental animó al rectorado a transformarlo en sede representativa de la comunidad universitaria. Hay que señalar que, una vez más, a falta de un modelo orgánico de gestión patrimonial, la dislocación de las funciones universitarias ha sido generalmente variable y episódica, a pesar del empeño por asentar en los espacios más nobles usos relacionados con la promoción y con las actividades de divulgación artístico-cultural.

Aquí se cierra la larga historia del edificio, que hemos querido

resumir en pocas significativas etapas y sobre la cual el arquitecto Fernando Acale Sánchez ha producido un estudio extremadamente detallado, científicamente riguroso y absolutamente exhaustivo.

Hoy día, el Hospital Real ha vuelto a cobrar significaciones que superan el ámbito de su implantación local: las ambiciones de la institución universitaria, que cuenta entre sus excelencias, con un vivaz movimiento estudiantil internacional, demandan modelos de gestión que optimicen los recursos internos encauzando de manera provechosa las inversiones financieras en la promoción en el ámbito de las redes educacionales europeas.

Por otra parte, corresponde a la Universidad de Granada la salvaguardia del inmueble, en virtud del cuadro normativo nacional y autonómico (Ley del Patrimonio Histórico Español, 13/1085, y Ley del Patrimonio Histórico Andaluz, 14/2007), siendo el Hospital Real declarado Monumento de Interés Cultural en 1931, y por estar en Granada, conjunto de interés histórico desde 1929 (Real Decreto-Ley de 9 de Agosto de 1926).

El proyecto venidero, respetuoso de la esencia arquitectónica del edificio, tendrá que actuar en la dirección de una valorización del inmueble, rebajando la tensión de uso y privilegiando las funciones dirigidas al reconocimiento de su identidad urbana para que el noble edificio vuelva a mostrar a la ciudad de Granada el genio revolucionario de su programa compositivo y funcional y la gracia antigua de su rostro.

fig.6.15
Biblioteca. Hospital
Real de Granada.



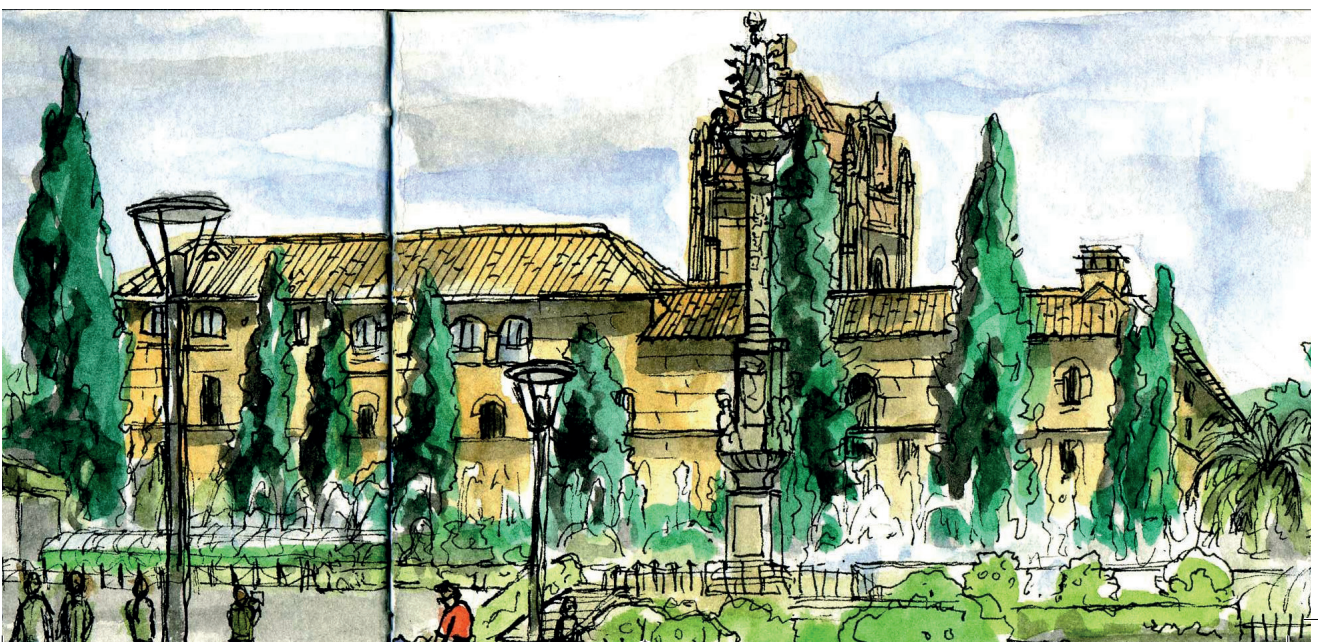
6.2 El análisis arquitectónico-constructivo en la definición de los valores patrimoniales: el Hospital Real de Granada

“Cargadas de un mensaje espiritual del pasado, las obras monumentales de los pueblos continúan siendo en la vida presente el testimonio vivo de sus tradiciones seculares. La humanidad, que cada día toma conciencia de la unidad de los valores humanos, los considera como un patrimonio común, y de cara a las generaciones futuras, se reconoce solidariamente responsable de su salvaguarda. Debe transmitirlos en toda la riqueza de su autenticidad”.

Carta de Venecia 1964.

La práctica de intervención en conjuntos históricos que, desde el siglo pasado, ha implicado conjuntamente a los gobiernos y las instituciones supranacionales con el fin de lograr objetivos de tutela democráticos y compartidos, nos induce a considerar los aspectos transversales que derivan de la disciplina de la restauración del patrimonio arquitectónico, cuya significación conceptual resulta,

*fig.6.16
Granada Triunfo.
Crisurdiales.*



hoy día, compleja y heterogénea. Entre estos aspectos transversales es posible señalar, con un esfuerzo de síntesis de carácter metodológico, un trinomio elemental como base sobre la cual se desarrolla el programa de protección:

I. El elemento físico como expresión de los fenómenos culturales y como “soporte de identidad”¹;

II. La “función” como elemento en dinámica transformación que legitima la permanencia del bien inmueble y lo hace vivir en el presente;

III. La dialéctica entre preservación y renovación como fundamento de las políticas patrimoniales.

El problema del “conocimiento” de la arquitectura histórica, involucrado en el proceso de racionalización de las ciencias humanas, si bien, por un lado, ha permitido profundizar en algunas temáticas escasamente valoradas y de fundamental importancia como son el análisis de las características constructivas, tecnológicas y materiales de la cultura arquitectónica premoderna, por otra parte, ha conducido a una extrema sectorización analítica, lo cual supone un riesgo para la valoración de las aportaciones científicas en el ámbito operativo de la actividad de salvaguardia.

En el anejo B, título 4, de la Carta del Restauo se destaca el papel de las investigaciones multidisciplinares como principio imprescindible para las tareas de restauración:

“La redacción del proyecto de restauración de un edificio debe venir precedida de un atento estudio del monumento según varios puntos de vista (posición en el contexto territorial o en el tejido urbano, aspectos tipológicos, apariencia y cualidades formales, sistemas y características constructivos...), tanto de la obra original como de sus eventuales añadidos o modificaciones. Parte integrante de este estudio será la investigación bibliográfica, iconográfica, archivística, etc., para recoger todo posible dato histórico. El proyecto se basará en un completo levantamiento planimétrico y fotográfico, con interpretaciones bajo los puntos de vista

1 Alina Ochoa Alomá, *Preservación-renovación de la ciudad histórica. Apuntes desde una experiencia conceptual, en Investigaciones realizadas por el Plan Maestro*. La Habana: Plan Maestro para la revitalización integral de La Habana Vieja, 2010.

metrológicos, trazados reguladores y de sistemas de proporciones, y comprenderá un cuidadoso estudio específico para verificar sus condiciones de estabilidad”.

A partir de las disposiciones de la carta de 1972, los operadores involucrados en los procesos de rehabilitación de los complejos arquitectónicos de interés cultural han valorado cada vez con más detenimiento e interés la problemática del análisis de lo existente en toda su complejidad material y simbólica, como garantía para aprontar alternativas compatibles para el disfrute del bien histórico: “el conocimiento del objeto se convierte en elemento determinante para medir la admisibilidad de las intervenciones”² y para verificar sus consecuencias en relación a su reversibilidad, así como con respecto a la supervivencia de todas y cada una de las señas que componen la esencia histórica de nuestras antigüedades.

El análisis de las variaciones diacrónicas, de las fases constructivas, de las lógicas compositivas que se presentan en la imagen actual de los inmuebles patrimoniales con un carácter de contemporaneidad engañoso, facilita la sistematización de las categorías interpretativas útiles para superar la cuestión de la necesaria subjetividad ínsita en la definición de bien cultural, de la cual deriva una conceptualización absoluta de carácter institucional, jurídico y legislativo.

El mismo concepto de patrimonio histórico, lejos de ser una dogma estático de tipo universal, se define por medio de unos patrones cambiantes cuya asimilación diseña el enfoque de la hermenéutica actual como fundamento teórico de la actividad de tutela.

La sectorización del saber y la globalización de la práctica normativa han agudizado la separación entre la irrenunciable contextualización local y la unidad de unos valores cosmopolitas referidos a una dimensión supranacional que justifican la labor de las administraciones públicas en el ámbito de la conservación del patrimonio. Muy a menudo, esta distancia se manifiesta en forma de un abierto contraste entre las razones del monumento, cuya materialidad compleja es, en sí misma, objeto de tutela, y los fines específicos del proyecto de reconversión, con consecuencias

2 Cecchi, R., Gasparoli, P., *Prevenzione e manutenzione per i beni culturali edificati*. Firenze: Alinea, 2010. Pág. 323.

negativas para ambas partes.

Existe, entonces, una doble dimensión, global y particular, cuya combinación dialéctica constituye el hecho decisorio para cualquier acción de conservación que aspire a ser metodológicamente rigurosa y socialmente beneficiosa.

Se trata, pues, de hallar en el análisis del bien arquitectónico un instrumento capaz de contribuir a la definición de aquellos valores patrimoniales que legitimen la acción del legislador público y operen activamente, en calidad de garantes, en el proceso continuo de renovación de la arquitectura histórica y en el progreso socio-cultural de las comunidades urbanas.

La cultura contemporánea de la restauración ha ajustado ciertos enfoques teórico-ideológicos que tendían a enfatizar la razón estética, para identificar los valores que confieren a las fábricas antiguas la especial condición de objetos dignos de una política de protección rigurosa⁴.

Alois Riegl, a quien la historiografía contemporánea nombra entre los pioneros del concepto moderno de patrimonio, identifica entre los valores monumentales la noción de historicidad, la cual se expresa primeramente en la erosión de los acabados, en la pátina como huella que el tiempo, es decir, los tiempos, han dejado sobre las superficies que componen el rostro que el monumento muestra al público⁵. En su pensamiento destacan las influencias de la postura romántica de Ruskin, el cual afirma que “la gloria más grande de un edificio no está en sus piedras, ni en su oro. Su gloria está en su edad, y en aquella profunda sensación de resonancia, de vigilancia severa, de condolencia misteriosa, incluso de aprobación o de condenación, que sentimos en las paredes que han sido bañadas de largo por las

3 Véase el trabajo doctoral de Martínez Yáñez, C., *El Patrimonio Cultural: los nuevos valores, tipos, finalidades y formas de organización*, dirigido por José Castillo Ruiz, Editorial de la Universidad de Granada, 2006. En particular, pág. 38 y siguientes.

4 La bibliografía sobre la crítica contemporánea de la restauración arquitectónica es verdaderamente copiosa. Quisiéramos destacar una interesante publicación sintética que recoge las posiciones de los intelectuales más importantes que, hoy día, animan el debate sobre las cuestiones de conservación y restauración. Torsello, P. B., *Che cos'è il Restauro?*, Venezia Marsilio, 2006.

5 Riegl, A., *El culto moderno de los monumentos: caracteres y origen*, Madrid: Visor, 1987.

ondas pasajeras de la humanidad”⁶.

En sus articuladas retóricas, los intelectuales decimonónicos – entre los cuales incluimos a Viollet le Duc y sus tanto virtuosos como personales ejercicios estilísticos – se mantienen en el campo de las especulaciones estéticas, minimizando inconscientemente la significación antropológica del producto artístico que subyace a la neutralidad del objeto como testimonio del quehacer humano en los diferentes contextos cronológicos y geográficos.

No es este el lugar para debatir los variados enfoques que la acción de conservación ha ido adquiriendo en el transcurso de las décadas desde su aparición a mediados del siglo XIX en el ámbito de las humanidades; ni podemos, en este breve relato, agotar todas los argumentos por medio de los cuales la disciplina de la restauración ha ido facilitando las herramientas operativas necesarias para actuar, de manera congruente, su programa teórico.

Sin embargo, cabe destacar cómo ciertas posturas de carácter epistemológico referidas al concepto evolucionista de cultura material, han, en cierta manera, distraído la atención de los estudiosos del proceso emotivo del reconocimiento de valores culturales en el patrimonio histórico – proceso mermado por un acometimiento de tipo subjetivo y sentimental – llevando a una catalogación más racional, cuyos valores se dispensan a la comunidad a través de recorridos didácticos-explicativos que respetan la neutralidad objetiva de las componentes patrimoniales.

Este tipo de camino metodológico tiende a descomponer el objeto arquitectónico para alcanzar una comprensión unitaria del edificio que, como obra artística, es el producto necesario de intención y técnica, forma y uso.

Quisiéramos señalar la razón signifiante del concepto de “descomposición analítica”, el cual implica la presencia de una unidad aglutinadora que, en última instancia, constituye la fuente primigenia de los valores que se quieren conservar para el disfrute de las generaciones futuras.

⁶ Ruskin, J., *Las siete lámparas de la arquitectura*. Murcia: Colegio Oficial de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, 1989. Pág. 166.

A este propósito, Paolo Marconi juzga “limitativo e ingenuo separar el objeto arquitectónico en dos mitades: la interna y la externa”⁷. La clasificación por partes de los elementos constitutivos de la arquitectura histórica se configura, entonces, como un “expediente didascálico, pero (...) indispensable hoy día, ya que la terapia de las alteraciones estructurales y el análisis de la formación tipológica suponen desarrollos aparte, como atestigua una literatura amplia y convincente”⁸.

Cesare Brandi nos proporciona una definición sintética del concepto de restauración que aúna las distintas instancias que rigen la catalogación de los valores sobre los cuales actúa el programa de protección: “La restauración constituye el momento metodológico del reconocimiento de la obra de arte en su consistencia física y en su doble polaridad estética e histórica, con miras a su trasmisión al futuro”⁹.

Llegamos, pues, al quid de la cuestión que nos interesa: el reconocimiento de los valores en el ámbito de un proceso interdisciplinar al cual se somete la práctica de la intervención.

A raíz de la heterogeneidad de la aproximación asumida, dos factores nos inducen a centrar nuestra atención sobre los elementos arquitectónicos y constructivos como generadores de valores patrimoniales:

- La naturaleza tipo-morfológica del objeto de nuestro análisis, como contenedor de este complejo de valores;
- La índole de nuestra aportación, dirigida al restablecimiento de una condición de disfrute coherente en todos los aspectos que, en una ideal unidad cooperadora, contribuyen a la definición de un atractivo artístico-cultural.

El Hospital Real de Granada¹⁰ constituye un ejemplo muy

7 Paolo Marconi, *Arte e cultura della manutenzione del monumenti*, 1984, citado en Oliva Muratore, *Il colore dell'architettura storica: un tema di restauro*, Firenze: Alinea 2010, Pág. 75.

8 *Ibidem*. Pág. 75.

9 Cesare Brandi, *Teoría de la Restauración*, Madrid: Alianza Forma, 2003.

10 Para el estudio del hospital de Granada, Félez Lubelza, C. *El Hospital Real*,

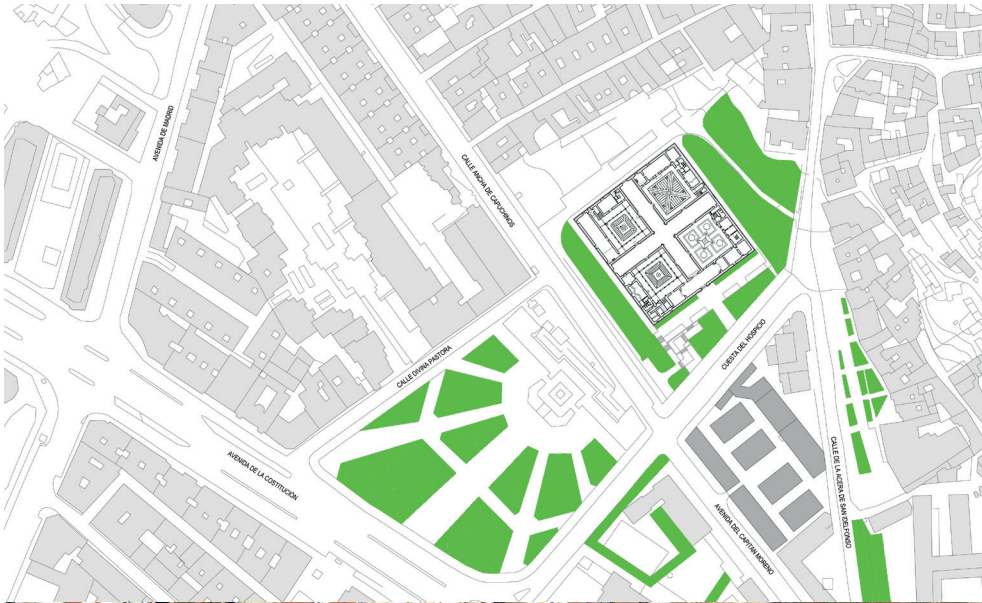
sugere de cómo la cultura de la construcción ha aportado soluciones específicas para los edificios civiles de utilidad pública. El carácter monumental de su arquitectura, macroscópicamente referible a la dimensión del recinto y de la magnitud de los servicios brindados en su interior desde principios del siglo XVI, nos proporciona un valioso testimonio histórico sobre múltiples aspectos de la sociabilidad urbana¹¹.

