

# Panorama de la medicina en una sociedad medieval mediterránea: la Valencia cristiana bajomedieval

LUIS GARCÍA BALLESTER (\*)

La conquista del siglo XIII, por las tropas catalano-aragonesas de Jaime I, de los territorios que formarán el reino de Valencia, hasta entonces en poder de los musulmanes, significó la introducción en éste del modelo médico-asistencial existente en la Europa cristiana del Mediterráneo occidental. Un modelo todavía no concluso y al que la vitalidad de la nueva cristiandad le permitirá contribuir, en ocasiones, de forma original. Contribución que se hará, unas veces, de forma personal (por ejemplo, las aportaciones de Arnau de Vilanova —ca.1240-1311— a la reforma académica de la facultad de medicina de Montpellier o a los contenidos doctrinales de la escolástica médica), otras, de forma institucional (por ejemplo, las decisivas precisiones sobre los profesionales sanitarios hechas en las cortes valencianas de 1329-30).

Las características de la conquista hicieron que, en los nuevos territorios, convivieran a lo largo de los siglos bajomedievales los miembros de las tres grandes culturas mediterráneas, musulmanes, judíos y cristianos. Ello tuvo una interesante repercusión en la medicina que se practicó en el País Valenciano, tanto en el plano de la difusión de las ideas médicas (por ejemplo, traducciones desde el árabe al latín y al catalán), como en el de la práctica médica. El presente panorama va a contemplar solamente la evolución que tuvo, en las nuevas tierras, el nuevo modelo cristiano de entender y practicar la medicina; y ello, también, desde la perspectiva cristiana. Serán inevitables las referencias a los mundos musulmán, mudéjar y judío, que sólo artificialmente pueden separarse del cristiano en una sociedad medieval del Mediterráneo occidental; ahora bien, dichos mundos no estarán directamente contemplados en este panorama.

---

(\*) CSIC. Institució «Milà i Fontanals». U.E.I. de Història de la Ciència. Egiptciaques, 15. 08001. Barcelona.

DYNAMIS

*Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. Vol. 7-8, 1987-88, pp. 59-115.  
ISSN: 0211-9536

1. *UN PROGRAMA INNOVADOR PARA LA ACTIVIDAD MÉDICA: LA LEGISLACIÓN DE 1329*

Entre los siglos XII a XIV se va a configurar un modelo de profesión médica y de profesional en los países cristianos del Mediterráneo occidental, que mantendrá su vigencia durante muchos siglos después, llegando incluso hasta hoy algunos de sus rasgos. Dentro de este problema, el recién conquistado territorio va a tener unas características un poco distintas de las que revistió en el resto de los territorios de la Corona de Aragón (1). Estas diferencias aparecieron en la primera legislación reguladora del ejercicio profesional médico para el país valenciano, contenida en los *Furs* otorgados por Alfonso el Benigno (1327-1336) en las cortes de Valencia de 1329-30. Las principales peculiaridades fueron: en primer lugar, la minuciosa y elaborada legislación que reguló el ejercicio de los profesionales sanitarios (médicos, cirujanos, barberos e, indirectamente, también apotecarios); en segundo lugar, el protagonismo del gobierno municipal de la ciudad de Valencia y del grupo social que lo dominaba —la minoría burguesa cristiana, mercantil y artesanal—, que ejerció una indiscutible hegemonía sobre el resto del territorio del reino y los restantes grupos sociales; en tercer lugar, el carácter exclusivista jugado por el título universitario —al menos en el texto legislativo—, no alcanzado en la misma época en ningún otro territorio de la Corona, ni en ningún otro territorio hispánico cristiano; en cuarto lugar, el que el control de la profesión médica, ejercido mediante la forma de examen a los profesionales que deseaban ejercer en la ciudad y reino de Valencia, se extendiese también de forma obligatoria a cirujanos y barberos; en quinto lugar, la explícita marginación de la mujer del ejercicio de la medicina e incluso de la confección y administración de medicamentos, permitiéndosele únicamente el cuidado de los niños y de las mujeres enfermos. Todo ello configuró un modelo de control profesional a cuyo través intentaremos aclarar la medicina en la Valencia cristiana.

Es obvio que las peculiaridades señaladas no surgieron espontáneamente y que la fecha de 1329 fue, a la vez que punto de partida, resultado final de un proceso propio. La Corona de Aragón apenas tenía cuarenta

(1) GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.; RUBIO, A. (1989, aceptada su publicación), *Licensing, Learning and Medical Practice in Fourteenth-Century Valencia*. Philadelphia (Transactions American Philosophical Society); *Idem* (en prensa), La regulación de las profesiones sanitarias en el siglo XIV: La peculiaridad de Valencia. En: *La medicina en el tiempo. Estudios en homenaje al profesor Luis Sánchez Granjel*. Salamanca.

años de experiencia legislativa en esta materia, desde que en 1289 las cortes, reunidas en Monzón, tradujeran en un texto legislativo sumamente escueto la preocupación de los grupos europeos más avanzados por el control profesional de médicos y cirujanos, inaugurada por Rogelio II de Sicilia hacia 1140. Una tradición que se puso en práctica en París desde, aproximadamente, el año 1220, y que se ejerció en Montpellier ya en 1239. La tardía fecha de 1289 no quiere decir que los monarcas aragoneses no tuvieran experiencia anterior al respecto. Por ejemplo, Jaime I, en 1272, se preocupó de atajar el intrusismo médico en Montpellier por parte de hombres y mujeres, tanto judíos como cristianos, que ejercían la medicina sin haber obtenido previamente el grado universitario y sin haber sido autorizados mediante examen.

Tanto en Italia, como en París, Montpellier, Monzón y, sobre todo, en Valencia, la *venia practicandi* estuvo íntimamente unida a la posesión de unos conocimientos médicos posibilitados por la extensión a toda la Europa latina de un *corpus* doctrinal médico fundamentalmente de origen salernitano. En este sentido, el texto de las cortes fue más allá de una mera norma jurídica: significó el primer reconocimiento público en los nuevos territorios de la capacidad de transformación social de la ciencia, concretamente de la medicina. La ciencia médica se convertía de este modo en garante de la salud, el bien máspreciado de los hombres, y un elemento importante de equilibrio social y de estabilidad de la cosa pública. El texto legal —con su reconocimiento expreso de la función social del médico universitario—, fue la expresión del despegue de la medicina científica (escolástica) en los nuevos territorios y de la extensión de su beneficio a toda la población, y no solamente a unos pocos privilegiados en torno a la corte real, principal logro del control de la profesión médica en la Europa latina con anterioridad al siglo XII (2).

Cuando se promulgó en 1329 la legislación valenciana, el mundo universitario europeo (Montpellier, Bolonia) había ya aceptado plenamente el estatuto de *scientia* para la medicina, e incluso ésta había reivindicado para sí una situación privilegiada dentro de las llamadas *artes liberales*; situación derivada del fin principal de la medicina consistente en restaurar la salud cuando se pierde y en conservarla cuando se posee. Desde el siglo XII —y especial-

(2) KIBRE, P. (1953), The Faculty of Medicine at Paris, Charlatanism and Unlicensed Medical Practices in the Later Middle Ages. *Bull. Hist. Med.*, 27, 1-20; GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.; RUBIO, A. (en prensa), *op. cit.* en nota 1.

mente a lo largo del XIII—, hay una creciente valoración positiva de la salud que pasó a convertirse, como más adelante veremos, en un objetivo social prioritario y en objeto de preocupación por parte de la minoría gobernante y amplios sectores de la población. Las discusiones de los maestros escolásticos durante los siglos XII, XIII y comienzos del XIV en torno al carácter o no de arte mecánica de la medicina, su situación en relación con la *physica* o ciencia natural, su condición o no de *scientia* y/o integrante de las artes liberales con sus distintos niveles de excelencias, no dejaron de tener repercusiones prácticas y sociales, que se tradujeron en una creciente estima de los estudios médicos universitarios, en el estatus alcanzado por el profesional de extracción universitaria, y en la adopción de un modelo de control profesional que utilizará los conocimientos médicos como indicador principal de idoneidad para la práctica médica (3).

El análisis de la parte médica de la legislación valenciana de 1329, nos permitirá acercarnos un poco más a varios aspectos del problema que estamos considerando. Bajo la rúbrica *De metges*, se ordenaron hasta siete disposiciones (4). Tres de ellas estaban directamente relacionadas con la forma de acceso al ejercicio médico mediante examen, tanto de médicos como de cirujanos y barberos (1a, 2a y 5a) y otra dedicada a la exclusión de la mujer de la práctica médica (3a). Las otras tres y la parte final de la primera, tenían que ver con aspectos concretos de la práctica diaria profesional:

1. La disposición inicial, dedicada en su mayor parte a establecer el sistema de examen y sus condiciones generales (control municipal del mismo, nombramiento de examinadores, ámbito geográfico de la medida, exigencias académicas, cuantía y retribución de la multa en caso de incumplimiento), introdujo en su última parte una interesante medida de carácter deontológico dedicada a impedir la dicotomía del pago del enfermo por el acto médico entre el médico y el apotecario.

2. La obligación que tenía el cirujano de escribir un informe pericial, cuando se le solicitase por la autoridad competente (disposición 4a), que técnicamente recibía el nombre de *desospitació*.

- (3) McVAUGH, M.; GARCÍA BALLESTER, L. (1989, aceptada su publicación), The Medical Faculty at early Fourteenth-Century Lerida. *History of Universities*; SIRAISSI, N. (1981), *Taddeo Alderotti and His Pupils. Two Generations of Italian Medical Learning*. Princeton, N. J., pp. 120 ss.
- (4) *Furs e ordinations fetes per los gloriosos Reys de Aragó als regnicols del Regne de Valencia*. Valencia, 1482. Rúbr. xvii, i. (Repr. facs. Valencia, 1978), pp. (209)-(210).

3. El juramento anual que todo profesional sanitario (médico o cirujano) debía hacer de no asistir a enfermo grave si éste previamente no había confesado, teniendo obligación el médico o cirujano de indagarlo (disposición 6a).

4. La exigencia de que las indicaciones terapéuticas se hicieran mediante receta, especificándose los distintos ingredientes (normalmente materia vegetal), no en latín, sino en su nombre «comú e vulgar», es decir, en catalán, para que fueran comprensibles por los apotecarios (disposición 7a).

5. Igualmente, quienes quisieran ejercer la cirugía, tendrían que someterse al examen de los examinadores médicos, si bien no se les exigía haber realizado estudios universitarios. La exigencia del control mediante examen se extendió también, como hemos indicado, a los barberos que practicasen la medicina o la cirugía.

## 2. EL DINAMISMO DE UNOS GRUPOS SOCIALES: LOS BARBEROS Y LOS CIRUJANOS

Esta última peculiaridad de los *Furs* valencianos se mantuvo a todo lo largo del siglo XIV respecto de los restantes territorios de la Corona de Aragón. Ya hemos señalado anteriormente la relación entre *medicinalis scientia y venia practicandi*. Es evidente que exigir a los *barbers* el rito del examen, cuyo contenido y técnica tienen presente lo que en la universidad escolástica se hacía, es reconocer su acceso a un nivel por encima del mero empirismo y validar positivamente el propio sistema de recluta y formación de profesionales *barbers* (*barbitonsores*), basado, al igual que en otras profesiones artesanales, en el *afermament* o relación contractual temporal (normalmente uno o dos años, pero a veces más) con un *barber* que se comprometía a enseñar el *ars seu officium barbitonsorie*. En efecto, hemos comprobado, a lo largo de los siglos bajomedievales el ejercicio regular de prácticas médicas y quirúrgicas por parte de los barberos, así como la posesión de literatura médica y quirúrgica por parte de éstos. Esto último nos habla, además, de la profunda y extensa penetración que consiguió la ciencia médica escolástica en la propia urdimbre social bajomedieval del país valenciano (5).

(5) GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M. (1988, en prensa), Nota sobre el control de la actividad médica y quirúrgica de los barberos (*barbers*, *barbitonsores*) en los *Furs* de

Resulta interesante verificar que cuando en 1239 el obispo y el *Studium* de Montpellier establecieron medidas de control profesional médico, utilizaron como elemento de control la *scientia* médica poseída y practicada por los candidatos. Las medidas sólo las aplicaron a los médicos, y excluyeron explícitamente de ellas a los cirujanos y, cuánto más, a los barberos (6). Pues bien, apenas cien años más tarde, en Valencia —área que caía bajo la influencia de los Estudios Generales de Montpellier y de Lleida— las medidas de control se extendieron también a los cirujanos y a los propios barberos, señal inequívoca de la penetración social de la ciencia médica, que —como veremos más adelante— se convertirá en un elemento de promoción social esgrimida precisamente por este grupo social.

Con la inclusión de los barberos en el proceso de control de las profesiones sanitarias, la sociedad valenciana intentó controlar a un grupo profesional numeroso y perfectamente definido que, al realizar tareas propias de médicos y cirujanos —es decir, diagnosticar y dar remedios, usando también del hierro, el cauterio y la sangría—, cumplían la función de paraguas sanitario de una masa importante de población. Ya hacia finales del siglo XIII los barberos poseían su propia organización gremial (7). En 1311 se constituyó la cofradía de barberos en Valencia (8), pero sin especificación de tarea formativa o asistencial alguna, sólo con fines religiosos y píos (caritativos), y separados de los cirujanos.

Durante los años treinta, los barberos representaban en la ciudad de Valencia casi un tercio de los profesionales sanitarios sobrepasando con mucho en número a los cirujanos, e igualándose con los apotecarios. Sin contar a estos últimos (si bien los apotecarios realizaban en ocasiones funciones médicas aun sin estar autorizados para ello), ellos solos se acercaban a la mitad (44,18 por ciento, en 1332) de los profesionales sanitarios recono-

---

valencia de 1329. En: *Homenaje al profesor Sebastián García Martínez*. Valencia; MARTÍNEZ GAZQUEZ, J.; GARCÍA BALLESTER, L. (1988, en prensa), *Las Epistulae de flebotomía y los calendaria en el galenismo práctico de los siglos XIII y XIV en la Corona de Aragón*. En: *Coloquio Internacional sobre Galeno y galenismo*. Madrid.

- (6) GERMAIN, A. (ed.) (1890) *Cartulaire de l'Université de Montpellier*. Montpellier, I, pp. 183-6 (1329, junio 15).
- (7) TRAMOYERES, L. (1889), *Instituciones gremiales. Su origen y organización en Valencia*. Valencia, pp. 123-4.
- (8) CARDONER, A. (1973), *Història de la Medicina a la Corona d'Aragó (1162-1479)*. Barcelona, p. 102; GALLEN, M. (1985), El gremi de cirurgians de València: el procés de constitució (1310-1499). *Afers*, 1, 249-269, p. 254. GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M. R. (1988) *op. cit.* en nota 5 (El documento está fechado el 9 kal. marzo, 1310).

cidos para ejercer tareas médicas o quirúrgicas con que contaba la ciudad. La relación casi a la par entre médicos (*físics*) y barberos (*barbers*) en los años 20-30 en Valencia se inclinará a favor de estos últimos a finales de los años cuarenta (1347), un año antes de la Peste Negra, en que había 12 médicos por 31 barberos. Pese a la fragmentaria información que poseemos para el resto del territorio valenciano, podemos asegurar la presencia del barbero con funciones asistenciales médico-quirúrgicas en todo núcleo urbano bajomedieval valenciano ya en los años del primer tercio del siglo XIV. El estudio de la comarca de Morella así nos lo permite afirmar. El *barber* constituiría la célula básica y primaria de una organización sanitaria ya bastante compleja al comienzo de los años treinta del siglo XIV, que se mantendría por todo el período bajomedieval (9).

No dudamos que la peculiaridad que venimos señalando para los barberos en la legislación valenciana, pudo ser un elemento de dinamización social en el complejo proceso de reivindicaciones socioprofesionales que sostuvieron los barberos, barberos-cirujanos y cirujanos de Valencia durante los siglos XIV y XV, especialmente manifiestas durante este último siglo. En efecto, en 1428 los cirujanos de Valencia consiguieron una consideración y protagonismo social semejante a los médicos, manifiesto en el logro de poseer examinadores propios, elegidos como los de los médicos desde 1329. El movimiento asociativo bajomedieval cristalizó antes entre los barberos y cirujanos de Valencia que entre los médicos. Desconocemos los motivos por los que estos últimos, en Valencia, a diferencia de sus colegas de Barcelona, no se constituyeron en *collegium*. Lo cierto es que en 1433 se creó —estando el rey en Morella— el colegio o gremio de cirujanos de Valencia, integrando también a los barberos, siendo Benet Fontanils y Pere Alfonso los principales representantes del colectivo sanitario (10).

Apenas veinte años después —en 1462—, el colegio consiguió una importante novedad: la institucionalización del doble proceso de adquisición de conocimientos y de práctica, mediante la creación de una escuela con una cátedra o *lectura*, y la obligatoria vinculación a ella para ejercer. Con ello se superó el nivel del sistema artesanal del *afermament*, ampliando al

(9) GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M. (en prensa), *op. cit.* en nota 5.

(10) GARCÍA BALLESTER, L. (1967), La cirugía en la Valencia del siglo XV. El privilegio para disecar cadáveres, de 1478. *Cuad. Hist. Med. Esp.*, 6, 155-171; GALLENT, M. (1980), *La asistencia sanitaria en Valencia. 1400-1512*. (Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Mecanografiada); *Idem* (1985), *op. cit.* en nota 8.

grupo de cirujanos-barberos el sistema propio de la institución universitaria (escuela-lector). Naturalmente se encargaron de su enseñanza médicos universitarios. En ello intervinieron el grupo más dinámico del *Consell* (de quien dependía la Escuela) y un núcleo de médicos universitarios (todos ellos *mes-tres en arts e medicina*), que iniciaron con este hecho su protagonismo en la medicina valenciana de la segunda mitad del siglo: unos, jóvenes (como Pere Pintor y Lluís Alcanyiz), otros de más edad (Jacme Quinzá y Lluís Dalmau). Este último, con experiencia en tales menesteres, pues había sido examinador real de las profesiones sanitarias en los territorios ultrapirenaicos de la Corona, fue el primer *lector* (11).

Apenas sabemos nada del funcionamiento de esta institución; pero que fue un centro activo y básico en la dinamización de la vida científica y social de los médicos-cirujanos-barberos valencianos, lo demuestran dos hechos:

El primero, el que el colegio de cirujanos, en 1478, solicitase del rey autorización para diseccionar un cadáver, con la finalidad expresa de

«poder ver con los propios ojos las partes internas y ocultas de los cuerpos... sobre las que asientan las enfermedades..., y con ello poder aplicar correctamente las medicinas y remedios» (12).