El Hospital Real se sitúa entre la Calle Real de Cartuja, la Calle Ancha de Capuchinos y la Avenida del Hospicio, que debe su denominación al noble edificio y donde se ubica su entrada a través de una monumental portada manierista. Su lado orientado hacia el sur-oeste domina enteramente el Campo del Triunfo, mostrando a la ciudad la bella fachada de la Sala de Convalecientes, enriquecida por un sistema de amplias ventanas de arquería con el elegante labrado de gusto plateresco. Su mole caracteriza el perfil de la ciudad y los ocho pináculos tardo-góticos que rematan su cimborrio se aprecian desde lo alto de la colina del Albaycín, revelándose como una referencia o un eje dentro del entramado del conjunto urbano.

El edificio se acomoda sobre un solar caracterizado por una cierta pendiente que sube progresivamente hasta la ya mencionada colina del Albaycín. Sin embargo, la estructura general del Hospital no presenta en su planta baja saltos de cota significativos; esta diferencia de niveles del terreno se percibe de alguna manera sólo en la entrada secundaria del frente trasero, donde se necesitan tres peldaños para alcanzar la cota interior de pisoteo suelo, mientras que en el acceso principal hay una diferencia entre el nivel exterior y el interior de tan solo 20 cm, útil en principio para alcanzar un nivel de aislamiento y protección del terreno, pero que, con el tiempo, se ha revelado

Granada: Universidad de Granada, 2005. Jetter, D., *Santiago, Toledo, Granada: drei spanische Kreuzhallenspitäler und ihr Nachhall in aller Welt*, Stuttgart: Franz Steiner, 1987.

11 Los estudios sobre el Hospital Real se han desarrollado en función de la redacción del Plan director del Hospital Real de Granada, encargado por el Rectorado de la Universidad de Granada y dirigido por el Prof. Francisco Javier Gallego Roca, Arquitecto y Catedrático de Restauración arquitectónica en la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Granada. La autora de este artículo ha tenido la oportunidad de participar en el proyecto en calidad de coordinadora para la fase de estudios previos. El programa general de intervención ha sido entregado a los organismos designados por el Vicerrectorado de Infraestructuras y Campus de la UGR y se encuentra en fases de evaluación para su próxima publicación.



insuficiente como han señalado los análisis geotécnicos.

Esta condición orográfica se revela en el dibujo de los jardines, que acogen la imperfección del suelo confiriendo al entorno próximo del edificio una agradable variedad paisajística.

Hablando del lugar donde se erigió el Hospital de Granada, es importante señalar dos aspectos íntimamente ligados entre sí que ayudan a comprender mejor las razones originarias que sustentaron esta obra tan singular, que tuvo desde el principio un carácter extremadamente significativo en el ámbito de la nueva política que los Reyes Católicos emprendieron, recién reconquistada la ciudad.

Estos aspectos se refieren a dos problemáticas fundamentales:

a. El diseño de un nuevo núcleo urbano, que se hiciera metáfora del poder de la reconquista;

b. La integración, en la experiencia artística local, de coordenadas culturales inéditas por medio de las cuales materializar el programa político.

La voluntad de centralización tan característica del joven gobierno queda reflejada en el ambicioso proyecto del nuevo hospicio, que irá siempre ligado a otras fundaciones reales, con particular referencia a la Capilla Real. Así, un primer aspecto sugerente de la edificación del Hospital se encuentra en su paralelismo respecto al planeamiento de una nueva ciudad moderna, programa con muchas pretensiones que el gobierno monárquico acarició sin llegar a alcanzar definitivamente: una ciudad de gran impacto monumental que tenía que oponerse orgullosamente al núcleo nazarí y que pudiera competir con su esplendor, como testigo eterno del nuevo poder.

Un importante fervor constructivo caracteriza, durante esta época, el sector urbano en el que se inserta el Hospital, es decir, el amplio valle limítrofe con los asentamientos de la ciudadela alta musulmana y, si por un lado el hospital público quedará aislado, ya que la mayoría de las obras desarrolladas durante la primera década de siglo XVI en sus proximidades serán cometidos de señores y hidalgos particulares, no cabe duda de que fueron la fundaciones reales -y desde luego el Hospital está entre la más destacadas- las que

fig.6.17
Emplazamiento y
foto aérea.
Hospital Real de
Granada.

impulsaron la reforma urbana en Granada.

Esta reflexión nos lleva a un segundo aspecto relacionado con la problemática de emplazamiento del Hospital Real: el dinamismo constructivo que la ciudad conoció al comienzo del siglo XVI, hizo que los constructores se empeñaran en cumplir los requisitos dictados por las más avanzadas teorías renacentista; este aire de novedad y modernidad confería valor añadido a las nuevas obras, a menudo justificaba su lentitud, y reforzaba la política real, facilitando un lenguaje artístico inédito al mecenazgo público.

No debe resultar extraño encontrar en el Hospital Real, en su ubicación y en su estructura general, ciertas reglas y disposiciones ya contenidas en el tratado modélico de Alberti de 1450, que contaba con un capítulo dedicado a los hospitales y a las infraestructuras urbanas¹², en el que aparecen algunas normas adoptadas en el hospital granadino.

Estas teorías se reflejan en las trazas generales del edificio, en su ubicación extramuros, en un lugar saneado y saludable, y, sin embargo, difieren de los aspectos costumbristas que caracterizan la arquitectura de su alzado. Este contraste será continuamente recurrente en la historia constructiva del Hospital Real y, de algún modo, marcará su evolución a través de los siglos.

La alusión a la categoría tipológica abre el camino de acercamiento al bien arquitectónico para la comprensión de su lógica distributiva, de la cual deriva una primera definición de las potencialidades del inmueble en relación al tema de accesibilidad y rendimiento de los recorridos, tanto internos como externos.

La lectura del proceso tipológico permite, además, identificar las condiciones de transformabilidad del conjunto hospitalario que garantizan la sostenibilidad del programa de actuación. Desde ese punto de vista, el análisis de las componentes tipológicas no se limita a la “simple determinación de las características distributivas, morfológicas y constructivas del organismo arquitectónico”, sino que apunta al reconocimiento de “los procedimientos proyectuales procesalmente ligados a la historia de la preexistencia por medio de

12 Véase Arnau Amo, J., *La teoría de la arquitectura en los tratados: Alberti*, Madrid: Tébar Flores, 1988.

reglas deducibles del análisis diacrónico y sincrónico”¹³.

Para el caso de las construcciones hospitalarias, en cuanto paradigmas de la arquitectura especializada¹⁴, el carácter intencional del planeamiento arquitectónico depende en mayor medida de los antecedentes técnicos, del equipamiento tecnológico y de las modalidades con las que la razón constructiva se integra con las exigencias de carácter funcional y con los requisitos comunicativos y representativos del grupo social que, en un determinado momento histórico, engendra la obra o la habilita para nuevos usos.

Como prueba de ello, a pesar de la progresiva desaparición de la función sanitaria, queda en los complejos hospitalarios monumentales la sugerente permanencia de la actividad pública, siendo impracticable, además de infructuoso, el cambio de uso con fines residenciales privados.

La categoría tipológica actúa como marco de referencia dentro del cual hallar los valores que figuran como objeto del programa de conservación y valorización patrimonial. Cuestiones de orden metodológico nos mueven a considerar ordenadamente una serie de factores que pueden esquematizarse en la siguiente tríada:

- I. Caracteres morfológicos;
- II. Elementos funcionales y técnico-constructivos;
- III. Aspectos formales.

El Hospital Real, que constituye sin duda alguna el bien inmueble máspreciado del patrimonio de la Universidad de Granada, pertenece a la tipología de los hospitales-palacio que, a partir del siglo XV, se levantan en territorio europeo para desarrollar un doble cometido social: el auxilio sanitario y una asistencia genérica para los pobres válidos e inválidos.

La planificación de servicios complejos indujo a los arquitectos del

13 Biagini, C. *L'Ospedale degli Infermi di Faenza: studi per una lettura tipomorfologica dell'edilizia ospedaliera storica*, 2007. Pág. 23.

14 “Por edificación especial entendemos todos aquellos edificios que resaltan dentro del contexto construido y constituyen las “emergencias”, es decir los elementos de cualificación urbana que habitualmente llamamos “servicios””. Maffei, G., Maffei M. *Lettura dell'edilizia speciale*, 2011. Pág. 15.

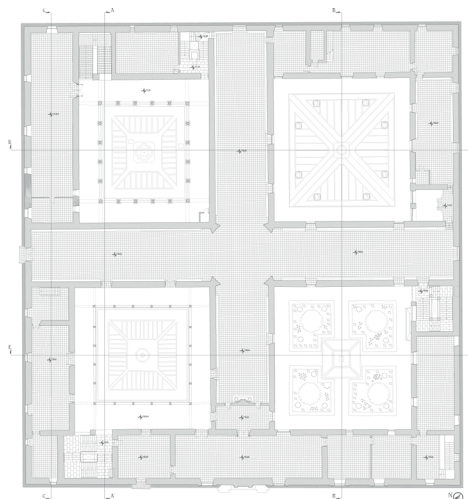


fig. 6.18
Planta segunda.
Hospital Real de
Granada

siglo XVI a introducir soluciones que ya se habían experimentado con éxito en otros contextos geográficos. Si bien puede resultar algo forzoso hablar de globalización de la cultura técnica referida a la arquitectura hospitalaria de la primera época moderna, siendo plenamente legítimo tal enfoque sólo a partir del desarrollo de la tratadística del siglo XIX, es innegable que un imaginario común dirige las innovaciones compositivas que se aprecian en el diseño general del hospital granadino. La “invención” planimétrica constituye, en el Hospital de Granada, la ocasión del progreso técnico y del programa funcional que, desgraciadamente, quedará acabado sólo parcialmente.

La disposición de las unidades funcionales en planta, arma las estrategias de distribución interna, las cuales han quedado relativamente ocultas a causa de la introducción de sistemas de compartimentación por medio de una tabiquería moderna.

El problema de la adición de elementos innecesarios supone la pérdida de la unidad formal primitiva e introduce dificultades añadidas para la fluidez de un conjunto que, de otro modo, ofrece muchas oportunidades espaciales, actualmente desaprovechadas.

El complejo hospitalario se presenta al exterior como una pieza rotundamente definida en lo que atañe a la configuración volumétrica, frente a una excesiva parcelación de los ambientes interiores, lo cual resta valor a la vocación orgánica que el edificio



desvela tras un examen atento.

El planeamiento cruciforme, sublimado en un enclave perfectamente geométrico, crea un sugerente juego entre polaridades de diferente clase y dependencias marginales, en un estrecho vínculo de cooperación recíproca. Los brazos ortogonales ordenan la disposición de los cuatro patios y definen sus módulos dimensionales, a la vez que el eje del crucero sitúa terminantemente el edificio y estructura la entidad de las relaciones urbanas.

El patrón cuadrado que se reitera, a escala menor, en los claustros, sugiere la circularidad de los recorridos, por lo que cada unidad arquitectónica singular resulta fijada en un asombroso sistema de vinculación orgánica de cada parte del complejo, preservándose al mismo tiempo la relativa autonomía de los diferentes ambientes.

Estas observaciones acerca de la racionalidad de los recorridos internos, así como sus relaciones con el entorno próximo, destacan al mismo tiempo el carácter inconcluso del hospital granadino.

Las condiciones previstas en el proyecto originario garantizan una eficiente distribución en la planta baja, con las crujías que funcionan a la vez como módulos funcionales especiales y como filtros-corredores de comunicación horizontal, por medio de aquella circularidad que se expresa plenamente con la colocación de los patios y que constituye un potencial arquitectónico para

fig. 6.19
Fotoplano y sección longitudinal sobre los patios de los Mármoles y de la Capilla. Hospital Real de Granada.

nada despreciable. Al contrario, en la planta noble, apreciamos una sensible variación en la lógica distributiva debido a dos razones: por una parte, sabemos que el ambicioso programa constructivo nunca llegará a acabarse por la falta crónica de recursos económicos, documentada con insistencia en las fuentes de archivo¹⁵, que atenaza la administración del establecimiento desde las primeras décadas de su implantación urbana; en segundo lugar, a pesar de una cierta inmovilidad de las dotaciones técnicas en ambiente hospitalario, que se solucionará sólo con la revolución científica del siglo XIX, es posible seguir la progresiva metamorfosis de los requisitos de carácter funcional, lo cual llevará al abandono del programa monumental en virtud de exigencias concretas más apremiantes.

La ausencia de las galerías en los dos patios del margen norte-este del conjunto ha creado, al nivel de las plantas primera y segunda una privacidad periférica que se ha aprovechado, en el trascurso de los siglos, para albergar aquellas funciones que reclamaban criterios de descentralización, separación e intimidad respecto a la común práctica hospitalaria (como el cuidado de los niños expósitos).

La capacidad de adaptación a los caracteres de las preexistencias y el aprovechamiento de las limitaciones coyunturales, con un ejercicio mínimo de intervención o, al contrario, con la audacia de una operación artística de calidad, supone para el arquitecto y para el restaurador un valor que merece un reconocimiento formal. Es tarea de los operadores que participan en la actividad de reconversión patrimonial dar brillo al talento de sus predecesores puliendo con extremada prudencia todo lo que encubre o impide percibir y apreciar las esencias del proceso histórico y la herencia de las acciones humanas que se manifiestan en la materialidad compleja

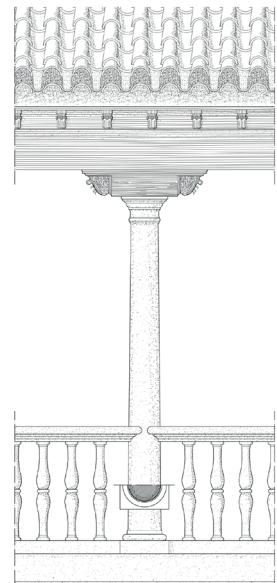
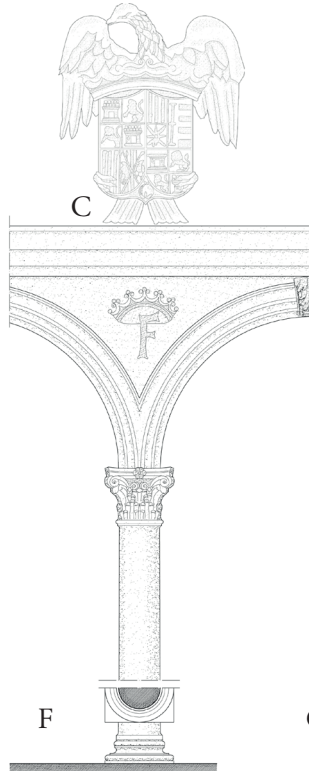
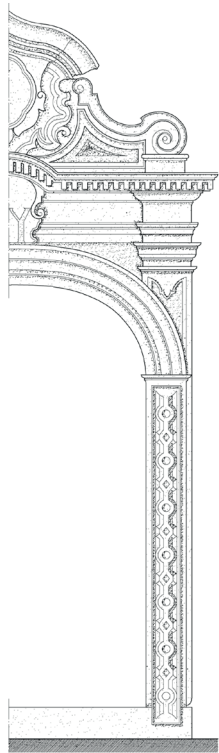
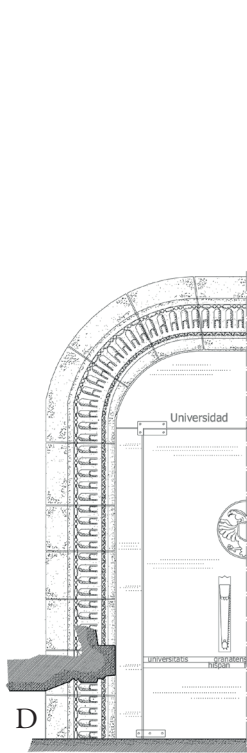
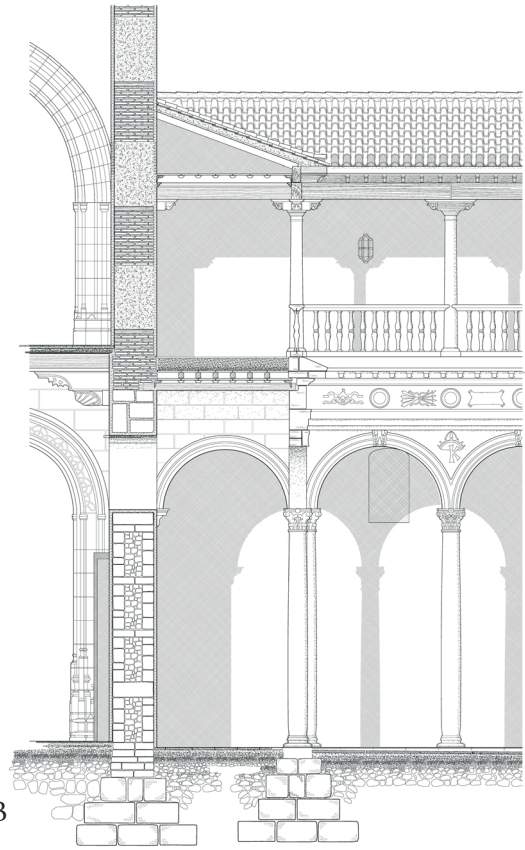
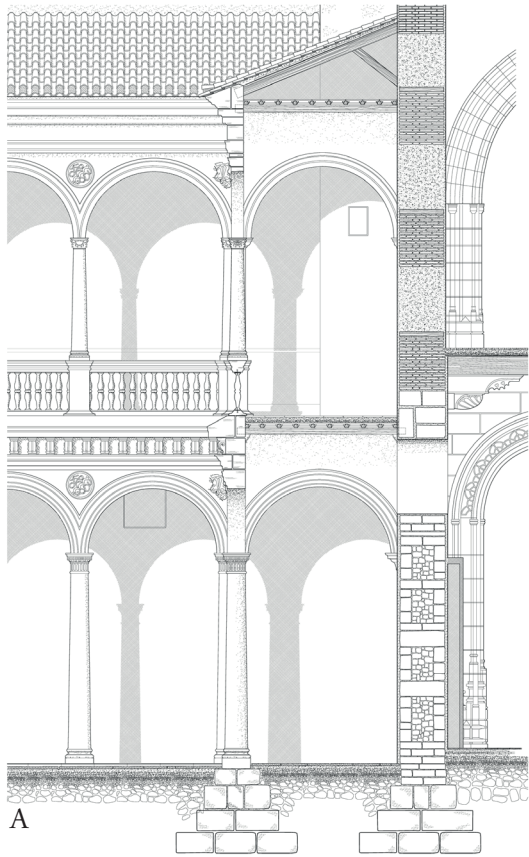
15 Para el cotejo documental de todas las noticias que se refieren a la construcción del Hospital Real de Granada, referimos al trabajo, todavía inédito, del arquitecto Fernando Acale Sánchez, que constituye la más completa y meticulosa sistematización del material presente en los archivos granadinos y nacionales que hasta hoy se haya redactado. El trabajo, incluido en el anteriormente citado Plan Director, contiene un exhaustivo regesto de todos tipos de documentos (diplomas, registros, certificados etc.), ordenados cronológicamente, además de un interesante catálogo fotográfico e icnográfico y una hipótesis de datación relativa de cada elemento del complejo hospitalario. Agradecemos la disponibilidad de este arquitecto por facilitar en cada momento todas las informaciones útiles para las investigaciones de campo y esperamos la pronta publicación de su destacada labor científica.

del monumento.

Asimismo, la jerarquía compositiva deducible en los espacios del Hospital Real, con el énfasis de núcleo central de las antiguas enfermerías que estructura geoméricamente el edificio, determina unos condicionamientos ambientales, capaces de añadir atributos entrañables a la acción de tutela si son abordados con un proyecto ponderado, consciente y respetuoso.

Los caracteres morfológicos del edificio encuentran una traducción coherente en la adopción de los recursos constructivos, los cuales, además, nos facilitan información acerca de la cultura técnica del ambiente granadino, que es una fuente inagotable de influencias heterogéneas en las que destacan las tradiciones de la arquitectura mediterránea, las aportaciones de la cultura islámica y las sugerencias del renacimiento italiano.

Desde el punto de vista estructural, el edificio se presenta como un sólido perímetro de cantería de buena factura, con sillares ensamblados en un aparejo pseudo-isódomo que confiere homogeneidad a los paramentos exteriores. Los materiales utilizados indican una peculiar continuidad entre las obras del hospital y los más destacados monumentos que, durante la época de los Reyes Católicos, confieren decoro a la ciudad cristiana. Toda la sillería se compone de piezas de travertino, pudiéndose observar una ligera variación matérica entre la zona del cuerpo bajo, los paños centrales y el remate superior. En el basamento, reforzado por medio de un resalte que bordea enteramente el edificio, se emplea un material con un acabado más tosco y esbozado de forma rústica, mientras que en la elevación de los muros, la textura superficial se hace más lisa y el material más compacto. Debido a los problemas de mantenimiento del edificio y a las alteraciones de carácter climatológico y bioquímico, el aspecto superficial del zócalo inferior aparece bastante deteriorado; el problema de la humedad capilar, que afecta a toda la parte baja de los muros de carga, y su precario estado de conservación, hace difícil avanzar una hipótesis acerca de una intención estética en el empleo de los materiales pétreos, aunque no podemos excluir la influencia de la tradición clásica, según la cual al aumento de la elevación corresponde un incremento en la finura de los acabados y en la esbeltez de los elementos arquitectónicos.



Efectivamente, es más plausible que este tipo de elaboración de la piedra responda a una exigencia de carácter técnico, pues la presencia de micro-alvéolos funciona como una barrera para limitar el ascenso de humedad desde el suelo.

A la firmeza de los muros perimetrales se ajusta la ejecución del núcleo central, rematado en los cuatros cantos angulares por macizos contrafuertes lapídeos que sostienen el peso del cimborrio y manifiestan su función estructural en los pilares internos, cuyos nervios reanudan los elementos de crucería de la bóveda estrellada de la planta baja. En el nivel superior, la labra de los pilares continúa en las molduras que embellecen las roscas de los arcos diafragmáticos de medio punto.

La penuria financiera que afectó al establecimiento puede apreciarse en las técnicas empleadas para levantar los muros internos. Aquí, la riqueza de la sillería de travertino deja paso a una mampostería de escasa calidad, con una puesta en obra a menudo muy poco cuidadosa, con la que se alterna el empleo de paños de fábrica de ladrillo y tapial reforzado con el aditamento de material cerámico en la masa de arcilla y cal. Evidentemente, muchas de las discontinuidades en el empleo de diferentes técnicas indican fases constructivas asincrónicas, quedando como testimonio material de la evolución del edificio, de su progresivo desgaste y de la continua obra de mantenimiento que requiere un organismo de tal complejidad y dimensión. En el Patio de los Inocentes, la falta de enlucidos de revestimiento, que permite apreciar las características constructivas de la fábrica de ladrillo y de la mampostería, confiere

fig. 6.20
Detalles constructivos
y arquitectónicos.

Hospital Real de
Granada.

A. Hipótesis
constructiva. Patio de
la Capilla.

B. Hipótesis
constructiva. Patio de
los Mármoles.

C. Detalle de la
decoración de la
cornisa.

D. Entrada al crucero.
Patio de los Mármoles.

E. Portada de la
planta alta del patio
de la Capilla.

F. Detalle columna
primer orden. Patio de
los Mármoles.

G. Detalle columna
segundo orden. Patio
de los Mármoles.

fig. 6.21
Alfarje.
Hospital Real de
Granada.



a las superficies un aspecto sugerente, además de ofrecer una interesante oportunidad para la comprensión y divulgación de la lógica estructural interna del inmueble.

Pero es sobre todo en el tratamiento de los techos donde se aprecia la habilidad de los maestros granadinos. Los procedimientos constructivos revelan un rasgo muy peculiar de la aproximación heterodoxa que los constructores españoles asumen en la adopción de los modelos pertenecientes a la tradición hospitalaria de la península italiana.

En el Hospital de Granada, la versatilidad de los artistas carpinteros se manifiesta en la libertad y soltura con las cuales manejan aportaciones culturales heterogéneas, de la herencia hispano-musulmán al descubrimiento del arte clásico. Así pues, las armaduras mudéjares se alternan con los alfarjes más sencillos y con los artesonados con casetones de inspiración romana. El mayor esfuerzo técnico y artístico se dispone en las cubiertas de las enfermerías altas, donde la elegante finura de las armaduras apeinazadas de lacería de ocho¹⁶ se remata en el clímax compositivo de la cúpula semiesférica de madera con casetones y rosetas que se

fig.6.22
Cúpula y armadura
mudéjar. Crucero de
la segunda planta.
Hospital Real de
Granada.

16 Para el estudio de la carpintería mudéjar, López de Arena, D., *Breve compendio de la carpintería de lo blanco y tratado de alarifes: (Sevilla, 1633)* / Diego López de Arenas; edición anotada y estudio preliminar de María Ángeles Toajas Roger, Madrid: Visor, 1997. Nuere Matauco, E., *La carpintería de armar española*, Madrid: Munilla-Lería, 2008. López Guzmán R., *Arquitectura y carpintería mudéjar en Nueva España*, México: Grupo Azabache, 1992. Pacios Lozano, A. R., *Bibliografía de arquitectura y techumbres mudéjares: 1857-1991*, Teruel: Instituto de Estudios Turolenses, Centro de Estudios Mudéjares, 1993.



eleva sobre trompas decoradas en forma de venera. La ejecución de la cúpula, con las aristas de artesones hexagonales enlazadas por franjas de geometría variada, y el gusto por lo antiguo, revela una destreza encomiable y una sensibilidad artística novedosa en un ambiente gremial todavía muy anclado en el arte empírico de matriz islámica.

Se percibe, en la síntesis arquitectónica que el hospital ofrece bajo sus múltiples facetas, una especie de tensión semiótica constante que, finalmente, desemboca en un compromiso artístico de lo más singular.

¿De qué manera interpretar este mecanismo de fuerzas que alterna con la tenaz raíz idiosincrásica, una actitud inconformista, abierta a las influencias de las corrientes internacionales?

Desde su comienzo, la construcción del Hospital Real, estuvo caracterizada por un continuo trasvase de importantes personalidades artísticas ya implicadas en otras fundaciones reales en la ciudad de Granada¹⁷, en un entorno vivazmente cosmopolita.

La adopción del un código lingüístico y formal para el nuevo establecimiento asistencial iba ligado directamente al carácter tipológico del edificio, a la función que estaba llamado a desempeñar y, por otra parte, al mensaje ético incluido en un programa de dotación de infraestructuras urbanas de tipo político y propagandístico. El repertorio clásico, en frenético crecimiento durante las primeras décadas del siglo XVI, se iba imponiendo como expresión simbólica del poder temporal y era vehículo para la afirmación de instancias culturales nuevas por la cuales el espacio público figuraba como metáfora de un orden social renovado.

La experimentación clasicista en Granada asume el valor de una acción comunicativa dirigida a la comunidad, para que ésta reconociera la legitimidad y diera su apoyo al gobierno recién constituido. Esta legitimación pasaba por el beneplácito de las instituciones eclesiásticas y por la observancia de una conducta religiosa estricta y decorosa. El espacio sagrado, en este sentido, se proyecta en una nueva dimensión urbana, civil, garantizando la cohesión de la sociedad.

17 Félez Lubelza, 2005. Op. cit. Pág. 71.

En el Hospital Real, la capilla central, eje de la composición y símbolo de la institución, es el lugar donde la intención decorativa resulta más elaborada, donde la austeridad del conjunto cede ante las adulaciones del arte mundano, precisamente porque pone de manifiesto la unión entre poder y fe, donde cada una contribuye a la permanencia de la otra. En última instancia está el símbolo de la caridad cristiana que se ha hecho pública, o viceversa, de la caridad pública que vuelve a ser cristiana después de siglos de abusos y corrupción.

Por otra parte, la simbología recurrente, empleada a modo de ornamento en los patios, y que podríamos definir como algo arcaica, une el presente al pasado, lo forastero a lo autóctono, y se dirige al futuro hablando de la gloria de todos aquellos que, con un voto de generosidad y nobleza, hicieron posible la construcción del majestuoso edificio público. No se trata, pues, de una incongruencia histórica y esta simbología convive bien con la búsqueda de modernidad, sobre todo en la elección de las estructuras espaciales, que se pueden resumir en una centralidad inédita, solemne y unitaria, en conclusión, antimoderna.

El Hospital Real surge en un periodo de cambio profundos y de fuertes contrastes sociales, teniendo que ocultar bajo una imagen de orden, disciplina y compasión, intentos que ya se dirigían hacia el encierro de tipo carcelario de los indigentes y holgazanes¹⁸.

A razón de ello, el dibujo original tenía prevista una decoración muy austera, dejando la monumentalidad de la obra al juego de yuxtaposición de las grandes masas construidas y a la absoluta horizontalidad del conjunto. Las cuatro fachadas están atadas por una sólida cornisa a la cota del forjado del primer piso; la línea del alero está rematada por una cornisa continua, más fuerte, con tres escocias de diferente dimensión, que crea, en lo alto del edificio, una profunda línea de sombra.

El paso de tiempo, las catástrofes de repetidos incendios, la disminución progresiva del programa ideológico, así como apuros y dificultades de todo tipo, han dejado una huella visible en las

18 Véanse Valenzuela Candelario, J., Moreno Rodríguez, R. M., Girón Iruete F., *El Hospital Real de Granada y sus constituciones de Gobierno (1593-1857). Asistencia a los pobres y regulación social*, Granada: Editorial Universidad de Granada, 2008.

estructuras del Hospital Real. Frente a un proyecto original racional y orgánico, verdadero punto de arribo para las experimentaciones que se hacían en España y en Europa sobre las arquitecturas sanitarias, la evolución del edificio durante los siglos sucesivos parece incontrolada y algo fortuita.

En general, la disposición de las ventanas en las fachadas no está sometida a ninguna lógica compositiva: se configuran como simples episodios funcionales que interrumpen la nobleza de los paramentos exteriores de sillares bien labrados. Sólo en la fachada principal se puede leer cierta voluntad artística, sobre todo en las ventanas de la planta primera, caracterizadas por el dibujo de estilo plateresco y bajorrelieves con los símbolos habituales de la Casa Real. Tampoco el frente orientado hacia el campo del Triunfo responde a un orden preciso; la apertura de ventanas aparece ligada constantemente a exigencias funcionales de carácter coyuntural. Los únicos elementos arquitectónicos que lucen por su valor estético son una ventana gótica en la antigua Capilla, que retoma los motivos de la decoración del cimborrio, las ventanas de arquería de la Sala de Convalecientes, que marcan la esquina este, arrancando de fuertes columnas de estilo tardo gótico, y los antepechos de estas mismas ventanas, con elegantes motivos florales. Esta parte sufrió una sensible elevación de la cubierta a finales del siglo XVI, que comprometió la unidad vertical del Hospital.

La compostura del complejo se ha visto alterada por una serie de elementos añadidos de ningún valor artístico o arquitectónico, como habitaciones de servicio que se amontonaban a los alrededores del Hospital y que, si bien fueron demolidos en época moderna, han dejado visibles trazas en las fachadas del edificio.

Hoy día, la ciudad ha crecido alrededor del antiguo edificio, saturando el espacio al norte y oeste (hacia el Albaycin) a través de un tejido bastante homogéneo de casitas o pequeños pisos de dos o tres plantas; a sur y al este aparece majestuosa la ciudad de finales siglo XIX y principios del siglo XX, con su elegante estilo Art Nouveau, y finalmente la ciudad del siglo XX, a lo largo de la Avenida de la Constitución, con su frente de bloques altos. El Triunfo se queda como el gran vacío, justo delante del Hospital, que hace de fondo a su escenario de jardín urbano. Por esa abertura visual el Hospital se

abre hacia la ciudad, mostrando su monumentalidad.

A través de estas y otras consideraciones, es posible determinar el potencial del monumento, así como su vulnerabilidad, y precisar las condiciones necesarias para su reutilización; es decir, encauzar de manera sistemática las soluciones arquitectónicas, relativas a las nuevas funciones, en una visión orgánica que pueda incrementar el carácter del inmueble, preservar su estratificaciones y guiar de manera sostenible su desarrollo venidero.

En el caso de la arquitectura hospitalaria, como demuestra el ejemplo del Hospital Real, bajo la complejidad de las superposiciones diacrónicas, que habrá que tener en debida cuenta, se cela un layout bien reconocible que objetiva y contextualiza unos requisitos complejos. Si bien es arduo hablar de una formalidad tecnológica en un edificio que surge bajo intenciones científicas todavía elementales, es indispensable valorizar todos los aspectos que se refieren al concepto de confort asistencial, por lo cual nuestro edificio resulta verdaderamente modélico. El conocimiento y reconocimiento de las lógicas de las obras antiguas tiene que marcar las directrices de la intervención moderna, evitando imposiciones traumáticas que aceleran los procesos naturales de envejecimiento del bien patrimonial.