La importancia mayor representada por estos hombres y esta institución, fue que, por primera vez en la historia de la medicina de Valencia, aparecía el anuncio de una novedad metodológica que culminará en el siglo siguiente: la apelación al contacto con la realidad, mediante los sentidos, como fuente de conocimientos médicos, dejando de lado la primacía del conocimiento derivado sólo del contacto con lo contenido en los libros y elaborado por la lógica,

«(car) no's pot haver vera noticia per la lectura, ni per lo que entendre se pot de (la medicina i cirugia), tant quant farien els ulls corporals» (13).

(11) GARCÍA BALLESTER, L. (1967), *op. cit.* en nota 10.

(12) «Poder veure, saber tractar e provehir per los propis ulls aquelles coses ocultes e amagades dins los cossos mundanals..., veent los cossos en les parts de dins com stant organissats... per les quals por esser subvengut a tals malalties». GARCÍA BALLESTER, L. (1971), El privilegio concedido en 1478 a los cirujanos de Valencia para diseccionar cadáveres. *Actas III Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Valencia 10-12 abril 1969. Valencia, II, pp. 73-76, p. 75.

(13) *Ibidem*.

El segundo hecho es de tipo sociomédico. El *barber* valenciano que hizo del *studi e la pràtica* las armas para el ascenso social, pasó a llamarse *barber-cirurgià*, e inmediatamente *cirurgià*, y su actividad pasó de *offici* a *art*. Es decir, la técnica (*art*) —representada en medicina por la cirugía— se convirtió en un valor social positivo y en instrumento de dinamización social. Los barberos y cirujanos supieron hacerse imprescindibles en las continuas guerras (internas y con el exterior) que libraron los monarcas aragoneses y que los valencianos tanto padecieron. Con todo ello, los humildes *barbers*, situados en el primer escalón de los jerarquizados estamentos de la profesión sanitaria medieval, fueron escalando peldaños y obteniendo *molt honor e fama* (14); algo que les llevó a la reivindicación social, económica, profesional y científica.

La Escuela de cirugía se reestructuró en 1480 con el nombramiento de un claustro fijo de profesores (Francisc Borrell, Dionis Cervera, Ferrer Torrella «lo antich», Pere Pintor y Lluís Alcanyiz). Dicha medida se acompañó muy pronto, en 1486 (15) de otra, que, a imitación de la del doble monopolio (*venia docendi-venia practicandi*) ensayado para los médicos en los *Furs* de 1329, exigió como condición para ejercer la cirugía en Valencia, no sólo demostrar la idoneidad profesional y moral ante el tribunal médico de la ciudad, sino haber cursado un mínimo de cinco años en la Escuela de cirugía. Es obvio que esta medida estuvo destinada a asegurar la continuidad del *Estudi*, y la del poder del grupo de profesionales de Valencia que lo controlaban. Peligrosa medida que, si pudo ser estimulante al principio, daba pie a una endogamia profesional al impedir el posible aflujo de profesionales competentes del exterior, primando los intereses corporativistas locales sobre los científico-profesionales basados en la libre circulación de hombres y de ideas.

Con la decisión de 1486, se pasó de los tres años de *afermament* exigidos en la formación artesanal (1433), a los cinco, uno más de los exigidos a los médicos en 1329. Cinco años en que había que combinar la *theorica* con la *practica*. No conocemos los textos sobre los que apoyaban la enseñanza de ambas partes, si bien es muy posible que utilizaran, entre otros, la *Cirurgia* de Teodorico Borgognoni, en su versión catalana, a juzgar por la constancia de su presencia en las bibliotecas de médicos y cirujanos valencianos de la

(14) *Ibidem*.

(15) TORRE, A. DE LA (1926), *Precedentes de la Universidad de Valencia*. Valencia, GARCÍA BALLESTER, L. (1967), *op. cit.* en nota 10; GALLEN, M. (1985), *op. cit.* en nota 8.

época. Ahora bien, la utilización explícita de la expresión *theorica-practica* sugiere la adopción del esquema escolástico familiar a los médicos y cirujanos de formación universitaria (algo que se hacía normalmente en los Estudios Generales del norte de Italia). Nos permite también especular sobre la posibilidad de que se utilizasen partes del *Canon* de Avicena, concretamente los libros I (*theorica*) y IV (cirugía) (16). Recordemos que el concepto *practica*, en este contexto, no sugiere enseñanza hecha-con-las-manos, o junto a la cama de los enfermos; es tan teórica como la otra y sólo hace referencia al nivel de aplicabilidad de los remedios en las enfermedades o circunstancias concretas (17). Lo que hoy llamamos enseñanza práctica, aquella donde el estudiante adquiere la destreza mínima necesaria, también venía contemplada; debía hacerse bajo la tutoría de un maestro experimentado que, al final, garantizaba oralmente o por escrito, ante el tribunal, la experiencia adquirida. Un esquema docente en todo similar a lo que se hacía en las facultades de medicina. No es extraño, pues, que, en 1499, cuando el municipio propuso la creación de un Estudio General, incluyendo la medicina, se hiciera bajo la fórmula de nombrar *lector* de medicina y cirugía a Lluís Alcaniz, y se dieran unidas ambas partes de la medicina, muy de acuerdo con el modelo vigente en los estudios italianos (18), así como en Lleida (19).

Todo parece indicar que la conmoción producida por la peste de 1348 puso en marcha una política de ampliación de control a más profesionales sanitarios. Hasta ese momento, por ejemplo, los examinadores médicos nombrados por el *Consell* valenciano controlaban a médicos, cirujanos y barberos. Ahora se suman al control los *speciers* o apotecarios, los representantes de los cuales eran nombrados también por el propio municipio. Esta práctica la refrendó Martín I en los *Furs* de 1403. A finales de la primera mitad del siglo XV —concretamente en 1441—, cuando los *speciers* se constituyeron en *collegium* —siguiendo el movimiento asociativo o gremial bajomedieval—,

(16) SIRAI SI, N. (1987), *Avicenna in renaissance Italy. The «Canon» and Medical teaching in Italian Universities after 1500*. Princeton.

(17) McVAUGH, M. (1987), The Two Faces of a Medical Career: Jordanus de Turre of Montpellier. En: GRANT, E. y MURDOCH, J. E., *Mathematics and Its Applications to Science and Natural Philosophy in the Middle Ages*. Cambridge, pp. 301-324; SIRAI SI, N. (1987), *op. cit.* en nota 16.

(18) GARCÍA BALLESTER, L. (1967), *op. cit.* en nota 10.

(19) McVAUGH, M.; GARCÍA BALLESTER, L. (en preparación), *Practitioners and Medical Profession in Fourteenth-Century Crown of Aragon*. Desde hace cuatro años venimos trabajando en la preparación de este libro. En algunas de sus partes estamos todavía recolectando datos en los ricos archivos de la antigua Corona.

aceptaron este control de los médicos, pero consiguieron que los dos miembros apotecarios fueran elegidos anualmente, no por el *Consell*, sino por el *collegium* profesional. En muchas ocasiones —y por largos períodos de tiempo—, intereses puramente corporativistas de mantenimiento o incremento de privilegios prevalecieron sobre las medidas encaminadas a la mejora técnica y profesional de los miembros, y al mejor servicio de la comunidad en y de la que vivían (20).

### 3. HACIA EL RECONOCIMIENTO SOCIOPROFESIONAL DEL TÍTULO UNIVERSITARIO: VIEJA Y NUEVA POLÍTICA EDUCATIVA EN MEDICINA

La legislación valenciana de 1329 significó, al menos teóricamente, la definitiva sanción social del título universitario. En efecto, los nuevos *Furs* exigían como condición necesaria para poder pasar el filtro de los examinadores municipales, la posesión de la titulación universitaria. No se eximía del examen, que era teórico y práctico, a nadie por el hecho de poseer un grado universitario o haber sido ya declarado apto en otro lugar de la Corona de Aragón. Por ejemplo, el médico universitario Martí Seranyana (*fl.* 1388), de Xàtiva, tuvo que pasar el examen; igual el judío Vidal Albar (*fl.* 1390), pese a haber superado ya la prueba en Barcelona. Este requisito — el paso por una facultad de Medicina— no se exigirá en el resto de la Corona hasta 1359, no planteándose explícitamente en Barcelona hasta 1400-01, cuando Martín I creó un *Studium* de medicina en la ciudad condal; imposición real que fue protestada por el municipio y la propia organización colegial médica barcelonesa (21).

Con la fundación en 1300 de la Universidad de Lleida y sus estudios médicos, Jaime II, padre de Alfonso el Benigno, introdujo en la Corona de Aragón la revolución educativa que significó la universidad medieval. Convirtió los estudios superiores —entre ellos la medicina— en monopolio de Lleida, aplicando explícitamente el modelo de universidad preconizado en 1224 por el emperador Federico II, rey de Sicilia —conocido enemigo del

(20) GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.; RUBIO, A. (1989), *op. cit.* en nota 1.