En el Hospital de Granada, las líneas guía de la actuación contemporánea apuntan a un reequilibrio de las condiciones de disfrute con un aligeramiento y racionalización funcional de los ambientes periféricos y un incremento de los nudos polares, con la introducción de un programa de servicios públicos muy articulado. La polivalencia de la oferta cultural se concilia bien con el carácter transitorio que la enfermerías antiguas tuvieron, al tener que adaptarse a la variación continua de las condiciones de uso del inmueble. La propensión a la transformabilidad, en el mantenimiento de las jerarquías espaciales, es, seguramente, uno de los elementos de fuerza del monumento granadino. En un edificio especial con carácter sanitario, como en el caso considerado, la calidad arquitectónica de los espacios reside en la diversificación de la lógica funcional y de la tensión de uso, por medio de la cual se aprecian con mayor claridad sus valores formales. El concepto de transformabilidad, pues, supone que los operadores involucrados

en el proceso de valorización patrimonial, identifiquen los límites dentro de los cuales el monumento mantiene una configuración coherente a su propia naturaleza. En la práctica de intervención, este asunto se traduce en una suma prudencia en las operaciones de adición (sobre todo para facilitar nuevas instalaciones técnicas para el acondicionamiento ambiental y la accesibilidad), al igual que en las de sustracción (para el caso de contaminaciones dañinas), en muchos casos imprescindibles para una rehabilitación correcta y efectiva del edificio.

Al comprender la razón constructiva, funcional y simbólica, es decir, la complejidad arquitectónica del monumento, el arquitecto y los especialistas acotan y perfeccionan las disposiciones legislativas que, por sí solas, carecen de impacto cuando no entorpezcan la integridad del bien inmueble.

La importancia del proceso analítico y especulativo, lejos de ser un ejercicio de adoctrinamiento estéril, constituye una de las herramientas más valiosas para el reconocimiento de los valores que nuestros monumentos custodian con celo y que las administraciones públicas se empeñan en restituir a la comunidad, a la cual pertenecen, para que se hagan vehículo de progreso técnico, cultural y humano.



6.3 El Plan Director como instrumento de gestión a largo plazo

Los edificios especializados exigen modalidades de intervención que tengan en cuentas el amplio espectro de significaciones específicas y elementos que caracterizan de manera peculiar los ejemplos contextuales y que se definen en términos de rendimiento entre las formas arquitectónicas y su capacidad de disponer servicios eficientes para la comunidad.

En cuanto a la arquitectura hospitalaria, en primer lugar hay que destacar la complejidad de las prestaciones ofrecidas que se define no sólo a raíz de un empeño programático definitorio del proyecto primitivo, sino en las estratificaciones por medio de las cuales se ha actualizado la respuesta funcional a una demanda de servicios constantemente cambiante. Así pues, la exigencia de programar con rigor una serie de actividad heterogéneas y renovar puntualmente las relaciones entre usos antiguos y nuevos ha inspirado configuraciones distributivas y compositivas muy articuladas que se ocultan bien bajo una estructura orgánica diligentemente orquestada, bien bajo un

*fig.6.23
Cimborrio.
Hospital Real de
Granada.*



conjunto de patrones espaciales desiguales y recorridos laberínticos que responden a una lógica de agrupación compleja.

En ambos casos, la tarea del arquitecto es descifrar la dialéctica sutil entre un escenario general, que se manifiesta en las reglas de homología y de fidelidad al tipo, y los aspectos parciales referidos a coordenadas coyunturales que caracterizan los modelos y los sitúan terminantemente en un contexto territorial concreto y en una secuencia temporal.

Frente a la imagen carente de criticidad con la cual muchos complejos monumentales han llegado hasta nosotros, muy a menudo fruto de restauraciones que tienden a borrar las anomalías y a reconstruir una perentoriedad figurativa incommunicativa y álgida, es conveniente analizar con detenimiento y rigor todos los aspectos funcionales, arquitectónicos, constructivos y decorativos que definen la ergonomía entre forma y servicio, valor tanto destacable como poco señalado en la práctica de la restauración, que tiende a uniformar y simplificar realidades enigmáticas bajo una imagen desnaturalizada y engañosa de perfección formal.

Por otra parte, estas consideraciones no tienen que llevar a un menosprecio peligroso de las calidades semánticas y expresivas de la arquitectura hospitalaria que, a lo largo de los siglos, se ha impuesto como vehículo material de un sentimiento social, de una cultura, de una identidad colectiva. El factor comunicativo es cualquier cosa menos secundario; permite incidir sobre el entorno provocando una reacción en la comunidad y por eso desde antaño ha conferido a ciertos edificios públicos emblemáticos el papel de referencia a escala urbana.

La consonancia entre función y estructuras espaciales junto con la trascendencia formal de los aparatos simbólicos y ornamentales son los elementos que sintetizan la monumentalidad de la arquitectura hospitalaria histórica y que motivan una acción de tutela continuativa, planificada con sosiego y detenimiento.

Además, la exigencia apremiante de una constante actualización de los espacios hospitalarios a los avances técnicos, médico-terapéuticos y sociales ha impulsado sus condiciones de transformabilidad, facilitando en cada época un disfrute dinámico de la arquitectura

en función de precisas referencias distributivas, de accesibilidad y de confort ambiental.

Todo este complejo de atributos conceden a los conjuntos hospitalarios monumentales un carácter extremadamente abierto que puede inducir a los operadores del patrimonio a un doble riesgo: bien sobrecargar el edificio por encima de su capacidad intrínseca, o bien disminuir excesivamente sus recursos potenciales, descontextualizándolo y restándole valor en ámbito urbano.

Ambas actitudes pueden derivar de una desestimación de los procesos de formación de la arquitectura especializada que suponen una dinámica temporal muy dilatada y que no permiten actuación que no sea contextualmente momentánea y transitoria, es decir, parte de un proceso vital que compete a diferentes generaciones que disfrutan el objeto arquitectónico en un universo de parámetros funcionales y superestructurales continuamente cambiantes.

Esta realidad de la arquitectura especializada no puede en ningún caso llevar a una actitud inoperante o pasiva, sino que debe impulsar la búsqueda de herramientas de actuación para activar procedimientos compatibles con los caracteres de las preexistencias y engendrar un diálogo positivo con las previsiones de fruición futura.

Tenemos, pues, amplia confirmación de cómo las técnicas tradicionales de intervención resultan a menudo insuficientes para los conjuntos monumentales de interés cultural; en muchos casos, a pesar del celo y de las intenciones de los administradores, la actividad de tutela se pierde en un laberinto de pequeñas obras de mantenimiento que aíslan las partes borrando sus relaciones con el conjunto, o actúa con reformas superficiales que minimizan el valor del detalle, rebajando inequívocamente las significaciones complejas del monumento.

Bajo esta perspectiva, el Hospital Real, pieza representativa del patrimonio inmueble de la Universidad de Granada, constituye un reto ambicioso para los responsables de su conservación y valorización, y un contexto favorable de investigación dirigida a definir una aproximación novedosa a la gestión del bien monumental que maximice la posibilidad de aciertos en las prácticas

de restauración y disminuya los errores que derivan de una actividad artificialmente improvisada.

En este ámbito, la adopción de un instrumento de planificación complejo como es el Plan Director, quiere dar respuesta a la necesidad de sistematizar racionalmente los recursos en previsión de una acción de tutela continuada en el tiempo que defina un marco de referencia claro y ordenado para la actividad de los diferentes técnicos que actúan separadamente en la actividad de conservación y administración del complejo patrimonial.

Una de las novedades introducidas por la aplicación de herramientas que derivan de las disciplinas urbanísticas en el campo de la gestión de bienes culturales consiste en la implicación directa de los diferentes protagonistas involucrados en el ejercicio de conservación, desde los promotores, a los técnicos hasta el personal administrativo designado para la gerencia diaria de los servicios ofrecidos y de las instalaciones del complejo monumental.

De ahí deriva la primera característica fundamental del Plan Director: se trata, pues, de un instrumento tendente a democratizar la acción de tutela, haciéndola aplicable a varias circunstancias y accesible a diferentes operadores que intervienen para la conservación y dignificación del monumento y de su entorno próximo.

Frente a lo que se manifiesta como una parte significativa de la liberalización hermenéutica del mismo concepto de obra de arte, argumento que se ha limitado sobremanera a las discusiones de los círculos intelectuales y académicos, hay que destacar con fuerza la importancia del organismo arquitectónico, su existencia secular y su derecho a permanecer en su compleja estratificación ante cualquier tipo de prefiguración o intención proyectual. Lo cual quiere decir que las razones del monumento tienen que prevalecer sobre el ejercicio individual de artistas y arquitectos, sobre la lógica de especulación económica, sobre pretensiones e intereses particulares.

Todo ello nos lleva a otro objetivo programático del Plan Director: la vocación didáctica y divulgativa dirigida a restituir y difundir el valor del patrimonio histórico. Este propósito exige un acto de responsabilización profunda de toda la comunidad frente al proceso de empobrecimiento cultural que deriva de un desinterés difuso hacia ciertas temáticas aprisionadas en un intelectualismo

pedante, o, en peor caso, de una visión que deifica el consumo desconsiderado y el provecho económico, condenando a la sociedad a una ordinariez cultural y ética inaceptable.

El caso del Hospital Real resulta, en este contexto, muy sugerente: con la iniciativa de rehabilitación de su edificio más significativo, la comunidad universitaria quiere sumar valor al entorno urbano promoviendo la formación de un centro representativo y polivalente que estimule procesos autónomos de crecimiento local en un enclave urbano que, a pesar de su centralidad y del rango de población, preeminentemente jóvenes y estudiantes, ha quedado marginal respecto a iniciativas formativas, divulgativa y de promoción que se mantienen en otro enclaves de mayor atracción turística.

La falta de una programación de servicios coherente en esta porción tan emblemática de la ciudad de Granada, con el relativo crecimiento y colmatación del tejido residencial alrededor del antiguo hospital, ha causado la escisión entre el edificio y sus franjas próximas, produciendo un progresivo ensimismamiento del monumento, un gigante tímido y extrañamente incómodo en la cotidianidad bulliciosa de un barrio residencial y estudiantil.

Bien es cierto que el hospital Real, tradicionalmente teatro de vivaces intercambios sociales, sufre hoy día las secuelas de un largo abandono entre finales del siglo XIX y principios del XX. La misma Universidad, al poco de definir la adquisición del inmueble, ha ido instalando varios servicios académicos en su área de influencia, haciéndolo, sin embargo, de forma algo extemporánea y falta de un planeamiento previo. Actualmente, el desplazamiento de la Facultad de Medicina, que dista unos 500 metros de la sede del Rectorado, a un campus extrarradio, ha reanimado el debate sobre las estrategias de emplazamiento de las dependencias universitarias en el ámbito del casco antiguo y sobre la oportunidad de recobrar atractivo en una ciudad que extrae la linfa vital de la vida académica .

La ubicación del Hospital Real resulta análoga a los demás hospitales de su época pero se ha transformado de forma algo imprevista. En territorio peninsular, los hospitales del siglo XVI tienden a configurar un amplio vacío alrededor del recinto que va colmatándose progresivamente, manteniendo la plaza delantera, lo cual confiere una notable visión perspectiva y un respiro paisajístico

a estos monumentos (así ocurre en Santiago, Toledo, Sevilla).

Pues bien, en el Hospital Real de Granada, el amplio vacío que rodeaba su frente principal y su borde suroeste se colmata hacia el siglo XIX con la construcción, delante de la fachada principal, de las factorías militares, ya integradas en las propiedades universitarias, y con el levantamiento de la plaza de toros al sur. El rápido desmantelamiento de esta última marcó definitivamente el gran espacio del Triunfo donde actualmente se ubica un jardín urbano encabezado por una fuente moderna y a donde el hospital vuelve su hombro izquierdo.

Con el plan director, la universidad, en cuanto ente promotor del proyecto, asume el laborioso encargo de rediseñar esta parte de ciudad, saldando no sólo la continuidad con el casco histórico, sino, cuestión de mucho más interés, los lazos ambientales y emocionales con el entorno.

El estudio de la arquitectura especializada nos convence de que no puede existir edificio de servicio, tanto antiguo como contemporáneo, que no establezca una fuerte conexión con su contexto territorial, la cual motiva su supervivencia a la vez que estimula su transformación. Al contrario, el Hospital Real, con la majestad de su dimensión y la capacidad de sus servicios, puede incidir de manera beneficiosa en la forma urbana, material e inmaterial, como fuente de inspiración y como estimulación creativa para la formación de una nueva realidad metropolitana.

Este programa ambicioso exige una verificación meticulosa de las condiciones urbanísticas del entorno desde el punto de vista de la dotación de servicios básicos, del sistema de transporte, de la movilidad y accesibilidad infraestructural, las presencia de equipamientos para la parada, indicación de factores críticos, etc.

Llegados a este punto y antes de adentrarnos más en los contenidos del Plan Director, conviene precisar algunos aspectos metodológicos que consideramos fundamentales para un correcto acercamiento a las problemáticas del monumento.

En primer lugar, la redacción del Plan supone una intensa participación multidisciplinar. Cabe incluso hablar de niveles de diversificación participativa, ya que el programa arranca de

una primera fase en la cual se anima el diálogo entre los sujetos implicados, promotores, partes sociales, empresas privadas y técnicos. A partir de este debate se acotan y concretan los objetivos generales de la base de concurso, se contextualizan intereses, se definen estrategias. A esta primera fase competen problemáticas de carácter general referidas a la recuperación de espacios para el uso público, a la reorganización socio-económica del entorno, a la salvaguardia del monumento, etc.

Es, pues, importante señalar que la labor de investigación sobre el monumento surge de la atención dada a las solicitudes de promotores y usuarios y de la integración de sus ruegos, a partir de la centralidad del edificio patrimonial y de la exigencia de su conservación y promoción.

Consideramos que una intervención que valore exclusivamente los aspectos técnicos de las disciplinas de la restauración arquitectónica subestimando relaciones y sinergias que en la actualidad se imponen con otros campos, como los de la gestión financiera, las propuestas culturales o las iniciativas turísticas, tendrá un alcance limitado y un impacto modesto.

La envergadura de las cuestiones consideradas y, por supuesto, la importancia del Hospital Real como organismo arquitectónico emblemático, implican la exigencia de estudios científicos rigurosos para los cuales se llaman a actuar a especialistas de diferente formación. La heterogeneidad del programa funcional, la fuerte connotación urbana, la problemática referida al diagnóstico y definición del cuadro patológico de estructuras y acabados, entre otros asuntos de mucho resalte, justifican una intensa participación multidisciplinar y una integración metódica de los conocimientos sectoriales.

Aquí cabe destacar otro aspecto crucial de la metodología empleada. La actividad planificadora supone una aproximación de carácter procesal: las fórmulas que desde la labor de análisis y diagnóstico conducen a la síntesis operativa, proceden de forma, en cierto modo, circular y reiterativa.

Dada la complejidad del objeto de estudio, los procedimientos tradicionales con fases lineales de indagación, interpretación de datos e intervención, no pueden garantizar la validez de los resultados.

Se trata pues de construir un diagrama flexible en que sea posible interconectar las adquisiciones de cada campo disciplinario e integrar los resultados de uno al análisis de otro. De esta forma, en cada momento del proceso será posible volver atrás, ajustar las hipótesis, revisar las deducciones, conferirles entidad a la vez que se acreditan los parámetros de objetividad que derivan de la colaboración de diferentes equipos investigadores.

Este tipo de enfoque hace del plan un elemento clave para sistematizar una cantidad de informaciones de difícil manejo que, de otro modo, adoptarían la forma de un conjunto de noticias incoherentes y escasamente productivas. El Plan Director, como instrumento dinámico y abierto, dispone una plataforma informativa y operativa en la cual es posible implementar sistemáticamente métodos y conocimientos futuros desde una óptica que reconoce en el edificio patrimonial un organismo vivo, activo, en constante evolución.

Por otro lado, el estado de las ciencias contemporáneas, dominadas por mecanismos que aceleran cada vez más los fenómenos de obsolescencia de las teorías tradicionales y de las mismas categorías de análisis, nos induce a promover herramientas de trabajo que sean flexibles e interdisciplinarias al máximo, y por ello seguramente aplicables e incisivas.

El plan director del Hospital Real se ofrece como un instrumento de planificación adecuado a las circunstancias que nos impone la frenética realidad de nuestros tiempos por una parte, y al protagonismo indiscutido del monumento por otra; enriquece el conocimiento sobre el edificio, cruzando transversalmente aportaciones de varias disciplinas e integrando los métodos tradicionales (el análisis histórico y arqueológico, el estudio tipológico, urbanístico etc.) a las técnicas de diagnósticos más sofisticadas (espectrometrías, análisis con georradar, termografía etc.); facilita la adquisición de datos mediante los soportes informáticos; crea un espacio de planificación integrada, comunicando a los diferentes agentes del proceso y alentando la participación y cooperación entre las partes, y los mejores recursos del territorio; ordena de forma racional y sistemática las intervenciones concretas, ordinarias y extraordinarias, sin prescindir de los posibles condicionamientos futuros.