(21) GARCÍA BALLESTER, L. (1982), Los orígenes de la profesión médica en Cataluña: el *Collegium* de médicos de Barcelona (1342). En: *Estudios dedicados a Juan Peset Aleixandre*. Valencia, II, 129-155.

modelo abierto de enseñanza—, pero especialmente el de Bolonia (22). De ahí a exigir el título universitario para el ejercicio de la medicina no había más que un paso. Los reinos hispánicos siguieron el principio de «un reino—una universidad» (23). En este sentido, la estructura política de la Corona de Aragón se prestaba bien a una racional provisión de profesionales universitarios por sus distintos reinos. De hecho, a lo largo del siglo XIV asistimos a la creación —o intentos de creación— de Estudios Generales (universidades) por todos los territorios de la Corona. Montpellier quedaba lejos y pasó, a la muerte de Jaime I, a depender del pequeño reino de Mallorca y, más tarde, de Francia. Sin embargo, mantuvo su influencia sobre el nuevo reino valenciano y sobre Lleida (24). En efecto, tras Lleida, se creó el Estudio de Perpignan para los territorios ultrapirenaicos (Rosellón y Cerdaña) en 1350; la burguesía que gobernaba Zaragoza lo solicitó en 1346 pero, de hecho, el rey creará el Estudio General para Aragón en Huesca en 1354; en 1245, el Estudio General para Valencia —los nuevos territorios del sur— no pasó de mero proyecto, fracasando un nuevo intento en 1373, protagonizado por el médico Pere Figuerola; en 1400 se creó el Estudio para artes y medicina en Barcelona, por el empeño del rey, pese a la resistencia de la burguesía barcelonesa. Ya hemos visto que en 1462 se creó el Estudio de cirugía en Valencia, de la mano de los cirujanos-barberos, con el apoyo de lo mejor del *Consell* y de los médicos de la ciudad. Era natural este movimiento, cuando todas las medidas introducidas a lo largo de los siglos bajomedievales coincidían en exigir unos conocimientos científicos y un entrenamiento práctico a quien deseara ejercer la medicina o la cirugía. Y más cuando las fronteras de los territorios se iban extendiendo hacia el sur, y los reyes y los municipios deseaban mantener una autonomía en la provisión de profesionales idóneos (25), como recuerda el municipio valenciano al rey en 1498 (26).

Es evidente que los *Furs* de Valencia quisieron moldear la realidad socio-médica sobre nuevas bases. Pretendieron barrer un orden antiguo basado

- (22) RASHDALL, H.; POWICKE, F. M.; EMDEN, A. B. (1936), *The Universities in Europe in the Middle Ages. II.*, London, pp. 91 ss.; VINCKE, J. (1942), *Die Hochschulpolitik der aragonesischen Krone im Mittelalter*, Braunsberg.
- (23) GARCÍA BALLESTER, L. (1987), Medical Science in Thirteenth-Century Castile. *Bull. Hist. Med.*, 61, 183-202.
- (24) McVAUGH, M.; GARCÍA BALLESTER, L. (1989), *op. cit.* en nota 3.
- (25) GARCÍA BALLESTER, L. (1988, en prensa), La medicina en la España cristiana bajomedieval. En: JOVER, J. M., *Historia de España*. Madrid.
- (26) GALLENT, M. (1980), *op. cit.* en nota 10.

en la libertad de enseñanza y el sistema abierto, que si pudo ser estímulo al principio como reclamo de profesionales sanitarios, de hecho facilitaba la proliferación de profesionales de difícil control; algo al servicio de unos intereses en completo desacuerdo con las necesidades científicas, sanitarias y asistenciales de una sociedad en desarrollo; algo que, desde luego, preocupó a las autoridades valencianas durante los siglos bajomedievales, como demuestran las continuas medidas para atajar el intrusismo.

La libertad de enseñanza venía avalada por una doble tradición en los territorios valencianos: por una parte, la que arrancaba para Valencia de los viejos *Furs* (mediados del siglo XIII) de Jaime I, que muy explícitamente afirmaban que

»tot clergue o altre hom pusque franchament e sens tot servii e tribut tenir estudi... de física (= medicina)...en tot loch per tota la ciutat» (27)

por otra, la que se apoyaba en el modelo árabo-judío de transmisión de conocimientos, plenamente coincidente con este contenido de los *Furs* de Jaime I. Lo cierto es que esa libertad de enseñanza, dio lugar a la existencia de dos tipos de profesionales médicos en Valencia: de una parte, los que habían adquirido su formación en una facultad de Medicina y poseían, por tanto, un grado universitario (bachiller, licenciado, maestro), y, de otra, quienes se habían formado de acuerdo con el modelo abierto de enseñanza. Los *Furs* valencianos de 1329 pretendieron acabar con esta doble presencia de profesionales. Podemos adelantar que no lo consiguieron. Ahora bien, ello generará tensiones en las relaciones internas de los propios médicos, entre éstos y el municipio, y entre el municipio y la Corona; tensiones que se mantuvieron durante todo el período bajomedieval —especialmente durante el siglo XIV—, y a las que no permaneció ajena la iglesia valenciana, que consideró el problema de la enseñanza como cosa propia(28).

Tanto en Valencia como en el resto de la Corona de Aragón, la vieja tradición del sistema abierto no llegó a ser totalmente suprimida por la novedad que representó la formación universitaria. Pese a la solemne sanción social del título universitario hecha por los *Furs* de Alfonso el Benigno, que a

(27) COLON, G.; GARCÍA, A. (eds.) (1970). *Furs*, lib. 9, rub. 32, c.17. Barcelona.

(28) GARCÍA BALLESTER, L. (1976), *Historia social de la medicina en los siglos XIII al XVI*. Madrid, pp. 27 ss.

*fortiori* llevaba aneja la revocación de la libertad académica preconizada por los *Furs* de Jaime I, ésta continuó vigente. Este último criterio era el dominante en Cataluña y quedó claro en la hostilidad manifestada en 1311 por el *Consell de Cent* de Barcelona y la organización médica de la misma ciudad, a la pretensión de la recién fundada facultad de Medicina de Lleida de ejercer el monopolio de la enseñanza médica. Hostilidad nuevamente expresada en 1340. Quedó todavía más claro en 1401 cuando Martín I creó el «Estudio General de Medicina» en Barcelona y pretendió, además, exigir el título universitario como condición necesaria para ejercer la medicina. Esta pretensión del rey fue rechazada de plano tanto por el municipio como por la asociación médica gremial, dando origen a una serie de tensiones (29). Tampoco en 1400, el clima de Valencia era propicio para el doble monopolio defendido por los universitarios y los *Furs* (1329): el *Consell* valenciano volvió a reivindicar el sistema abierto de los viejos *Furs* de Jaime I, dejando en letra muerta lo planteado en 1329 (30).

En la Valencia cristiana se mantuvo, pues, vigente la libertad en materia de enseñanza médica, revalidada por los reyes y el propio municipio valenciano, y quizás estimulada por el ambiente intelectual que caracterizó a esta ciudad, especialmente durante la segunda mitad del siglo XIV. En efecto, Pedro el Ceremonioso, en 1369, concedió a Berenguer Fluvià el privilegio de enseñar la doctrina luliana, tanto en medicina y cirugía como en filosofía y astronomía, y de conferir la maestría a quienes hallase capaces; y Juan I, en 1392, concedió privilegio semejante al médico y cirujano valenciano Francesc Surià (31).

El lulismo, que aportaba una visión propia y total del hombre y de las relaciones de éste consigo mismo y con su entorno —como toda doctrina medieval—, vehiculó también una medicina y cirugía insertas en una cosmovisión peculiar. Este movimiento tuvo especial fuerza y penetración en la sociedad valenciana de la segunda mitad del siglo XIV y gozó de gran predicamento en el grupo médico de la ciudad de Valencia, hasta tal punto que Pere Gironés, que actuó repetidas veces como *examinador de metges* para todo el reino entre 1380 y 1392, fue uno de los *cap d'escola* del lulismo valenciano; lulista fue también el prestigioso médico Pere Figuerola, asimismo *examinador*, coincidiendo en esta función con Pere Gironés en 1393. Ambos tuvieron

(29) GARCÍA BALLESTER, L. (1982), *op. cit.* en nota 21, pp. 129 ss.

(30) GARCÍA BALLESTER, L. (1976), *op. cit.* en nota 28, p. 27.

(31) *Ibidem*, p. 26, n. 36.

un activo protagonismo en los graves e interesantes incidentes entre la ciudad de Valencia y el inquisidor Eimeric, en el intento de éste de condenar como herética la cosmovisión luliana. Los aspectos médicos de la misma no están suficientemente estudiados, y las fuentes son escasas, e inexistentes por lo que respecta a las elaboraciones médicas del lulismo valenciano. Un interesante artículo de Michela Pereira ofrece claves sugestivas para un primer acercamiento al lulismo médico. Una de ellas sería la estrecha relación medicina-astrología defendida por Llull; relación muy querida por los médicos valencianos universitarios del momento. Otro factor sería la simplificación racional a que sometió Llull la escolástica, y su insistencia en el binomio analogía-experiencia como arma intelectual y explicativa. No cabe duda, que ello pudo contribuir a la popularización del lulismo entre los grupos médicos, por la accesibilidad intelectual y el carácter práctico y directamente aplicado de dichos elementos (32). No sabemos todavía qué repercusión tuvieron estos fenómenos sociomédicos en el problema monopolio académico *versus* libertad académica; aquél estaba representado por la universidad con una concreta ortodoxia académico-escolástica (léase *Canon* de Avicena, obras de Galeno y de otros autores clásicos, más los resultados de su discusión y comentario); la libertad académica encubría fenómenos como el lulismo médico, tan interesante como poco o nada conocido(33). La introducción de la nueva universidad fue, de hecho, una acción de cristianización. Se pretendió garantizar no sólo la posesión de unos conocimientos médicos, dentro del ambiente de gran prestigio y euforia de que gozaba la institución universitaria por esta época, sino también la marginación del modelo abierto altomedieval y árabo-judío, a cuyo cobijo se formaban los profesionales *iudei, sarraceni et apostate*, a los que con tanto desprecio denunciaban en 1356 los médicos y cirujanos valencianos aprobados *secundum formam fori Valentie* (34). La universidad, con el reconocimiento oficial y operativo de su título, ejercía su acción ordenadora de la realidad sociomédica, a la vez que extendía la influencia cristiana en una sociedad en la que, no lo olvidemos, había una mayoría musulmana, y el médico judío y musulmán no dejaban de tener cierta presencia.