Todas estas consideraciones influyen de forma directa en la definición de la escala de actuación del plan; en la redacción de los protocolos operativos, las indicaciones de proyecto se limitan a los criterios generales de restauración, a la definición de un cronograma exacto para las obras de mantenimiento, a la determinación del programa de uso, a la descripción de los límites impuestos por las normativas locales y comunitarias, a las relaciones dimensionales para la obras de nueva construcción.

Para facilitar una lectura ordenada y rigurosa de lo existente, el Plan Director identifica dos ámbitos de actuación en los cuales es posible operar de forma homogénea respecto a los problemas condicionantes que cada uno presenta. El primer ámbito se ciñe al edificio levantado a principios del siglo XVI, catalogado como BIC, con todas sus estratificaciones internas y sus objetos muebles e inmuebles; este enclave, caracterizado por un equilibrio delicadísimo y por altísimos valores relacionados con la memoria e identidad local, además de artísticos y arquitectónicos, requiere medidas de tutela estrictas, según lo que prescribe la ley autonómica y nacional.

La campaña de estudios previos dispuesta según un atento cronograma e inspirada en modelos de indagación que sean lo menos invasivos y destructivos, ha ofrecido la oportunidad de incrementar notablemente el conocimiento sobre la arquitectura del XVI y su progresiva evolución a lo largo de 500 años. Su objetivo último es la identificación de los valores patrimoniales capaces de activar procesos de recuperación de las estructuras según escenarios compatibles con la importancia del monumento, con su lógica arquitectónica, y con la exigencia de la vida universitaria moderna.

La materialización de la capacidad interventora consiste en la programación de las obras de mantenimiento según un diagrama temporal rigurosamente controlado y en la propuesta de conservación material de los aspectos estructurales y compositivos. A raíz de la distinción de las diferentes unidades espaciales, se ha procedido a catalogar todos los elementos arquitectónicos, estructurales y decorativos, que componen la imagen del edificio, indicando sus relaciones recíprocas y proponiendo para cada uno de ellos las técnicas de ensayo y la aproximación conservativa más adecuada. Una vez asegurado el programa de conservación material, se han

definido los usos compatibles con sus características espaciales, sus límites estáticos, su vocación funcional.

En general, en el edificio renacentista se va a potenciar el carácter representativo y la función cultural y turística, aligerando la carga administrativa que hasta hoy había obligado a clausurar al público espacios de incalculable valor histórico-artístico.




El segundo ámbito de actuación atañe al sistema de dependencias marginales que orbitan alrededor del hospital, tanto en su recinto perimetral como fuera de él. Este sistema, si bien ofrece mayor libertad a la actividad de proyectación por el escaso valor arquitectónico de los inmuebles, constituye un testimonio de la lenta formación y reformación del entorno en función de los servicios asistenciales dispuestos en el núcleo central. En base a estas relaciones, que subsisten hoy día y que confieren al conjunto preciosas oportunidades de reutilización alternativa, se ha reorganizado el sistema de accesibilidad y circulación disponiendo todos los servicios de apoyo indispensables para el buen funcionamiento de las actividades previstas en el complejo.

A esta macro definición de ámbitos a los cuales competen, como decíamos, aproximaciones metodológicas diferentes, corresponde una planificación por etapas, igualmente útil para la gestión racional de todo el proceso.



Estudio del estado actual, diagnóstico y actuaciones programadas responden, en fin, a un objetivo común: la salvaguardia del bien y su puesta en valor tanto desde el punto de vista material como social. Estamos firmemente convencidos de que sólo un proyecto integrado y una planificación abierta pueden asegurar la recuperación de la tradición artísticas de las edificaciones históricas, su peculiar belleza y, sobre todo, los valores inmateriales que custodian y que traspasan generosamente a las generaciones creando vínculos de pertenencia útiles a la cohesión social y a su continuo desarrollo en tiempos difíciles y conflictivos.

CONCLUSIONES







El trabajo que hemos desarrollado está dirigido al conocimiento exhaustivo de la tipología arquitectónica hospitalaria que desde la época alto medieval va adquiriendo caracteres peculiares que permite distinguirla cada vez con más claridad de la producción de la arquitectura, tanto civil como religiosa, a servicio de la comunidad urbana.



Hemos analizado con detenimiento la evolución de las estructuras asistenciales en Europa desde la aurora de la época moderna hasta los principios de la era industrial; en este intervalo dilatado es posible identificar la circulación de modelos compositivos que definen un marco de referencia común, facilitando unos principios ordenadores para la práctica constructiva que se lleva a cabo en cada contexto territorial específico.

A pesar de que las coordenadas de los conocimientos varían de forma constante, como hemos podido experimentar con nuestro propio trabajo durante estos cuatro años, y de que la actividad investigadora no deja de ser para nosotros un camino en constante desarrollo, objeto de continuas rectificaciones, aún así consideramos haber conseguido, de la integración de fuentes documentales muy heterogéneas y de la observación directa de la arquitectura hospitalaria, algunas aclaraciones importantes, que quisiéramos aquí presentar brevemente a modo de síntesis general.



En primer lugar, el análisis desarrollado nos conduce a desmentir una convicción común de la historiografía tradicional según la cual el hospital surgido en época renacentista sería una simple derivación de la tipología de las salas conventuales, como resultado de una agregación de módulos precedentes y del relativo incremento dimensional. Pues estamos convencidos que los factores de innovación no tengan que buscarse únicamente, como a menudo se ha hecho, en la adopción de un estilo nuevo, de una nueva concepción formal que pasa de forma automática de la arquitectura palaciega a la totalidad de las obras civiles.

La que para nosotros es una inexactitud historiográfica se denuncia en la asunción del termino hospital-palacio para identificar la arquitectura asistencial de época renacentista. Hablaríamos más bien de hospital civil, acepción que señala un aspecto mucho más importante, la institución de un servicio público para la comunidad urbana.

El primer ejemplo que nos permite ajustar la perspectiva crítica tradicional es el Hospital de Santa Maria della Scala de Siena; en relación a sus enfermerías los historiadores han hablado, de manera casi unánime, de una estructura de salas medievales, en las cuales es posibles hallar interesantes elementos de innovación, refiriéndose únicamente a la esfera administrativa y de gestión de la tareas asistenciales. Es decir: una conducción burocrática inédita en un espacio tradicional.

En realidad en el hospital de Siena, como han revelado las indagaciones arqueológicas en los espacios de las enfermerías, se pasó, durante las primeras décadas del siglo XIV de unas aulas de tipo conventual para el amparo indiferenciado de los peregrinos (que hoy día están ocupadas una por la Iglesia de Santa Maria y la otra por las crujías de San Galgano y Sant'Ansano), a unas salas alargadas que distorsionan por completo las relaciones proporcionales de las antiguas estancias medievales, de nave única o bien bipartida. Se trata, pues de un cambio no solo organizativo sino propiamente arquitectónico y funcional. Frente a las proporciones de 1:2 (entre el eje longitudinal y transversal) de los aposentos que se aprontan en

el siglo XII, , donde los huéspedes se encamaban en cuatro líneas de lechos, los Pellegrinai del hospital de Siena se alargan sobremanera (la relación es de 1:4 en las dos enfermerías para los hombres de 1327 y 1379 y 1:5 en la crujías de las mujeres, con la capilla en la cabecera de la sala), y los enfermos se disponen en dos fila a lo largo de la paredes dejando libre el pasillo central para la visita de los médicos y las tareas de los sirvientes.

Estas consideraciones nos llevan a concentrar la atención sobre la crujías de hospitalización como elemento generador del nuevo espacio hospitalario. A raíz del análisis de numerosos ejemplos que difieren sensiblemente por localización geográfica y implantación temporal, los datos recopilados nos induce a considerar las crujías como elementos de continuidad en el proceso tipológico del hospital moderno a la vez que como motivo de cisura con la tradición precedente.

Debido a un vivaz intercambio comercial y a la boga de los peregrinaje, consideramos que es sensato hablar de una matriz norte europea en la elección de los esquemas funcionales, lo cual, junto con la recuperación de los elementos clásicos y la lógica técnico constructiva de ámbito mediterráneo, creó una síntesis compositiva muy característica, que se exportará a toda Europa con diversas interpretaciones.

Todo esto nos persuade de que, en el caso de la tipología hospitalaria, de ninguna manera es lícito hablar de ruptura definitiva respecto a los ejemplos del pasado, aunque nos parezca indudable que una especie de revolución arquitectónica y tecnológica haya surgido entre los siglos XIV y XV, revolución de tal potencia que permanecerá durante varios siglos, incluso adoptándose en contextos territoriales lejanos a su punto de origen. Sin embargo, es indispensable precisar que, si es lícito hablar de revolución o reforma renacentista de la tipología hospitalaria, se trataría más bien de una revisión crítica de la tradición y no de un abandono indiscriminado de las técnicas y de las referencias formales antiguas. Este problema de la originalidad, por así decirlo, autárquica o históricamente dependiente de la producción renacentista, resulta agravado por la aparición de una nueva figura de arquitecto-profesional de mucho

impacto social cuya libertad intelectual surge como emblema de los nuevos tiempos.

En la modificación de los caracteres morfológicos de las salas hospitalarias intervienen factores diferentes que están relacionados al aumento de la población urbana y por lo tanto de la demanda asistencial a la vez que a la terciarización de las actividades humanas. La racionalización de los procesos económicos y financieros, aspecto destacado de la comunidad burguesa que va tomando poder en Toscana desde finales del siglo XIII se refleja en un incremento de los servicios ofrecidos a la comunidad urbana, en la explotación de las fincas intramuros y en la paulatina optimización de los procesos de ocupación del suelo que siguen dinámicas de carácter lucrativo.

Por lo tanto, es fundamental hablar de historia hospitalaria en clave urbana ya que desde el siglo XIV el hospital se transforma en un elemento emergente de la ciudad, asumiendo una morfología singular relacionada con la especificidad de la función/funciones desempeñadas.

A todo esto se acompaña una metamorfosis de las referencias culturales que justifican el cambio de postura frente a los conceptos de enfermedad, caridad y cura. Es la dimensión urbana la que altera las relaciones entre normal y anormal, sano y enfermo, rico y menesteroso. Lo anómalo, lo deforme e incluso lo monstruoso, son aceptados, según dicta el código ético, dentro del recinto ciudadano siempre que estén apartados a lugares donde el control constante permita un aceptable margen de garantía para la salud y el bienestar de la colectividad.

El desarrollo de la ciencias naturales, que van librándose lentamente de los dogmatismos religiosos, los azotes de los eventos pandémicos junto con el nuevo pragmatismo mercantil y la nueva ética laboral, facilitaban una nueva perspectiva en relación a la productividad de los individuos y a la marginación de los enfermos, de los mendigos, de los inhábiles.

Las prerrogativas lucrativas implícitas en el desarrollo de las nuevas casas de cura hicieron que se dedicara una especial atención

a la definición arquitectónica de los complejos hospitalarios. Estos edificios estaban acomunados por algunos caracteres persistentes, no solo en lo que concierne el sistema administrativo, sino también en la ideación de sus diseños arquitectónicos. Así pues, a lo largo del siglo XIV, por primera vez la problemática de la gestión institucional se relaciona con la organización espacial y volumétrica de los diferentes ambientes, cuya articulación respondía a un proyecto orgánico, aunque gradual y pausado, dictado por exigencias funcionales muy específicas.

Las críticas tradicionales han reconocido ya en el hospital toscano de Santa Maria Nuova el origen de la tipología en forma de cruz, que será adoptada más adelante en Milán y de manera más general en el área lombarda con éxitos arquitectónicos admirables. Aceptando la definición tipológica avanzada hasta hoy, que es de hecho difícilmente contestable, hay que proponer una visión que pueda conciliar diferentes aspectos que consideramos útiles para una descripción completa de la matriz tipológica desde el punto de vista arquitectónico. Estos aspectos atañen tanto al diseño compositivo, como a la definición de una nueva lógica distributiva y a la adopción de nuevos equipamientos técnicos para la función terapéutico-asistencial.

Una destacada novedad, que asumimos como síntoma de la nueva postura frente a las problemáticas concretas de gestión del espacio hospitalario, se radica en la voluntad, más o menos patente, de disponer un proyecto orgánico, en que el planeamiento modular permite un desarrollo estructurado y jerarquizado de los patrones espaciales.

Es en 1334 que en el Hospital de Santa Maria Nuova se empieza a considerar la conveniencia de construir un segundo brazo en el hospital de los hombres, perpendicular a la crujía comenzada en 1313. El nuevo ala, cuya construcción arrancaba en 1341, creaba un extraño trazado en forma de 7 invertido, a lo que los historiadores han dado múltiples lecturas. En nuestra opinión el esquema cruciforme pudo ser planeado desde el principio, o por los menos, es lícito afirmar que a partir de 1334, un proyecto unitario dictara las indicaciones a seguir para las obras sucesivas, que culminaron

en 1574 cuando se remató el diagrama espacial en forma de cruz simétrica con la crujía nororiental del Sacramento.

El hecho que confirmaría tal sospecha consiste en la decisión de cubrir el espacio derivado de la articulación perpendicular de las dos salas con una cúpula de madera, elemento que parece sugerir un posible desarrollo especular de estos ambientes. Efectivamente este hecho constructivo resulta extremadamente indicativo y consecuencia de una precisa lógica arquitectónica. Tal disposición en dos alas perpendiculares no puede más que preveer un remate, si no perfectamente simétrico en forma de cruz, por lo menos con forma de T, planteamiento que encontramos, algunas décadas más tarde en el Hospital de Santo Spirito de Roma.

En el hospital Mayor de Milán, Filarete ajusta el diseño de Florencia y embellece también sus proporciones en un enclave perfectamente cuadrado. De los tres módulos y medio de las enfermerías longitudinales de Santa Maria Nuova pasa al número entero de 4 módulos, ejercicio perfectamente coherente con la teoría renacentista que exalta la unidad completa y sus sucesivas integraciones.

En general, podríamos concluir que el uso persistente de la geometría cuadrada era testimonio de la búsqueda de una regla correcta y racional que conformase enteramente el proyecto. En esta elección se detectan las ideas neo-platónicas típicas del humanismo italiano, surgidas de la interpretación del tratado de Vitruvio, por las cuales las figuras con un único centro describían un cierto sentimiento metafísico de acercamiento a Dios. La práctica de descomponer los espacios, típica del renacimiento italiano, es localizable en la disposición de los patios y en la articulación de los brazos del crucero, independientes entre ellos y vueltos hacia el eje de la composición, el altar central, cumbre simbólica del plan distributivo.

Todos estos argumentos dictaron un éxito de la tipología sin precedentes en el campo de la arquitectura asistencial: con la experiencia del Hospital Mayor de Milán, la planta en cruz griega se impone como modelo predilecto para la tipología hospitalaria,

permitiendo al pensamiento de Filarete circular con gran fortuna por las cortes de toda Europa.

La nueva actitud del hombre moderno, cuya intensificación desembocará en la reforma protestante, actuará de caldo de cultivo para la laicización de muchas experiencias y ocupaciones humanas, entre ellas la gestión del problema sanitario y asistencial. Sin embargo es importante destacar como la conversión de ciertos hábitos sociales es el producto de una crisis de la mentalidad medieval que se vino gestando desde el siglo XIV, o ante, en la decadencia del sistema feudal, en la inestabilidad económica, en la degeneración de las costumbres del clero secular.

El proceso de secularización y laicización de la asistencia emprendido en Italia con la unificación hospitalaria del cual había surgido el hospital de Milán, entre otros, tuvo una eco importante en los territorios de la coronas de Castilla y Aragón.

Los principios de la época moderna constituye una verdadera edad del oro para la fundación de hospitales en territorio ibérico. Lo que ha capturado nuestra atención es como en este momento se asista a un cambio profundo en la elección de los esquemas tipológicos, motivado por una transformación de la referencias culturales y por una mayor coherencia en las organización de las tareas sanitarias, como servicio público para la comunidad.

A caballo entre los siglos XV y XVI la oferta asistencial va siendo condicionada por dos factores fundamentales:

- La lenta emancipación de la iniciativa del clero y la nobleza.
- La unificación de todos los pequeños hospitales y su rentas, vuelta a ofrecer prestaciones más económicas y eficientes.

El hospital apunta a transformarse en un gran contenedor para recluir todos tipos de necesitados; paralelamente asistimos a un intento de especialización funcional, con la segregaciones por sexo y el aislamiento de los enfermos crónicos o incurables. La ciudad se hace cargo del empeño reformista, haciendo de los recintos hospitalarios núcleos en los que se condensa una imagen urbana

moderna: de esta manera surge el concepto de Hospital General.

Por primera vez resulta sensato hablar de hospitales con total independencia de las estructuras eclesiásticas cuales cenobios conventuales y centros episcopales; los nuevos recursos arquitectónicos contribuyen a caracterizar una tipología específica que se articula en tres bloques funcionales, crujías hospitalaria, dependencias de servicio y espacio litúrgico.

Para los hospitales españoles es posible leer una referencia evidente a los ejemplos de otras áreas geográficas, como consecuencias de las estrechas relaciones comerciales y continuos intercambios culturales con los territorios italianos: estas condiciones permiten adelantar hipótesis sobre el proceso de exportación de los modelos tipológicos, no solo a través de las tradicionales redes de comunicación sino mediante la circulación de los tratados renacentistas.

El hospital de Santa Cruz surgió a principios del siglo XVI por voluntad del cardenal Mendoza, contribuyó a la introducción de la manera renacentista en la expresión artística peninsular.

Los ingeniosos recursos planimétricos, legitimados por unas componentes simbólicas altamente evocadoras, la riqueza de la sólida cantería empleada y la exquisitez del fresco ornato plateresco se hacían eco de la fama imperecedera del cardenal, demostrando al caer de la edad media la neta ventaja del poder religioso sobre las cuestiones sociales.

No obstante el esfuerzo de la Corona, el clero español seguía manejando con destreza los asuntos seculares, circunstancia en la cual se halla el motivo de un general retraso en el nacimiento de una asistencia pública en los reinos hispánicos respecto a las coevas experiencias europeas, si bien en las primeras décadas del siglo XVI el provincianismo español se expresa en una inusitada monumentalidad.

Sin embargo las obras dispuestas en Toledo por los más altos exponentes del poder eclesiástico no habían dejado indiferente a la

recién reunida corona de Castilla y Aragón que ya podía jactar una tímida iniciativa reformista en las ciudades catalanas. De hecho en más de una ocasión los reyes católicos había dado prueba de una profunda religiosidad la cual se mostraba en una peculiar, aunque muy a menudo infructuosa, sensibilidad hacia el problema de los indigentes.

La cuestión del estilo que diese un rostro a las nuevas fundaciones reales, esconde una problemática que supera el debate sobre las soluciones formales que había que adoptar: el gusto tardo-gótico – como se define aquella peculiar síntesis arquitectónica típica de la manera española de principios del siglo XVI – responde a la búsqueda por parte de un país recién reunido de su primer esplendor público internacional.

Bajo esta condición, el planeamiento del Hospital de Granada se coloca en la perspectiva de desarrollo e investigación arquitectónica, formal y constructiva estrenada en Santiago y Toledo por el arquitecto Egas y constituye por muchas razones su apogeo.

En núcleo del edificio se compone por cuatro brazos dispuestos en forma de cruz griega, que corren de frente a frente del recinto: estas cuatro alas se cruzan en un espacio central, eje de la composición arquitectónico-funcional remachada por la presencia del altar.

Espiritualidad y poder, deseo de salvación, pretensión de autoridad y anhelos de gloria: estas parecen ser las coordenadas en las que se enmarca el repentino desarrollo hospitalario en la península ibérica.

La monumentalidad de la arquitectura hospitalaria española que alcanza su culmen entre el siglo XVI y XVII interpreta admirablemente los conflictos y compromisos de una sociedad en plena expansión, todavía anclada a su centenaria tradición y sin embargo hambrienta de los estímulos de una modernidad de la cual no llegará a hacerse interprete universal; la liberación de una moral decadente, de un gusto amanerado, la renovación completa llegará de un poco más allá, cruzando los pirineos.

Al impulso de la segunda mitad del siglo XVI concurre, además del agudizarse de pauperismo como calamidad persistente en

grado de amenazar seriamente la orden social, la disposiciones del concilio tridentino durante el cual las jerarquía religiosa remachan la necesidad de una reforma sustancial de las casas de beneficencia, facilitando el consenso oficial al proceso de reducción de los establecimiento hospitalarios.

El movimiento protestante tuvo un papel decisivo en el proceso de laicización, motivando una profunda transformación en el concepto de caridad y asistencia. La vagancia cobraba progresivamente una significación perjudicial: la ética común, inspirada por las obras teóricas de pensadores como Vives, Erasmo, y el mismo Lutero, desacraliza la pobreza en virtud de los concepto de laboriosidad y rendimiento.

La metamorfosis del sistema asistencial francés durante todo el siglo XVI, será lento y discontinuo. Ni faltarán disputas ásperas intercaladas por momentáneos estadio de involución y estancamiento administrativo. Algo diferente fue la situación para los hospitales que surgen a lo largo del siglo XVII, más cómodos y más respondientes a las nuevas exigencias funcionales y técnicas.

Es el caso del hospital de la Charité, de San Louis, de la Salpertriere, el Hospital Laennec, Hotel des invalides en Paris en los cuales se puede detectar una evolución en el diseños de las plantas y una mejora de las instalaciones y servicios.

Una característica de los hospitales que surgen en la capital a lo largo del siglo XVII es el aspecto carcelario que asumen muchos de ellos, seguramente inspirado al carácter de las políticas sociales que se emprenden en esta época para el encierro de los pobres validos y inválidos. En el hospital de San Louis a estas circunstancias se incorporan, ciertos adelantos de las disciplinas medicas impulsada por el aparecer de enfermedades contagiosas altamente invalidantes como la sífilis y demás infecciones cutáneas de rápida propagación. La exigencia de aislar a los enfermos para proteger la población sana informa todo el programa arquitectónico.

El programa funcional asume en San Louis formas monumentales en un imponente cuadrilátero de 120 metros perfectamente

simétrico y especular se manifiesta una extraordinaria combinación de influencias artísticas: la tradición italiana inspira el diseño modular de los hospitales del siglo XVII, que paulatinamente se transforman en edificios especializados cuya arquitectura y disposición corresponden a la función y a los servicios ofrecidos en su interior.

La perfección de la geometría del hospital de San Louis y la congruencia absoluta de sus formas indican una nueva sensibilidad arquitectónica configurándose como la realización perfecta de la idea moderna de edificio a carácter sanitario destinado a las enfermedades contagiosas. Su excelente emplazamiento, destaca el compromiso no solo funcional sino también social con la ciudad, delineándose rotundamente como el lugar de un servicio público ofrecido a la comunidad.

En otros hospitales de la capital la imitación de las tipologías hospitalaria que se difunde en Europa durante en siglo XVI resulta ser más escrupulosa, clara y metódica. Hablamos por ejemplo del hospital de los Incurables, cuya obras arrancan en 1635, habiéndose acabado una buena parte ya en 1649. Se trata de una fundación real, que repite el tópico de la gestión mixta ya que con letra de 17 de abril de 1637 el monarca Luis XIV confía la administración al consejo del Hotel Dieu.

En el plano delineado por el arquitecto Gamart, las influencias de las trazas del hospital milanés de Filarete son más que evidentes: el complejo hospitalario se articula en dos edificios en forma de cruz griega, destinados a segregar los enfermos de ambos sexos, separados por una iglesia central como eje general de la disposición planimétrica. Una circunstancia curiosa que merece la pena resaltar se refiere a la descripción de las crujías de los Incurables redactada por Husson en 1882: el autor señala un aspecto que cobrará mucha importancia a lo largo del siglo XVIII y que hasta entonces había quedado algo incubierto en las externaciones de arquitectos y promotores deditos a la temática de la arquitectura civil asistencial: el problema de la vigilancia.

El incendio que en 1772 devasta el hospital más antiguo del

País, se acompaña a una completa revolución de las conciencias en ámbito social, científico y artístico. Entre los proyectos presentados, unos proponen una tipología arquitectónica novedosa que apunta a la dislocación y especialización funcional por medio de pabellones aislados. Aquí, después de tres siglos de arquitectura, de arte, de debates sociales y políticos damos por concluida nuestra historia: la utilización del modelo renacentista en Europa se hará más y más esporádica cuando no sea sinónimo de atraso, incultura, provincialismo.



Hemos fundado nuestras tesis sobre el concepto de unidad arquitectónica, refiriéndonos a la lógica intrínseca que regula el progreso arquitectónico en la sociedad tradicional, asegurando una perfecta continuidad en el desarrollo de las técnicas constructivas y en el crecimiento de los núcleos urbanos.

Además desde el punto de vista de la lectura tipológica podríamos concluir que:

- El tipo es el patrimonio de los caracteres comunes que se pueden transmitir en áreas geográficamente y culturalmente lejanas.
- El edificio construido describe en un tiempo y en un lugar preciso los caracteres generales de la tipología al cual pertenece, es decir individua históricamente y espacialmente el tipo.
- El ambiente humano no siempre es el resultado de una consciencia espontánea colectiva, sino también es producto de una iniciativa individual precisa, dictada por un complejo conjunto de exigencias culturales, sociales, políticas y técnicas.
- El cambio o revolución tipológica, en relación a la progreso gradual de la técnicas, actúa en el momento en que la tradición precedente es leída según un razonamiento crítico (nos referimos, por citar un ejemplo específico, al caso del Ospedale Maggiore de Milán). Muy a menudo, el nuevo tipo coincide con la obra de arte.

A impulsar el arranque de un nuevo evento tipológico concurren factores de carácter social, político, económico y cultural, que influyen también en su avance.

Con el termino de hospital cruciforme definimos una particular estructura de carácter asistencial y terapeutica la cuya propiedad mas sugerente es la disposición de la planta en forma de cruz, con todas su variaciones compositivas, donde los brazos longitudinales alojan la camas de los enfermos, mientras que el núcleo central, foco de diseño compositivo, acoge el altar para las funciones litúrgicas.

El ejemplo arquitectónico al cual se referirá toda la tradición sucesiva, aparece en Milán simultáneamente a la grande reforma asistencial encaminada por voluntad de la administración publica señorial y por el poder eclesiástico: el motivo más considerable de esta reforma es el proceso de centralización hospitalaria, por el cual aparecen importante estructura arquitectónica de nueva construcción y desapareces muchas pequeñas instituciones a carácter asistencial, dislocadas en diferentes puntos de la ciudad histórica.

El hospital de Milán, erigido sobre el proyecto del arquitecto florentino Antonio Averlino, alias Filarete, deriva del prestigioso hospital de Santa Maria Nova, noto a las crónicas por la eficiencia de los servicios terapéuticos ofrecidos a la comunidad.

El salto metodológico se cumple su la base de una nueva sensibilidad artística, típica del movimiento humanista italiano del siglo XV: la obsesión hacia la geometría y la formas puras como el circulo y el cuadrado, el descubrimiento de ruinas de la arquitectura clásica, que se toman a modelo absoluto, el desarrollo de las ciencias exactas forman parte del nuevo imaginario y estrenan una idea inédita y moderna de arquitectura.

Por eso el valor del símbolo, que se enriquece de nuevos valores intelectuales y sugerencias paganas, permanece en todas su potencia, fortalecido por su perfecta correspondencia con la matriz funcional.



La definición de una tipología arquitectónica y el estudio de sus caracteres específicos a través del análisis de los modelos concretos ofrecen una válida herramienta en el ámbito de los programas de tutela de los complejos hospitalarios antiguos.

Sin embargo es importante destacar que la lectura del proceso tipológico no debe desembocar obligatoriamente en la práctica de la restauración tipológica.

En cuanto a la arquitectura hospitalaria, en primer lugar hay que señalar la complejidad de las prestaciones ofrecidas que se define no sólo a raíz de un empeño programático definitorio del proyecto primitivo, sino en las estratificaciones por medio de las cuales se ha actualizado la respuesta funcional a una demanda de servicios constantemente cambiante. Así pues, la exigencia de programar con rigor una serie de actividades heterogéneas y renovar puntualmente las relaciones entre usos antiguos y nuevos ha inspirado configuraciones distributivas y compositivas muy articuladas que se ocultan bien bajo una estructura orgánica diligentemente orquestada, bien bajo un conjunto de patrones espaciales desiguales y recorridos laberínticos que responden a una lógica de agrupación compleja.

Por ello, los edificios especializados exigen modalidades de intervención que tengan en cuenta el amplio espectro de significaciones específicas y elementos que caracterizan de manera peculiar los ejemplos contextuales y que se definen en términos de rendimiento entre las formas arquitectónicas y su capacidad de disponer servicios eficientes para la comunidad.

La tarea del arquitecto es descifrar la dialéctica sutil entre un escenario general, que se manifiesta en las reglas de homología y de fidelidad al tipo, y los aspectos parciales referidos a coordenadas coyunturales que caracterizan los modelos y los sitúan terminantemente en un contexto territorial concreto y en una secuencia temporal.

Frente a la imagen carente de criticidad con la cual muchos complejos monumentales han llegado hasta nosotros, muy a menudo fruto de restauraciones que tienden a borrar las anomalías y

a reconstruir una perentoriedad figurativa incommunicativa y álgida, es conveniente analizar con detenimiento y rigor todos los aspectos funcionales, arquitectónicos, constructivos y decorativos que definen la ergonomía entre forma y servicio, valor tanto destacable como poco señalado en la práctica de la restauración, que tiende a uniformar y simplificar realidades enigmáticas bajo una imagen desnaturalizada y engañosa de perfección formal.

Esta realidad de la arquitectura especializada no puede en ningún caso llevar a una actitud inoperante o pasiva, sino que debe impulsar la búsqueda de herramientas de actuación para activar procedimientos compatibles con los caracteres de las preexistencias y engendrar un diálogo positivo con las previsiones de fruición futura.

En este ámbito, la adopción de un instrumento de planificación complejo como es el Plan Director, quiere dar respuesta a la necesidad de sistematizar racionalmente los recursos en previsión de una acción de tutela continuada en el tiempo que defina un marco de referencia claro y ordenado para la actividad de los diferentes técnicos que actúan separadamente en la actividad de conservación y administración del complejo patrimonial.

El instrumento del plan director se ofrece como un instrumento de planificación adecuado a las circunstancias que nos impone la frenética realidad de nuestros tiempos por una parte, y al protagonismo indiscutido de los monumentos por otra; enriquece el conocimiento sobre estos, cruzando transversalmente aportaciones de varias disciplinas e integrando los métodos tradicionales (el análisis histórico y arqueológico, el estudio tipológico, urbanístico etc.) a las técnicas de diagnósticos más sofisticadas (espectrometrías, análisis con georradar, termografía etc.); facilita la adquisición de datos mediante los soportes informáticos; crea un espacio de planificación integrada, comunicando a los diferentes agentes del proceso y alentando la participación y cooperación entre las partes, y los mejores recursos del territorio; ordena de forma racional y sistemática las intervenciones concretas, ordinarias y extraordinarias, sin prescindir de los posibles condicionamientos futuros.

BIBLIOGRAFÍA





AA. VV. *Arqueología y rehabilitación en el Parlamento de Andalucía: investigaciones arqueológicas en el Antiguo Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla*, Sevilla: Parlamento de Andalucía, 2003

AA. VV. *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV, Atti del convegno internazionale di studio (Pistoia, 9-12 ottobre 1987)*, Pistoia: Centro Italiano di studi di storia e d'arte, 1990

AA. VV. *El camino de Santiago y la articulación del espacio hispánico, XX semana de estudios medievales*, Estella: Gobierno de Navarra Departamento de Educación y Cultura, 1993.