(32) PUIG I OLIVER, J. DE (1980), El procés dels lulistes valencians contra Nicolau Eimeric en el marc del Cisma d'Occident. *Bol. de la Soc. Cast. de Cult.*, 56, 319-463. PEREIRA, M. (1979), Le opere mediche di Lullo in rapporto con la sua filosofia naturale e con la medicina del XIII secolo. *Estudios Lulianos*, 23, 5-35.

(33) GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.; RUBIO, A. (1989), *op. cit.* en nota 1.

(34) LÓPEZ DE MENESES, A. (1952), Documentos culturales de Pedro el Ceremonioso. *Estudios de Edad Media de la Corona de Aragón*, 5, p. 701, doc. 37.

La Iglesia como institución colaboró también en la configuración de la profesión médica tal como ésta vino definida por los *Furs*; es decir, apostó por el médico universitario. Lo hará mediante todos los medios a su alcance, desde la confesión (eficaz instrumento de control social en la sociedad medieval) (35), hasta la predicación (quizás el más eficaz e influyente). Veamos estos aspectos un poco más detenidamente.

Cuando los *Furs* de 1329 intentaron reglamentar algunos de los aspectos de la relación médico-enfermo, centraron su atención en los enfermos graves, y en la obligación que los médicos y cirujanos tenían de llamar previamente al confesor o bien de advertir al paciente de la necesidad que tenía de confesarse. En una sociedad como la cristiana medieval, la preocupación por la salvación del alma del enfermo formaba parte también de la actividad médica y, en este sentido, era un capítulo más de la deontología médica. Ahora bien, la redacción de este aspecto en los *Furs* valencianos de 1329 dulcificó un poco lo ya recogido en los viejos *Furs* de Jaime I, los cuales no fueron —en este tema— sino la aplicación directa del canon 22 (*Cum infirmitas*) del Concilio Lateranense IV (1215), donde se mandaba que los médicos debían «persuadir e inducir» a los pacientes a la confesión. Como es sabido, este canon se incorporó a la codificación eclesiástica, concretamente a las *Decretales*, en 1234. El hecho de que los *Furs* recogieran este punto, no fue sino el eco legal del conflicto —ya antiguo en la Iglesia pero que se agudizó en los siglos XII-XIII— entre el interés del médico por la salud del cuerpo, y el interés de la Iglesia por la salud del alma. Este aspecto será recordado por San Vicente Ferrer en sus sermones:

...Moralment, que quam lo metge deu pendre en cura hun hom, primo lo deu confessar; e sóno tenguts fer, car axí.u diu la decretal *Mandamus*, etc., e per ço pecque mortalment si fa lo contrari (36).

El carácter definitivamente laico que fue tomando la profesión médica —consolidada precisamente en estos siglos bajomedievales— y un proceso paralelo de diferenciación socioprofesional, hará que se llegue a un *modus vivendi* expresado en esas disposiciones de los *Furs*. No es nuestro propósito ahora analizar con detalle este aspecto de la confesión en la relación

(35) TENTLER, Th. N. (1977), *Sin and Confession on the Eve of the Reformation*. Princeton, p. xv.

(36) SANCHIS SIVERA, J. (1932), *Sant Vicent Ferrer. Sermons*. Barcelona, I, 209.

médico-enfermo, y las implicaciones sociomédicas a que ello dio lugar en una población, como la de Valencia, en la que había importantes minorías musulmana y judía, y profesionales —médicos y cirujanos— pertenecientes a estas minorías.

Es otro aspecto de la confesión sobre el que queremos ahora llamar la atención: su papel como refuerzo indirecto de la exigencia de estudios universitarios para el ejercicio médico, implantada por las autoridades civiles (municipio, rey). Como es sabido, la Iglesia, a lo largo de los siglos XII y XIII, hizo un esfuerzo por uniformar la práctica religioso-social en la Europa cristiana, intentando reducirla a leyes. De hecho, la primera colección oficial de leyes (*canones*) con carácter universal fueron las *Decretales* del papa Gregorio IX (1234). En ellas, además de establecer la norma de la confesión anual bajo pena de excomunión (recordemos lo que ello significaba en una sociedad religiosa como la medieval), inducía al confesor a inquirir todas las circunstancias y características del pecador y del pecado. Ésta y otras recomendaciones semejantes provocaron en los años siguientes una literatura religiosa de tipo práctico destinada a la formación de los confesores, y a su ayuda en las distintas situaciones que una sociedad crecientemente compleja y cambiante les planteaba. Estas guías o manuales se llamaron *Summae confessorum*. En ellas se exhortaba a penetrar mediante la confesión en cualquier aspecto de la vida diaria. Nada caía fuera de la confesión, desde los aspectos domésticos y más íntimos, hasta los propios de la vida económica y social. Naturalmente, también los propios de las distintas profesiones o actividades, entre ellas la medicina y los médicos. En uno de estos manuales, redactado en el primer tercio del siglo XIV (*Summa de casibus conscientiae*), se subrayaba muy expresamente la responsabilidad pecaminosa del médico «que pretende ejercer su profesión desconociendo la ciencia médica» (37). En la terminología desarrollada por la moral escolástica, esta ignorancia previa del médico o del cirujano, es calificada como *culpa ante factum*. Ahora bien, el propio manual introduce una doble distinción que refuerza aún más la necesidad de un adecuado aprendizaje por parte del profesional médico; aprendizaje que, de acuerdo con la terminología utilizada, no puede hacerse sino en los nuevos ambientes universitarios. Esta

(37) Véase, AMUNDSEN, D. W. (1981), Casuistry and Professional Obligations: the Regulation of Physicians by the Court of Conscience in the Late Middle Ages. *Trans. & Studs. of the College of Physicians of Philadelphia. Med. & Hist.*, 3, 22-39,93-112. La *Summa confessorum* a que aludimos —recogida por D. W. AMUNDSEN— es: ASTESANUS DE ASTI (1478), *Summa de casibus conscientiae* (c. 1317), Venecia (en adelante, *Astesana*).

doble distinción es la *culpa in facto* y la *culpa post factum*. En la primera incurre el médico o el cirujano, «cuando no sigue las tradiciones de la técnica médica (*ars*), y realiza arriesgadas iniciativas» (38); la segunda es achacable a aquellos profesionales que, «si bien debidamente formados y tras un (diagnóstico) y prescripción adecuados, no siguen la evolución del paciente con diligencia» (39). La *culpa ante factum* fue expresamente esgrimida por el franciscano Eiximenis para condenar a quienes ejercían la medicina sin los conocimientos técnicos adecuados (*no sabent lo art*), a los cuales considera homicidas si su actividad produjera la muerte a alguien:

Quartament, és dit home qui fa per que altra mor, axí com aquell qui follament de alt gita pedra, o qui mal ferma lo batayll de la campana qui caent mata a algun. E aquell qui.s fa metge e, no sabent la art, dóna medicines o conscyll per les quals coses lo pacient mor (40).

Ello dará, por otra parte, respaldo moral a toda una práctica jurídica de defensa de los pacientes, en virtud de la cual, durante los siglos bajomedievales, se fue configurando una *praxis* jurídica que intentó delimitar las responsabilidades del profesional sanitario en su práctica médica o quirúrgica, así como defender al enfermo de una medicina y/o cirugía técnicamente cada vez más agresiva. Esta será una de las funciones sociales de la llamada *desospitació* o peritaje médico, que proveyó a la justicia bajomedieval de ajustados informes técnicos acerca de las posibles consecuencias penales derivadas de una inadecuada relación médico-enfermo (41). Los *Furs* de 1329 comprometieron a los médicos y cirujanos en esta actividad médico-jurídica, que basó su legitimidad —entre otros puntos— en el saber médico y quirúrgico elaborado en las aulas universitarias. Con ello, se fueron aportando elementos que contribuyeron a ir tejiendo el conjunto de deberes y derechos configuradores todos de un modelo sanitario-asistencial en formación.

(38) *Astesana* (c. 1317), 6.14.

(39) *Ibidem*, 6.16 y 6.14. Es interesante la exhortación a la prudencia en los tratamientos médicos. AMUNDSEN, D. W. (1981), *op. cit.* en nota 37, p. 30.

(40) NACCARATO, F. (1981), *Francesc Eiximenis. Lo libre de les dones*. Barcelona, II, p. 306.

(41) GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M. (en curso), El recurso a la medicina como instrumento de ordenación social: la práctica de la *desospitació* en la Corona de Aragón durante el siglo XIV.