AA. VV. *El Hospital Real de Santiago de Compostela y la hospitalidad en el Camino de Peregrinación*, Santiago de Compostela: Junta de Galicia, Consejería de Cultura, Comunicación Social e Turismo, 2004

AA. VV. *Gli sforza a milano e in lombardia e i loro rapporti con gli stati italiani ed europei, 1450-1535*. Atti Convegno internazionale, milano 18-21 maggio 1981. Milano: Cisalpino, 1982

AAVV. *Il bene e il bello: i luoghi della cura*. Firenze: Società editrice fiorentina, 2000

AA. VV. *Itinerari medievali e identità europea*. Atti del Congresso internazionale: Parma, 27-28 febbraio 1998 / a cura di Roberto Greci. Bologna: CLUEB, 1999

AA. VV. *La società del bisogno: povertà e assistenza nella Toscana medievale/ a cura di Giuliano Pinto*, Firenze: Salimbeni, 1989

AA. VV. *La toscana al tempo di Lorenzo il magnifico: Politica, economia, cultura, arte*. Convegno di studi promosso dalle università di Firenze, Pisa e Siena, 5-8 nov. 1992. 1^a ried. Pisa: Pacini; 1997

AA. VV. *Les maladies ont une histoire*. Paris: Seuil, 1984

AA. VV. *L'ospedale di San Paolo a Firenze*. Firenze: Alinea Editrice, 2002

AA. VV. *L'ospedale e la città: dalla fondazione di Santa Maria Nova al sistema ospedaliero del 2000*. Firenze: Edizioni Polistampa, 2000

- AA. VV. *Mercati e mercanti nell'alto Medioevo: l'area euroasiatica e l'area mediterranea*. Settimane di studio del Centro italiano di studi sull'alto Medioevo: 23-29 Aprile 1992. Spoleto: Centro italiano di studi sull'alto Medioevo, 1992
- AA. VV. *Nel regno dei poveri: arte e storia dei grandi ospedali veneziani in età moderna: 1474-1797*. Venezia: Arsenale Ed., 1989
- AA. VV. *Ospedale di Santa Maria della Scala: ricerche storiche, archeologiche e storico-artistiche*, Siena: Protagon Editori, 2011
- AA. VV. *Ospedali lombardi del quattrocento: Fondazione, trasformazione, restauri*. Como: New Press, 1996
- AA. VV. *Siena: la fabbrica del Santa Maria della Scala: conoscenza e progetto*. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 1986
- AA. VV. *Stato e chiesa di fronte al problema dell'assistenza; atti del congresso tenuto a Pistoia nel 1979*. Roma: CISO Edimez, 1982
- AA. VV. *Trasporti e sviluppo economico: secoli XIII.-XVIII*. Atti della quinta Settimana di studio, 4-10 maggio 1973 / a cura di Anna Vannini Marx. Firenze: F. Le Monnier, 1986
- AA. VV. *Viajeros, peregrinos, mercaderes en el occidente medieval*. XVIII semana de estudios medievales. Estella: Gobierno de Navarra Departamento de Educación y Cultura, 1991
- Acale Sánchez, F. *Estudio histórico-arquitectónico del Hospital Militar de Granada, antiguo Palacio del Almirante Aragón*. Sevilla: Caja San Fernando, 2003
- Albini, F. *Carità e governo delle povertà: secoli XII – XV*. Milano: Unicopli, 2002
- Albini, G. *Città e ospedali nella Lombardia medievale*. Bologna: CLUEB, 1993
- Albini, G. *Guerra, fame, peste: crisi di mortalità e sistema sanitario nella Lombardia tardo medioevale*. Bologna: Cappelli, 1982.
- Álvaro Barra, M. *Hospitales existentes en la provincia de Cáceres durante la edad moderna*. Badajoz: Universidad de Extremadura, 1991
- Arlotta, G. *Attraverso l'Italia. Dall'Europa a Roma, a Gerusalemme e a Santiago di Compostella nel Quattrocento*. Perugia: CISC Edizioni Compostellane, 2011.
- Arnau Amo, J. *La teoría de la arquitectura en los tratados: Filarete, di Giorgio, Serlio, Palladio*. Madrid: Tébar Flores, 1988
- Arnau Amo, J. *La teoría de la arquitectura en los tratados: Alberti*. Madrid: Tébar Flores, 1988

Aroca Hernández-Ros, R. *Documentos internacionales: Carta de Atenas, Carta de Venecia, Carta del restauro, Carta de París, Carta de Amsterdam, Carta de Nairobi, Carta de Toledo y Carta de Ravello*. Cuadernos de apoyo a la docencia, Vol 28. Madrid: Instituto Juan de Herrera, 1998

Artusi, L. *Gli antichi ospedali di Firenze: un viaggio nel tempo alla riscoperta dei luoghi d'accoglienza e di cura: origine, storia, personaggi, aneddoti*. Firenze: Semper, 2000

Arvois, A. *Problématique de la grande forme*, Paris: Bra, 1987

Ballou, H. *The Paris of Henri IV: architecture and urbanism*, Cambridge: MIT Press, 1991

Barreiro Mallón, B., Rey Castela, O. *Pobres, peregrinos y enfermos: la red asistencial gallega en el Antiguo Régimen*. Santiago de Compostela: Consorcio de Santiago & Nigra, 1998

Benevolo, L. *Storia dell'architettura del Rinascimento*. Bari: Laterza, 1968

Benjamin, W. *La obra de arte en la época de su reproducción mecánica*. Madrid: Casimiro, 2010

Bérchez Gómez, J., Jarque, F., Marías, F. *Arquitectura renacentista valenciana / Arquitectura renaixentista valenciana: (1500-1570)*. Valencia: Bancaixa Obra Social; 1994

Bernacchio, N. *Ospedali a Roma nel tardo Medioevo: storia, architettura, arte e rapporto con la città*. Tesis doctoral. Director: Righetti Tosti-Croce. Università degli studi La Sapienza di Roma, 2005

Biagini, C. *L'Ospedale degli Infermi di Faenza: studi per una lettura tipo-morfologica dell'edilizia ospedaliera storica*. Firenze: Firenze University Press, 2007

Bianchi, F. *La Ca' di Dio di Padova nel Quattrocento: riforma e governo di un ospedale per l'infanzia abbandonata*. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti: Venezia, 2005

Bini, M. *L'ospedale di San Paolo a Firenze, tra storia e rilievo*. Firenze: Alinea Editrice, 2002

Bizzarrini, G. *Gli ospedali fiorentini: (dal 1200 al 1937)*. Firenze: Tip. Barbera, Alfani e Venturi, 1938

Bologni, G. *Una riforma ospedaliera del '500: i nuovi statuti medicei per i luoghi pii di Prato*. Prato: Azienda autonoma di turismo, 1972

Bonilla, L. *Historia de las peregrinaciones: sus orígenes, rutas y religiones*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1965

- Brenna, S. "Crocera e corti per la conversione civile dell'assistenza", en *Hinterland, disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio*, n° 9-10 (1979), p.16
- Brunetti, M. "Venezia durante la peste del 1348", en *Ateneo Veneto*, XXXII (1909), p. 5-20
- Burckhardt, J. *La cultura del Renacimiento en Italia*. Madrid: EDAF, 1982
- Canella, G. "L'ospedale tra storia interna e storia esterna", en *Hinterland, disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio*, n° 9-10 (1979), p.2
- Caniggia, G., Maffei, G. *Il progetto nell'edilizia di base*. Venezia: Marsilio Editori, 1984
- Caniggia, G., Maffei, G. *Lettura dell'edilizia di base*. Firenze: Alinea Editrice, 2011
- Capitani, O. *Morire di peste: testimonianze antiche e interpretazioni moderne della peste nera del 1348*. Bologna: Pàtron, 1995
- Carballeira Debas, AM. *Caridad y compasión en biografías islámicas*. Madrid: CSIC, 2011
- Carré, D. *Hospital heritage: a journey through Europe*. Paris: Ed. du patrimoine, 2001
- Carreras Panchon, A. *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*. Salamanca: Ediciones del Instituto de Historia de la Medicina Española, 1976
- Carmona García, J. *Las redes asistenciales en Sevilla del Renacimiento*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2009
- Carmona García, J. *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2005
- Castro Villalba, A. *Historia de la construcción arquitectónica*. Aula d'arquitectura, Vol 26. Barcelona: Universidad Politécnica de Cataluña, 2001
- Caucci Von Saucken, P. *Santiago: la Europa del Peregrinaje*. Barcelona: Lunwerg Editores, 1993
- Centro italiano di studi di storia e d'arte. *Italia 1350-1450: tra crisi, trasformazione, sviluppo*. Atti del XIII convegno di studi: Pistoia, 10-13 maggio 1991. Pistoia: Centro italiano di studi di storia e d'arte, 1993
- Centro italiano di studi di storia e d'arte. *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII – XV*. Atti Convegno internazionale, Pistoia 9 – 12 ottobre 1987. Pistoia: Centro italiano di studi di storia e d'arte, 1990

- Centro italiano di storia ospitaliera. *Atti del primo Congresso Europeo di Storia ospitaliera*, Reggio Emilia: Centro italiano di storia ospitaliera, 1960
- Chastel, A. *Art et humanisme à Florence au temps de Laurent le Magnifique: études sur la Renaissance et l'Humanisme platonicien*. Paris: Presses Universitaires de France, 1961
- Cherubini, G. *Santiago di Compostela: il pellegrinaggio medievale*, Firenze: Protagon Editori Toscani, 1998
- Chittolini G. *Gli Sforza, la chiesa lombarda, la corte di Roma: Strutture e pratiche beneficarie nel ducato di milano (1450-1535)*. Napoli: Liguori, 1989
- Chittolini, G., Miccoli, G. *La Chiesa e il potere politico dal Medioevo all'età contemporanea*. Torino: G. Einaudi, 1986
- Choay, F. *La règle et le modèle: sur la théorie de l'architecture et de l'urbanisme*. Paris: Seuil, 1996
- Cipolla, CM^a. *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*. Bologna: Il Mulino, 1986
- Clarke, G., Crossley, P. *Architecture and language: Constructing identity in european architecture c. 1000-c. 1650*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000
- Cobrerros Vime, M. *La obra de fábrica en los edificios civiles del renacimiento*. Sevilla: Fundación Centro de Actividades Arquitectónicas, 1997
- Cohen, E. "Roads and Pilgrimage: a study in economic interaction", en *Studi Medievali*, n. 21(1980), p.321
- Colonna, F. *L'ospedale di Santo Spirito a Roma: lo sviluppo dell'assistenza e le trasformazioni architettonico-funzionali*, Roma: Quasar, 2009
- Comitato Nazionale per le celebrazioni del V centenario della morte di Lorenzo il Magnifico. *La toscana al tempo di lorenzo il magnifico: Politica, economia, cultura, arte*. Atti Convegno di studi promosso dalle università di Firenze, Pisa e Siena, 5-8 nov. 1992. 1^a ried. Pisa: Pacini; 1997
- Corona Tejada, L. *El Hospital Real de Nuestra Señora de la Misericordia de Loja*. Granada: Universidad de Granada, 1990
- Cosmacini, G. *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma: Laterza, 2005
- Cosmacini, G. *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Bari: Edizioni Laterza, 1997
- Crippa, MA., Sorbo, G. *Liliana Grassi: il restauro e il recupero creativo della memoria storica*. Roma: Bonsignori, 2007

- Cremnitzer, J., Binet, J. *Architecture et santé: Le temps du sanatorium en France et en Europe*. Paris: Picard, 2005
- Croce, B. *La Spagna nella vita italiana durante la Rinascenza*. Bari: 4ª Edizioni, 1949
- Crouzet Pavan, E. *Rinascimenti italiani: 1380-1500*, Roma: Viella, 2012
- Cunningham, A., Grell, O.P. *Health care and poor relief in protestant Europe, 1500- 1700*. London: Routledge, 1997
- Daccò, G.L., Rossetto, M. *L'ospedale di Cremona: Medicina, Arte, Storia*. Milano: Elemond Editori Associati, 2001
- Delumeau, J. *El miedo en Occidente: (siglos XIV-XVIII) una ciudad sitiada*. Madrid: Taurus, 1989
- De Marinis, T. *La biblioteca napoletana dei re d'Aragona*. Milano: Hoepli, 1947
- Denifle, H. *La Désolation des églises, monastères, hôpitaux en France vers le milieu du XVe siècle*. Mâcon: Protat frères, 1897
- De Sagredo, D., Marías, F., Bustamante, A. *Medidas del romano*. Madrid: Dirección General de Bellas Artes y Archivos; 1986
- Diana, E. *Santa Maria Nuova Ospedale dei fiorentini: architettura e assistenza nella Firenze tra Settecento e Novecento*. Firenze: Polistampa, 2012
- Diana, E. Non solo carità. L'ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze: un risultato imprenditoriale (1285-1427), en *Ricerche Storiche*, nº 1 (2010), p. 5
- Diana, E. Dinamiche fondiarie e caratteri insediativi degli ospedali tra XIV e XVI secolo: il caso fiorentino, en *Medicina & Storia*, nº 6 (2003), p. 37
- Díez del Corral Garnica, R. Navascués Palacio, P., Suárez Quevedo, D. *Arquitecturas de Toledo. Vol 4*. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 1992
- Díez del Corral Garnica, R. *Arquitectura y mecenazgo: La imagen de Toledo en el renacimiento*. Madrid: Alianza Editorial, 1987
- Diez Del Corral Garnica R. "La introducción del renacimiento en Toledo: El hospital de Santa Cruz", en *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando*, nº 62 (1986), p.161
- Díez del Corral Garnica, R. "Typologie hospitaliere et bienfaisance dans l'Espagne de la renaissance: Croix grecque, panthéon, chambres des merveilles", en *Gazette des Beaux-Arts* vol. 107, nº 1406, 1986, p.118

- Dinet-Lecomte, M., *Les hôpitaux, enjeux de pouvoir: France du nord et belge (IVe et XXe siècle)*. Actes du colloque international d'Amiens 30 et 31 mars 2006. Lille: Université Charles de Gaulle, 2008
- Docci, M., Maestri, D. *Manuale di rilevamento architettonico e urbano*, Roma: Ed. Laterza, 1993
- Eco, U. *La struttura assente: introduzione alla ricerca semiologica*. Milano: Bompiani, 1968
- Farinelli, R. *I castelli nella toscana delle "città deboli": Dinamiche del popolamento e del potere rurale nella toscana meridionale (secoli VII-XIV)*. Vol 14. Borgo San Lorenzo: All'Insegna del Giglio, 2007
- Félez Lubelza, C. *El Hospital Real*, Granada: Universidad de Granada, 2005
- Filarete, Grassi L, Finoli AM. *Trattato di architettura*. Milano: Polifilo, 1972
- Fiore, FP. *Leon Battista Alberti*. Milano: Electa, 2012
- Foster, P. "Per il disegno dell'Ospedale di Milano", en *Arte Lombarda*, n. 38-39 (1973), p.1
- Foucault, M. *Vigilar y castigar - Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 2009
- Foucault, M. *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. 12ª ed. Méjico, D.F.: Siglo XXI, 1987
- Franchini, L. *Ospedali lombardi del Quattrocento: fondazione, trasformazioni, restauri*. Como: Edizioni New Press, 1995
- García Ballester, L. Arrizabalaga, J. *Galen and galenism: Theory and medical practice from antiquity to the European renaissance*. Vol CS710. Burlington, VT: Ashgate, 2002
- García Granados, J. A. *El maristán de Granada: un hospital islámico*. Granada: Asociación española de Neuropsiquiatría, 1989
- García Guerra, D. *El Hospital Real de Santiago (1499-1804)*. A Coruña: Ed. Fundación Barrié de la Maza, 1983
- Garfagnini, GC. *Firenze e la toscana dei medici dell'europa del '500*. Convegno internazionale di studio, Firenze 9-14 giugno 1980 nell'ambito della XVI esposizione europea di arte, scienza e cultura. Firenze: Leo S. Olschki, 1983
- Gargiani, R. *Principi e costruzione nell'architettura italiana del Quattrocento*. Bari: Laterza, 2003

- Garin, E. *L'uomo del Rinascimento*. Roma: Ed. Laterza, 1988
- Gallavotti Cavallero, D. *Lo Spedale grande di Siena: fatti urbanistici e architettonici del Santa Maria della Scala: ricerche, riflessioni, interrogativi*. Firenze: La Casa Usher, 1987
- Gentil Baldrich, JM. *Traza y modelo en el renacimiento*. Sevilla: Instituto Universitario de Ciencias de la Construcción, 1998
- Geremek, B. *La piedad y la horca: historia de la miseria y de la caridad en Europa*, Madrid: Alianza Editorial, 1989
- Ghidetti, E., Diana, E. *La bellezza come terapia: arte e assistenza nell'Ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze*. Atti del Convegno internazionale, Firenze 20-22 maggio 2004. Firenze: Polistampa, 2005
- Gómez-Ferrer Lozano, M. *Arquitectura en la Valencia del Siglo XVI: el Hospital General y sus Artífices*. Valencia: Albaros, 1998
- Gómez Mampaso, V. *La unificación hospitaliaria en Castilla : su estudio a través de la Casa de San Lázaro de Sevilla*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1996
- González Díaz, AM. *Poder urbano y asistencia social: El hospital de san hermenegildo de sevilla (1453-1837)*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla, Servicio de Publicación, 1997
- Granshaw, L. *The hospital in history*. London, New York: Routledge, 1989
- Grassi, L. *La Ca' Granda: storia e restauro*. Milano: Università degli studi, 1958
- Griego Allen, J., Sandri, L. *Ospedali e città: L'Italia del Centro Nord, XIII – XVI secolo*. Firenze: Le Lettere, 1997
- Gutton, JP. *La société et les pauvres en Europe (XVI-XVIII siècles)*. Paris: Presses Universitaires de France, 1974
- Hearn, F. *Ideas que han configurado edificios*. Barcelona: Gustavo Gili, 2006
- Henderson, J. *Piety and charity in late medieval Florence*. Oxford: Clarendon press, 1994
- Hoshino, H. *Industria tessile e commercio internazionale nella firenze del tardo medioevo*. Biblioteca Storica Toscana, Vol 39. Firenze: Leo S. Olschki; 2001
- Howard, D. *Jacopo Sansovino: Architecture and Patronage in Renaissance Venice*. New Haven: Yale University Press, 1987
- Howe, ED. *The hospital of Santo Spirito and pope Sixtus IV*. Ann Arbor: University Microfilms International, 1991.

- Hugh Smith, C., Garfagnini, GC. *Florence and Milan: comparisons and relations. (Acts of two conferences at Villa I Tatti in 1982-1984)*. Florencia: la Nuova Italia Editrice, 1989
- Kagan, RL., Marías, F. *Imágenes urbanas del mundo hispánico 1493-1780*. Madrid: El Viso, 1998
- Imbert, J. *Hôpitaux de France*. Saint-Benoît-la-Forêt: Éd. de l'Arbre à images, 1986
- Imbert, J. *Le droit hospitalier de l'ancien régime*. Paris: Presse Universitaires de France, 1993
- Imbert, J. *Les hôpitaux en droit canonique: du décret de Gratien à la sécularisation de l'administration de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1505*. Paris: J. Vrin, 1947
- Jiménez Salas, M. *Historia de la asistencia social en España en la edad moderna*. Madrid: Instituto Balmes de Sociología, Departamento de Historia Social, 1958
- Labasse, J. *L'hôpital et la ville: géographie hospitalière*. Paris: Hermann, 1980
- Laget, PL., Laroche, C. *L' hospital en France. Histoire et Architecture*. Cahiers du Patrimoine, n.99. Lyon: Ed. Lieux Dit, 2012
- Leistikow, D. *Dieci secoli di storia degli edifici ospedalieri in Europa: una storia dell'architettura ospedaliera*. Ingelheim am Rhein: C. H. Boehringer Sohn, 1967
- León Tello, FJ., Sanz Sanz, MV. *Estética y teoría de la arquitectura en los tratados españoles del siglo XVIII*. Vol 22. Madrid: CSIC, 1994
- Léonard, J., Weissmann, M. *Paris d' hospitalité*. Paris: Pavillon de l'Arsenal, 1990
- Leverotti, F. "Sulle origini dell'ospedale Maggiore di Milano", en *Archivio storico lombardo*, Vol VIII (1981), p.77
- Li Calzi, E., Fontana, S., Sandolo A. *Per una storia dell'architettura ospedaliera*. Milano: Libreria Clup, 2002
- Lombardi, D. *Povertà maschile, povertà femminile: L'ospedale dei mendicanti nella firenze dei medici*. Bologna: Mulino, 1988
- López Terrada, M^aL. "El hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria.", en *Revista d'Història Medieval*, n.7 (1996), p.192
- Malaguzzi Valeri, F. *Gio Antonio Amadeo, scultore e architetto lombrado: (1447-1522)*. Bergamo: Istituto italiano d'arti grafiche, 1904
- Marías, F. *La difusión del renacimiento*. Madrid: Anaya, 1990
- Marías, F. *La arquitectura del renacimiento en toledo (1541-1631)*. T. I-II. Salamanca: CSIC, 1983

- Marías, F., Cidoncha, R. *El largo siglo XVI: Los usos artísticos del renacimiento español*. Conceptos fundamentales en la Historia del arte española, Vol 5. Madrid: Taurus, 1989
- Maffei, G., Maffei, M. *Lettura dell'edilizia speciale*. Firenze: Alinea Editrice, 2011
- Marconi, P. *Il Recupero della Bellezza*. Milano: Skyra, 2005
- Marconi, P. *Il Restauro e l'Architetto – Teoria e pratica in due secoli di dibattito*. Venezia: Saggi Marsilio, 1993
- Martín Doisy, F. *Des Hôpitaux et hospices*. Paris: A. Le Clere, 1855
- Martín García, M. *El maristán de Granada: situación, historia y descripción*. Madrid: Azur, 1985
- Martínez Justicia, MJ., Sánchez-Mesa Martínez, LJ. *La restauración de bienes culturales en los textos normativos*. Selección, traducción y estudio crítico de documentos normativos internacionales y nacionales. Granada: Comares, 2009
- Maza Zorrilla, E. *Pobreza y asistencia en España: siglo XVI al XX*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones Universidad de Valladolid, 1987
- Meiss, M. *Pintura en Florencia y Siena después de la peste negra*. Madrid: Alianza Editorial, 1988
- Melis F. “Lo sviluppo economico in toscana e internazionale dal secolo XIII al secolo XV”, en *Conferenze del VII centenario della Battaglia di Colle-1262-1969*. Castelfiorentino, 1979
- Mencaroni Zoppetti, M. *L'ospedale nella città: vicende storiche e architettoniche della Casa Grande di S. Marco*. Bergamo: Fondazione per la storia economica e sociale di Bergamo, 2002
- Miller, T. *The birth of the hospital in the Byzantine Empire*. London: Johns Hopkins University Press, 1997
- Mitre Fernández, E. *Fantasmas de la sociedad medieval: enfermedad, peste, muerte*. Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio editorial y Universidad de Valladolid, 2004
- Mollat Du Jourdin, M. *I poveri nel Medioevo*. Roma: Laterza, 2001
- Moneo, R. “On Typology”, en *Opposition*, n.13 (summer 1978), p.23
- Mumford, L. *La ciudad en la historia: sus orígenes, transformaciones y perspectivas*. Logroño: Pepitas de Calabaza, 2012

- Muñoz Sanz, A. *Los hospitales docentes de Guadalupe: La respuesta hospitalaria a la epidemia de bubas del renacimiento (siglos XV y XVI)*. Badajoz: Junta de Extremadura, 2008
- Muratori, S. *Studi per un'operante storia urbana di Venezia*. Roma: Istituto Poligrafico dello Stato, 1959
- Nasalli Rocca, E. *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*. Milano: Fondazione Sergio Mochi Onory per la storia del diritto italiano, 1956
- Nicodemi, G. *Gli sforza, duchi di milano*. Milano: Pio Istituto Rachitici Milano, 1951
- Nutton, V. *Girolamo Mercuriale: medicina e cultura nell'Europa del Cinquecento*. Atti del Convegno Girolamo Mercuriale e lo spazio scientifico e culturale del Cinquecento: Forlì, 8-11 novembre 2006. Firenze: L. S. Olschki, 2008.
- Patetta, A. *Gli ospedali di Pisa: sanità e assistenza nei secoli XI – XV*. Pisa: ETS, 2001
- Patetta, L. *L'architettura del quattrocento a Milano*. Torino: CittàStudi, 1987
- Patetta, L. *Storia e tipologia: Cinque saggi sull'architettura del passato*. Milano: Clup, 1989
- Pellegrini, M. *La comunità ospedaliera di Santa Maria della Scala e il suo più antico statuto*. Pisa: Pacini editore, 2005
- Pétillot, A. *Patrimoine hospitalier*. Paris: Scala, Fédération hospitalière de France, 2004
- Pevsner, N. *Historia de las tipologías arquitectónicas*, Barcelona: Gustavo Gili, 1979
- Peyronnet, G. *Il ducato di milano sotto francesco sforza (1450-1466): Politica interna, vita economica e sociale*. Firenze: Leo S. Olschki, 1958
- Pierre, G. *Geografia urbana*. Barcelona: Ariel, 1982
- Pignatti, T. *Le Scuole di Venezia*. Milano: Electa, 1981
- Pizzagalli, D. *I visconti e gli Sforza a Milano*. Roma: Editalia, 1994
- Plesner, J. *Una rivoluzione stradale del Duecento*. Firenze: Francesco Papafava Editore, 1979
- Pouchelle, MC., Morris, R. *The body and surgery in the middle ages*. Cambridge: Polity Press, 1990
- Pullan, B. *Rich and poor in Renaissance Venice: the social institutions of a Catholic State, to 1620*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1971
- Puppi, L. *Architettura e utopia nella Venezia del Cinquecento: mostra. Catalogo*. Milano: Electa, 1980

- Rodríguez Mateos, M^aV. *Los hospitales de Extremadura, 1492-1700*. Cáceres: Universidad de Extremadura, 2003
- Rossi Prodi, F., Stocchetti, A. *L'architettura dell'ospedale*. Firenze: Alinea, 1990
- Quatremère de Quincy, AC., Teyssot, G., Farinati, V. *Dizionario storico di architettura: le voci teoriche*. Venezia: Marsilio, 1985
- Sabouraud, R. *L'hôpital de Saint Louis*. Lyon: Laboratoires Ciba, 1937
- Sampalmieri, D. *Il sorgere del concetto di beneficenza*. Roma: Arti Grafiche E. Cossidente, 1974
- Sánchez-Robles Beltrán, JC. *El programa, el alojamiento colectivo y transitorio. el hospital general*. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia, 1993
- Sánchez-Robles Beltrán, JC. *Materiales docentes, el antiguo hospital general de Valencia*. Valencia: Caja de Ahorros de Valencia, 1995
- Sandri, L. *Aspetti dell'assistenza ospedaliera a Firenze nel XV secolo*. Atti del XII Convegno Internazionale di Studi (Pistoia, 9-12 ottobre 1987). Pistoia: Viella, 1990
- Sandri, L., Pieri, E. "L'assistenza ospedaliera tra storia, urbanistica e architettura." en *La Nuova città, serie VII, II* (1999) n.4, p.50
- Santiago Otero, H. *El camino de Santiago: la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*. Salamanca: Junta de Castilla y León, Conserjería de Cultura y Turismo, 1992
- Sapori, A. *Studi di storia economica: secoli XIII, XIV, XV*. 3a ed. accresciuta ed. Firenze: G. C. Sansoni, 1955
- Sayers, J. *Innocenzo III: 1198-1216*. Roma: Viella, 1997
- Scalvini, ML., Piñón, H. *Para una teoría de la arquitectura*. Barcelona: Colegio Oficial de Arquitectos de Cataluña y Baleares, 1972
- Schipperges, H. *La medicina árabe en el medioevo latino*. Toledo: Real Academia de Bellas Artes y Ciencias Históricas de Toledo, 1989
- Sella, D. *Lo stato di milano in età spagnola*. Torino: Utet, 1987
- Sennet, R. *Carne y piedra – el cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*. Madrid: Alianza Editorial, 2010
- Sergi, G. *Potere e territorio lungo la strada di Francia. Da Chambery a Torino fra X e XIII secolo*. Napoli: Liguori, 1981
- Sergi, G. *Luoghi di strada nel Medioevo. Fra il Po, il mare e le Alpi occidentali*. Torino: Scriptorium, 1996

- Serrano González, A. *Como lobo entre ovejas: Soberanos y marginados en Bodin, Shakespeare, Vives*. Madrid: Centro de estudios constitucionales, 1992
- Siena, KP. *Veneral disease, hospitals, and the urban poor; london's "foul wards," 1600-1800*. Rochester, NY: University of Rochester Press; 2004
- Sordini, B. *Santa Maria della Scala, uomini, cose e spazi nella Siena medievale*. Siena: Protagon Editori, 2010
- Spencer, JR. "Two new documents on the Ospedale Maggiore, Milan and on Filarete" *en Arte Lombarda*, vol. 16 (1971), p.114
- Sterpos, D. *Comunicazioni stradali attraverso i tempi: Bologna Firenze*. Novara: de Agostini, 1961
- Stopani, R. *La via francigena in Toscana, storia di una strada medievale*. Firenze: Libreria Salimbeni, 1984
- Strappa, G. *Unità dell'organismo architettonico. Note sulla formazione e trasformazione dei caratteri degli edifici*. Bari: Dedalo, 1995
- Tafari, M. *L'architettura dell'Umanesimo*. Roma, Bari: Laterza, 1972
- Tafari, M. *Venezia e il rinascimento*. Torino: Einaudi, 1985
- Tombaccini, D. *Firenze città spedaliera*. Firenze: Firenze University Press, 2004
- Thompson, J., Goldin, G. *The hospital; a social and architectural history*. New Haven and London: Yale University Press, 1975
- Torres Balbás, L., Isac Martínez de Carvajal, A. *Legislación, inventario gráfico y organización de los monumentos históricos y artísticos de España*. Granada: Universidad de Granada, 1989
- Torres Balbás, L. *Naves cubiertas con armadura de madera sobre arcos perpiaños a partir del siglo XIII*. Madrid: Instituto Diego Velázquez, 1960
- Touati, FO. *Archéologie et architecture hospitalières de l'Antiquité tardive à l'aube des Temps modernes*. Colloque international, Créteil 7 – 8 octobre 1999. Paris: La Boutique de l'histoire, 2004
- Ubieto Arteta, A. "Los caminos que unían Aragón con Francia en la Edad Media", *en Les communications dans la Péninsule Ibérique au Moyen Âge* n 4 (1981), p. 21
- Urrutubéhéty, C. *Casas Ospitalia. Diez siglos de Historia en Ultrapuertos*. Pamplona: Institución Príncipe de Viana, 1982

- Valdivieso, E., Serrera, JM. *El hospital de la Caridad de Sevilla*. Sevilla: Editorial Sever-Cuesta, 1979
- Valenzuela Candelario, J., Moreno Rodríguez, R M., Girón Irueste, F El hospital Real de Granada y sus constituciones de gobierno (1593-1857). Granada: Editorial Universidad de Granada, 2008
- Valenzuela Calendario, J. “El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (II). Oficiales y sirvientes en un hospital general (1526-1535)”, en *Dynamis*, n.24 (2004), p. 213
- Valenzuela Calendario, J. “El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (I). Las fundaciones reales y la reunión hospitalaria (1501-1526)”, en *Dynamis*, n.23 (2003), p.193
- Vanzan Marchini, NE. *La memoria della salute: Venezia e il suo ospedale dal XVI al XX secolo*. Venezia: Arsenale Editrice, 1985
- Vanzan Marchini, NE. *Rotte mediterranee e baluardi di sanità: Venezia e i lazzaretti mediterranei*. Milano: Skira, 2004
- Varisco, SG. *Roma e i suoi ospedali: caratteri e funzioni dei complessi ospedalieri nella Roma dei secoli XIII-XIV-XV-XVI-XVII e loro collocazione urbana*. Roma: Artigrafiche Benni, 1969
- Vázquez de Parga, L., Lacarra, MJ., Uría Ríu, J. *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1948-1949
- Vilar Sánchez, JA. *Los reyes católicos en la alhambra: Readaptaciones hechas por los reyes católicos en los palacios y murallas de la alhambra y en las fortalezas de granada desde enero de 1492 hasta agosto de 1500 con algunos datos hasta 1505*. Vol 1. Granada: Comares, 2007
- Villa-Amil Castro, J. *Reseña histórica de los establecimientos de beneficencia que hubo en Galicia durante la edad media, y la erección del gran hospital real de santiago*. Santiago: Grafinova,1993
- Vitolo, G. *Napoli angioino-aragonesa: confraternite ospedali dinamiche politico-sociali*. Salerno: Carlone, 2003
- Wilkinson, C. *The hospital of cardinal tavera in Toledo*. New York: Garland, 1977
- Wittkower, R. *Les Principes de l'architecture à la renaissance*. Paris: Editions de la Passion, 1996
- Zamorano Rodríguez, M. *El Hospital de San Juan Bautista de Toledo durante el siglo XVI*. Toledo: Instituto Provincial de Investigaciones y Estudios Toledanos , 1997



AGRADECIMIENTOS

Sin el apoyo de muchas personas este trabajo de tesis no hubiera sido posible. Por ello quiero expresar mi agradecimiento:

al profesor Juan Calatrava por el ejemplo, la paciencia y la esperanza que da a quienes, como yo, piensan que existen todavía intelectuales comprometidos, honestos y altruistas;

al profesor Francisco Javier Gallego Roca, con quien empecè este largo trabajo.

Al arquitecto Paolo Privitera por todo, y también por haber estado a mi lado hasta al final;

a Pepe por cuidarme y aguantarme;
a Annalisa, Lia, Maria Rosa y Luca, los compañeros de ayer, de hoy y de mañana.

Al profesor Cataldi, al profesor Merlo y a la profesora Bartoli de la Università degli studi di Firenze;

a la profesora Zardoya del Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría de La Habana, Cuba;
a Debora Barbagli, Directora del Museo de Santa Maria della Scala de Siena;
a Soledad García Saez correctora infatigable y perfecta.

El último agradecimiento es para mis padres y mi abuela, por el esfuerzo de una vida.

Si, como dicen, es de sabios saber pedir ayuda, saber prestar ayuda es algo que supera los límites de la inteligencia y llega a abrir las puertas del corazón. (P.P.)

A partir de la segunda mitad del siglo XV, se desarrolló en Italia una tipología hospitalaria destinada a lograr un gran éxito internacional.

El Hospital Mayor de Milán, en forma de cruz inscrita en un cuadrado, es el ejemplo más conocido, aunque la experiencia de Filarete no hubiera podido existir sin el fervor cultural y económico propio del Renacimiento italiano.

Durante el siglo XVI aparecieron en los reinos católicos y en un breve lapso de tiempo hospitales cruciformes en los centros urbanos de mayor importancia política y representativa: Toledo, Santiago y Granada.

Seguidamente, a lo largo del siglo XVII los hospitales en forma de cruz empezaron a construirse en los territorios del reino de Francia, en la capital y en los otros centros urbanos más densificados.

El trabajo de investigación que aquí se presenta aporta una clave de lectura de este proceso partiendo de una estructura teórica basada en el estudio tipológico y abarcando las temáticas socio-culturales que acompañaron y guiaron el viaje del modelo italiano a lo largo de los territorios europeos.

El problema de los instrumentos de gestión patrimonial, para la tutela de estos monumentos singulares, pide un análisis atento y soluciones alternativas que puedan valorizar el carácter de las preexistencias y asegurar la transmisión de sus valores.

Proyecto gráfico:

Roberta Perria & Paolo Privitera