A través de estos recursos —confesión/predicación— (tenemos textos de Ramón de Penyafort, Francesc Eiximenis, Vicent Ferrer, Antoni Canals), la Iglesia hizo del adecuado aprendizaje científico y técnico, adquirido en la institución universitaria escolástica, no sólo algo deseable, sino que lo convirtió en imperativo moral para el médico (42).

Por otra parte, el alto clero valenciano, en los años del siglo XIII que siguieron a la conquista, fue sensible a las llamadas *quaestiones naturales* (una de las cuales era la medicina/cirugía). Recordemos que el obispo de Valencia, Andrés Albalat (1248-76), dominico, fue quien estimuló a Teodorico Borgognoni —también dominico— para que escribiera su extenso tratado de cirugía hacia 1275, y fue él también quien, probablemente, lo introdujo en los reinos hispánicos a través de Valencia (43). Como ya hemos dicho, fue también en Valencia traducido al catalán, hacia 1305, por el cirujano mallorquín Guillem Correger (fl.1288-1309), habitante por entonces en la ciudad de Valencia (44); su sucesor en la sede valentina, Jaspert de Botonach (1276-88), mantuvo buena relación con Arnau de Vilanova, quien le dedicó su pequeño opúsculo *De improbatione maleficorum* (45).

Con todo ello, no se hacía sino ser consecuente con el indiscutible liderazgo intelectual que sobre este aspecto —la especial atención hacia las *quaestiones naturales* y, sobre todo, la medicina— ejercieron los dominicos y franciscanos. Recordemos los nombres de los franciscanos ingleses Rogerio Bacon (c.1219-c.1292) y Bartolomé Anglico (fl.1230-1267), del dominico flamenco Tomás de Cantimpré (c.1186-c.1294), del dominico alemán Alberto Magno (c.1200-1280), de los franciscanos castellanos Pedro Gallego (m. en 1267) y Juan Gil de Zamora (c.1230-c.1320), o del franciscano catalán Pere Tomás (fl.1307). La apuesta que hizo la Iglesia, a lo largo del siglo XIII, por la utilización del paradigma aristotélico a la hora de pretender explicar la realidad tanto del macrocosmos como del microcosmos humano, con su dualidad inseparable alma/cuerpo—, exigió el fortalecimiento de la institu-

- (42) GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.; RUBIO, A. (1989, en prensa), *op. cit.* en nota 1.
- (43) GARCÍA BALLESTER, L.; GIL, P.; VAZQUEZ, C. (1988, en prensa), La práctica médica en la Castilla del siglo XIV. Un tratado desconocido escrito por un médico judío toledano. *Anuario de Estudios Medievales*.
- (44) CONTRERAS, A. (1986), *Las traducciones catalanas de la «Cirurgia» de Teodorico Borgognoni. Lib. I*. Santander (Tesis de Licenciatura. Universidad de Cantabria. Mecanografiada).
- (45) PANIAGUA, J. A. (1969), *El Maestro Arnau de Vilanova, médico*. Valencia; BURNS, R. I. (1967) *The Crusader Kingdom of Valencia*, 2 vols., Cambridge, Mss.

ción universitaria como foro originario de discusiones (las *quaestiones naturales*), y también de pautas intelectuales con evidentes repercusiones prácticas, como la que estamos comentando, de fuerte vigencia en la sociedad valenciana del siglo XIV. No es momento de entrar ahora a discutir los recursos intelectuales de todo tipo que utilizó la Iglesia y sus hombres para transmitir hasta lo más profundo de la urdimbre social lo que se gestaba y discutía en el aparente aislamiento de los Estudios Generales o Universidades. Algunos han quedado esbozados aquí (confesión, predicación), otros exigieron la aparición de nuevos géneros literarios intermedios entre el tratado doctrinal académico y la reflexión moral operativa del sermón; nos referimos a las llamadas «enciclopedias científicas» o escritos misceláneos sobre las propiedades o naturaleza de las cosas (*De rerum natura*, *De proprietatibus rerum*). Todos los dominicos y franciscanos citados anteriormente estuvieron implicados en sendas «enciclopedias», más o menos extensas, o en compromisos concretos relacionados con *quaestiones naturales*. Quedan también por contestar una serie de preguntas: ¿por qué hizo la Iglesia esa apuesta por los escritos científicos de Aristóteles centrando en torno a ellos la preocupación por las *quaestiones naturales*?, ¿por qué éstas adquirieron tal vigencia social a lo largo de los siglos XIII y XIV?, ¿por qué la universidad se convirtió en el foro idóneo intelectual y comenzaron a tener vigencia social tanto sus hombres como el producto mismo intelectual —junto con los recursos técnicos, como en el caso de la medicina—, que éstos elaboraban? Son preguntas cuya respuesta trasciende el objetivo de este panorama de la medicina en el País Valenciano bajomedieval; pero quisiera que estuvieran presentes —como un elemento más de complejidad— en el intento que estamos haciendo por ofrecer lo que la medicina (en todos, o en parte, de sus aspectos) fue en esa parte del Mediterráneo occidental (46).

No creamos que, por lo que anteriormente hemos dicho sobre la concesión de licencias por los reyes a médicos fuera del control del municipio valenciano, los monarcas aragoneses fueran indiferentes al problema que estamos considerando. Al contrario, la familia real, en general, fue muy sen-

- (46) GARCÍA BALLESTER, L. (dir.) (1974), «*De natura rerum*» (lib. IV-XII) por Tomás de Cantimpré. «*Tacuinum sanitatis*». Códice C-67 (fols. 2v-116r) de la Biblioteca Universitaria de Granada. 2 vols., Granada; GARCÍA BALLESTER, L.; DOMINGUEZ, A. (en prensa), *La «Historia naturalis» de Juan Gil de Zamora (c.1230-c.1320)*. Edición crítica con introducción, traducción castellana y notas. Barcelona; para las relaciones de fray Pere Tomàs con problemas médicos, véase PERARNAU, J. (1982), *Activitats i formules supersticioses de guarició a Catalunya en la primera meitat del segle XIV*. *Arxiu de Textos Catalans Antics*, 1, 47-78, pp. 60-61.

sible y ejerció un auténtico patronazgo sobre la medicina, especialmente la universitaria. Unos monarcas más que otros, fueran de una dinastía o de otra: desde Jaime I hasta Alfonso V y Fernando II; pero especialmente Jaime II (de hecho su hijo Alfonso no hace sino ser consecuente con su política), auténtico patrón de Arnau de Vilanova, fundador del Estudio de Lleida y lector insaciable de obras médicas (47).

#### 4. LA FORMACIÓN DE LOS SANADORES CRISTIANOS Y EL CONTROL SOCIAL DE LA PROFESIÓN MÉDICA

El análisis del contenido del examen cuya superación permitía el ejercicio de la medicina, y la forma de realizarlo, nos arrojará luz sobre la formación médica de los profesionales que lo superaban, así como sobre los resortes que puso en marcha la sociedad valenciana bajomedieval para garantizar la pericia de sus sanadores.

Tanto el contenido como la forma del examen estaban diseñados en función del tipo de profesional médico suministrado por la institución universitaria escolástica, con un rechazo explícito del profesional surgido del modelo abierto, formado de acuerdo con otras pautas de transmisión-adquisición de conocimientos médicos, si bien el contenido de éstos tendió a unificarse en virtud de los continuos flujos y reflujos que alimentaban la intercomunicación científica entre los miembros ilustrados de las distintas comunidades (p.e. las traducciones árabo-latino/hebreas, latino/romances). A este examen debían someterse —ya hemos visto— *todos* los que deseaban ejercer, tuvieran o no grado universitario, fueran judíos, musulmanes o cristianos. Dejemos de lado las excepciones. El tribunal, a partir de mediados del siglo XIV, estuvo formado por miembros cristianos, aunque en alguna ocasión —excepcionalmente— se detecta la presencia de miembros de las minorías judía o mudéjar cuando el candidato pertenece a una de ellas. Ello convertirá al ritual mismo del examen —modelado, como decimos, de acuerdo con el patrón universitario cristiano— en un interesante instrumento de aculturación para los miembros de esas minorías que deseaban —o les exigían— una legitimación social de su actividad médica. El no hacerlo les situaba automáticamente en la gran masa de marginados que pobló las ciudades y campos bajomedievales. Evidentemente cumplían una

(47) McVAUGH, M.; GARCÍA BALLESTER, L. (1989), *op. cit.* en nota 3; GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.; RUBIO, A. (1988, en prensa), *op. cit.* en nota 1.

función social —pues continuaban practicando como sanadores—, pero su actuación era perseguida por los detentadores del poder, que habían dictado sus reglas del juego. Unas reglas pensadas para un modelo de profesional médico generado por la cultura cristiana.

El procedimiento seguido en la concesión de las licencias se mantuvo, más o menos invariable, en Valencia, a lo largo de los siglos bajomedievales (48). Ante el *justicia civil* —que encarnaba la autoridad municipal—, o su asesor, se presentaba el solicitante, que llevaba ya consigo una carta de los examinadores dirigida a aquél, en la que, tras consignar el resultado del examen, se pedía la concesión de la licencia para ejercer en la ciudad de Valencia y lugares de su reino. Naturalmente, esto fue una fuente de tensiones entre el rey y el municipio, y entre distintos municipios del reino. A continuación, el *justicia* hacía prestar juramento al solicitante de que usaría rectamente de su arte o ciencia y de que observaría lo preceptuado en la legislación general. Si las hubiere, también debía comprometerse a cumplir las condiciones impuestas por los examinadores en su actuación profesional (sólo ejercer la cirugía menor, limitación en el campo de la prescripción medicamentosa, restricciones en la visita a determinados enfermos o enfermedades, limitaciones temporales de ejercicio, etc.). El juramento se pronunciaba tocando al mismo tiempo, físicamente, con la mano derecha, el texto sagrado, excepto si se era musulmán, en cuyo caso se giraba el rostro hacia el sur (*migjorn*) en dirección teórica de la Meca. Si se trataba de un judío, se hacía sobre el Antiguo Testamento; si el aprobado era musulmán, juraba por Dios y el Corán, tal como ordenaban los preceptos musulmanes, tanto los religiosos (*zuna*) como los civiles (*xara*); si era un cristiano, juraba sobre los Evangelios. Después de todo ello, el *justicia*, o su asesor, expedía la licencia propiamente dicha, es decir, un documento dirigido a las autoridades del reino dándoles cuenta de la idoneidad demostrada por el individuo en cuestión, y pidiéndoles que no impidan o pongan trabas al mismo en la práctica de su profesión.

La prueba pretendía conocer hasta qué punto el candidato estaba formado en los llamados *principis de la ciència de física* (= medicina), y si estaba versado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades concretas y más

(48) GARCÍA BALLESTER, L.; RUBIO, A. (1985), L'influence de Montpellier dans le contrôle social de la profession médicale dans le Royaume de Valence au XIVe. siècle. En: *Histoire de l'École Médicale de Montpellier. Actes du 110e. Congr. Nat. des Soc. Savantes*. Paris, II, 19-30.; GALLENT, M. (1980), *op. cit.* en nota 10.

habituales, objeto de su práctica médica diaria, así como si demostraba una mínima pericia en las técnicas quirúrgicas, si utilizaba la cirugía como arma terapéutica. Para conocer esto último, los examinadores no dudaban en plantear un caso práctico al candidato; por ejemplo, en 1390, los examinadores Bernat d'Artesa y Gabriel Dezcortell, *mestres en arts e medicina*, sólo dieron la licencia al cirujano Toríbio Gosálvez, tras realizar éste, en presencia de aquellos, una operación de hernia a un muchacho de *Novalixes, terme de Exèrica*. La prueba también investigaba la idoneidad moral del candidato (49).

Todo parece indicar que la prueba giraba en torno al binomio *lectio-quaestio*. No nos hemos de extrañar de ello, pues toda la pedagogía medieval médica se basó en la lectura técnica (*lectio*) de los textos que constituían la base de la enseñanza; textos concretos de Galeno, de Hipócrates, de Joannitius, de Avicena, de Haly Abbas, y más modestos, como algunos de los que formaban parte de la llamada *Articella*, pequeños y prácticos trataditos semiológicos sobre el pulso o la orina. El concepto de *lectio* en esta época de la escolástica médica, muy amplio, comprendía desde la mera explicación de frases o palabras, y análisis de significaciones, hasta la más profunda de las exégesis. La *lectio*, pues, poseía una gran elasticidad (50). En este contexto, era natural que en la lectura del texto médico, surgiera un concepto, un razonamiento, una terapéutica concreta, que diera base para lo que técnicamente se conocía en el argot escolástico con el nombre de *quaestiones et responsiones* (preguntas y respuestas) —como nos dice un documento de 1386—, algo con cierto parecido al actual sistema de «elección múltiple», pero oral(51).

Los médicos estaban familiarizados (al menos los que tenían estudios universitarios y los que tenían acceso a las obras médicas) con cuatro tratados de carácter general y de muy distintas extensión y complejidad, donde de forma integrada estaban contenidas desde las materias bionómicas (anatomofisiología) hasta la patología médica y terapéutica; eran éstos: el *Colliget* de Averroes, el *Canon* de Avicena, el *Pantegni* de Haly Abbas y la *Isagoge* de Joannitius. También lo estaban con otros tratados de Galeno, como el *De morbo et accidenti*, el *De differentiis febrium* y el *De ingenium sanitatis* (*De methodo*

(49) GARCÍA BALLESTER, L.; RUBIO, A. (1985), *op. cit.* en nota 48.

(50) CHENU, M. D. (1954), *Introduction a l'étude de Saint Thomas d'Aquin*. 2em. ed., Montreal-Paris, pp. 67 ss.

(51) GARCÍA BALLESTER, L.; RUBIO, A. (1985), *op. cit.* en nota 48, pp. 19 ss.

*medendi*); así como con el manual de patología especial de Avenzoar, el *Teysir*. El primero de los escritos de Galeno es el título con que se conoció en los ambientes médicos árabes y latinos medievales una extensa obra de patología y clínica que, en realidad, era la suma de cuatro importantes escritos galénicos (*De morborum differentiis*, *De morborum causis*, *De symptomatum differentiis* y *De symptomatum causis*); el segundo es un elaborado compendio de semiología clínica, y el tercero, el gran tratado galénico de terapéutica general y especial. A ello hay que sumar el núcleo del *corpus* de obras galénicas (exceptuada su gran obra anatómica *De anatomicis administrationibus*, no fue conocida de los medievales), que casi en número de cincuenta se introdujo en los círculos académicos de Montpellier y del Norte de Italia en los años ochenta del siglo XIII. Este conjunto de obras, que formará lo que se conoce con el nombre de «nuevo Galeno» fue la base sobre la que se apoyó una importante reforma que renovó los estudios médicos europeos en los años iniciales del siglo XIV. Reforma, que, como luego veremos, fue protagonizada en Montpellier (1309) por Arnau de Vilanova (52).

Estas obras no podían separarse de lo que se conocía con el nombre de *Articella*, un conjunto variable de escritos médicos en torno a un núcleo inamovible constituido por la *Isagoge* de Joannitius, al que se le fueron añadiendo los *Aphorismi* y *Pronostica* hipocráticos y breves escritos semiológicos sobre el pulso y la orina, posteriormente el *Tegni* de Galeno y, ya en el siglo XIII, el hipocrático *De regimine acutorum*. Parece probado que las primeras versiones de la *Articella* fueron de origen salernitano. Su contenido simple y, en general, presentación esquemática o aforística, le dotó de una gran popularidad, por lo que está presente en todas las bibliotecas de médicos valencianos bajomedievales. Y, desde luego, demostró una innegable capacidad de permanencia en las facultades de medicina, a lo largo del período bajo-medieval, y aun después.

A estas obras médicas —a las que en la segunda mitad del siglo XIV y a lo largo del XV se añadieron los contenidos y tratados de los profesores de

(52) GARCÍA BALLESTER, L. (1982), Arnau de Vilanova (c.1240-1311) y la reforma de los estudios médicos en Montpellier (1309): El Hipócrates latino y la introducción del nuevo Galeno. *Dynamis*, 2, 97-158. Podemos conocer la introducción de toda esta literatura médica en los ambientes médicos valencianos de la primera mitad del siglo XIV, además de por el contenido de la biblioteca de Arnau de Vilanova (m. en 1311), inventariada en Valencia, por los volúmenes de la biblioteca de los hermanos médicos, Sancius y Michael de Miraculo, cuyo inventario se hizo el 29 de mayo de 1351 (ARV. Protocolos, 2959, 4 kal. junii, 1351).

Montpellier y especialmente del norte de Italia—, cabe añadir lo que se conocía en los siglos XIII-XIV con el nombre de «los diecinueve libros de Aristóteles sobre los animales», que reunía tres de las grandes obras biológicas del científico griego. Estas obras eran imprescindibles para los médicos universitarios, pues constituían la base biológica y de metodología científica (= filosofía natural) de su formación. Fueron introducidas, primero, en la formación del médico universitario, a través de la llamada «facultad de artes», antesala prácticamente obligada para el posterior estudio en la «facultad de medicina». Este proceso estaba ya cerrado al final del segundo tercio del siglo XIII, si bien continuó desarrollándose, pleno de vigor, a lo largo de los siglos bajomedievales y más allá (53).

Junto a esta literatura biomédica, hay que añadir los escritos terapéuticos y, especialmente, tratados de simples o *Antidotaria*, colecciones de recetas o *Experimenta*, así como los escritos quirúrgicos.

Si nos acercamos a la *Isagoge* o al *Pantegni* — quizás de todas ellas, las obras más sistemáticas y equilibradas entre lo que los médicos medievales llamaban *theoria* y *practica*, i.e. la ciencia médica—, vemos que la llamada *medicina theorica* consistía en el conocimiento adecuado de tres grupos de realidades biomédicas: las denominadas «cosas naturales», «cosas no naturales» y «cosas contranaturales». Las primeras son aquellas de las que está compuesto el cuerpo humano y le permiten subsistir como ser vivo (elementos, complexiones, humores, espíritus, actividades fisiológicas, constituyentes morfológicos, etc.); las segundas, aunque no son partes constitutivas del cuerpo, integran el entorno físico, biológico y social del ser vivo en íntima interacción —normal o patológica— con él, y fueron agrupadas en seis, cinco de ellas pares: aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y movimientos del ánimo (tristeza, alegría, temor, amor desordenado, etc.); las terceras —las «cosas contranaturales»— reúnen todo lo que en el hombre está alterado en el estado de enfermedad, y son fundamentalmente tres: la enfermedad en cuanto alteración inmediata de las «cosas naturales», la causa de esa enfermedad, y los síntomas o modos concretos en que se expresa o manifiesta la enfermedad.

Este será el esquema-eje en torno al que girará el conocimiento teórico de la ciencia médica que poseían los médicos valencianos bajomedievales.

(53) SCHMITT, CH. B. (1981), *Studies in Renaissance Philosophy and Science*. London; *Idem* (1985), *La tradizione aristotelica: fra Italia e Inghilterra*. Napoli.

La dimensión práctica u operativa de esa medicina teórica comprende tres acciones (preventivas y terapéuticas): la dieta (entendida como norma que abarca todos los aspectos de la vida humana y no sólo los relacionados con el aporte de energía), la terapéutica medicamentosa y la terapéutica quirúrgica. Esa *practica* médica se explicitará en obras del tipo de los *regimina sanitatis* (dedicados al cuidado de personas pertenecientes a los círculos dirigentes: reyes, papas, miembros de la nobleza civil o eclesiástica), de los tratados de peste y otros escritos coyunturales (que introducen una nueva dimensión transpersonal, casi social de la enfermedad), de los *antidotaria*, y de otros escritos terapéuticos, así como en distintos tratados quirúrgicos (54).

Todo este complejo de saberes, materias y técnicas, son los que se encerraban bajo la expresión *principis de la ciencia de física*, que aparece en los documentos municipales de las licencias para ejercer. Ahora bien, ¿cómo adquiriría el médico o cirujano la experiencia diagnóstica y terapéutica mínimas? Algo hemos dicho ya. En la época bajomedieval --como ahora-- esa práctica sólo se adquiría asistiendo a enfermos en compañía de otros médicos más versados y veteranos. Esa práctica podía ser más o menos larga y hacerse con uno o varios médicos-cirujanos. Desconocemos la duración de ese período con anterioridad al siglo XV. Al menos desde 1433, el período mínimo de práctica exigido en Valencia a los cirujanos era de tres años, que aumentó a cinco con el establecimiento del estudio de cirugía (55). En las universidades, los estudiantes de medicina acompañaban a los profesores y/o médicos prestigiosos en lo que podríamos llamar visita médica cotidiana a los enfermos encamados, tanto a los que estaban en los hospitales como a los privados. Éste fue, precisamente, el gran atractivo de las facultades de medicina italianas (56). Sabemos que este modelo funcionó en periodos más o menos largos también en la facultad de medicina de Lleida en la transición de los siglos XIV al XV (57).

Al finalizar el período de práctica clínica, el médico que había ejercido la

(54) Véase nota 17.

(55) TORRE, A. DE LA (1926), *op. cit.* en nota 15; GALLEN, M. (1980), *op. cit.* en nota 10 y (1985) *op. cit.* en nota 8.

(56) BYLEBYL, J. (1979), *The School of Padua: Humanistic Medicine in the Sixteenth Century*. En: WEBSTER, Ch. (ed.), *Health, Medicine and Mortality in the Sixteenth-Century*, Cambridge, pp. 335-70; PARK, K. (1985), *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*, Princeton, N. J.; SIRAI, N. (1987), *op. cit.* en nota 16.

(57) McVAUGH, M.; GARCÍA BALLESTER, M. (en preparación), *op. cit.* en nota 19.

tutoría emitía un informe en forma de carta, donde se exponía la experiencia adquirida a su lado por el joven médico o estudiante, las enfermedades que había conocido y tratado, el resultado de sus tratamientos, dando en ocasiones detalles personales y circunstancias de los casos clínicos, etc. Esa carta adquiría carácter público al ser endosada por un notario. No siempre intervenía un tutor. En ocasiones, los candidatos habían adquirido esa práctica ejerciendo de forma autodidacta, y empírica, en una comunidad determinada a la que habían resuelto sus problemas médico-sanitarios. Cuando el «sanador» decidía legalizar su situación, por propia voluntad o presionado por denuncias —porque ejercía sin haber aprobado el examen exigido por los *Furs*—, la propia comunidad ponía por escrito los servicios médicos o quirúrgicos prestados (58).

##### 5. EL DISEÑO DE UN MODELO ASISTENCIAL MÉDICO: LIMITACIONES Y CONTRADICCIONES

Las primeras décadas del siglo XIV valenciano fueron importantes en el diseño del modelo médico-asistencial que perduró en los siglos bajomedievales, algunos de cuyos aspectos estamos comentando. No podemos dejar de aludir a la fuerte influencia social del médico Arnau de Vilanova (m. en 1311) sobre la poderosa burguesía mercantil de Valencia, que muy bien pudo haber motivado, entre otras, la fundación (1311) por el rico mercader valenciano Bernat dez Clapers (amigo íntimo del gran médico y muerto también en 1311) del hospital que llevó su nombre, uno de los más importantes de cuantos funcionaron en Valencia durante los siglos XIV y XV, y que introdujo un modelo institucional llamado a perdurar (nos referimos a su carácter laico y a su organigrama funcional) (59). Los años veinte-treinta, coincidieron con los de plena actividad de Berenguer Eimerich (ca.1290-ca.1365), que estudió medicina en Montpellier alrededor de 1310, sin duda uno de los médicos valencianos más interesantes del siglo XIV, junto con su paisano de la segunda mitad de siglo Pere Figuerola, también estudiante en Montpellier. Como veremos más adelante, ambos fueron autores de obras médicas. A la misma generación que Berenguer Eimerich —o muy próxi-

(58) GARCÍA BALLESTER, L.; RUBIO, A. (1985), *op. cit.* en nota 48, pp. 25-27.

(59) RUBIO, A. (1981), Una fundación burguesa en la Valencia medieval: el Hospital de En Clapers (1311), *Dynamis*, 1, 17-49; *Idem* (1984), *Pobreza, enfermedad y asistencia sanitaria en la Valencia del siglo XIV*. Valencia.

mos a ella— pertenecieron Miró de Corça (ca.1300-ca.1368), Pere Ros d'Orsins (ca.1300-ca.1367), médico real y de gran influencia en la corte, y Sanc del Miracle (ca.1290-1360), por cuya biblioteca, muy rica, deducimos su formación también en Montpellier y la estrecha relación con los centros médicos del norte de Italia (60); algo, esto último, que se mantendrá como una constante entre el núcleo más activo e influyente de los médicos y cirujanos valencianos, algunos de los cuales (por ejemplo, Ferrer Torrella), en la segunda mitad del siglo XV (1475), enviaron a sus hijos a estudiar a las universidades del Norte de Italia (especialmente Bolonia, Siena y Pisa) (61).

También en los primeros años del siglo XIV quedó consolidado en Valencia el sistema económico de la relación médico-enfermo. Fue un sistema que los cristianos trajeron con la conquista, pero que se fue perfilando durante el siglo XIV. Se basaba en el pago por servicio lo que tendría graves consecuencias, como la marginación sufrida por la población pobre. Junto a esta modalidad, la más importante fue la del contrato que los municipios - y también los gremios y/o cofradías— hacían a médicos, cirujanos y barberos. Solía extenderse indistintamente a cristianos o a judíos, pero no a mudéjares (al menos no hemos encontrado todavía ninguno). El tiempo de vigencia habitual de los contratos encontrados (Morella, Segorbe, Castelló, Xàtiva, Alzira, Elx) era de uno o dos años y, muy excepcionalmente, más. Ello dotó al médico medieval de una gran movilidad. Se fijaba una cantidad anual a pagar por el municipio, normalmente en dos plazos. A ello podían añadirse determinadas exenciones fiscales municipales que redondeaban el salario. El médico, o el cirujano (hay también barberos), se comprometía a visitar a la población de forma regular, examinando sus orinas (método habitual y normalizado de diagnóstico) y prescribiendo los remedios habituales, que él mismo preparaba o mandaba preparar al apotecario del lugar si la población era de cierta importancia. El contrato solía liberar a los pobres de todo pago, y sólo se permitía el cobro de cantidades a los pudientes. Se solía poner especial énfasis en la obligación de residir en el lugar. En ocasiones, la penuria de profesionales hizo que los municipios pequeños, pero cercanos a núcleos mayores de población, contratasen los servicios de un médico resi-

(60) GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.; RUBIO, A. (1989), *op. cit.* en nota 1.

(61) ARRIZABALAGA, J.; GARCÍA BALLESTER, L.; SALMON, F. (1988, en prensa), La medicina valenciana y sus relaciones con Italia entre 1470 y 1520: estudiantes valencianos en los Estudios Generales de Siena, Pisa, Ferrara y Padua. En: *Actas. Congr. Int. «Iluís de Santàngel i el seu temps*. Valencia.

dente en esos núcleos urbanos mayores, que se comprometía a visitar a los enfermos del lugar un día o dos por semana. Areas de influencia de este tipo, de las que tenemos noticia, fueron, en el reino de Valencia, Morella, la propia ciudad de Valencia, Xàtiva y, suponemos, alguna más. Los médicos de Valencia llegaban a atender hasta Sagunt y Borriana por el norte. Esto estimuló la codicia de algunos médicos que, abusando de su prestigio y de la baja tasa de profesionales universitarios, acaparaban lugares que luego no podían atender, dando lugar a pleitos enojosos con los municipios. Por ejemplo el que tuvo Castelló, en los años setenta, con Jacme Maderes (*fl.* 1377-1401), *mestre en arts e medicina*, y examinador médico de Valencia. La economía de los municipios, pujante o en quiebra, era otro factor que contaba en la contratación de profesionales sanitarios con la consiguiente presencia o ausencia de éstos (62).

Las medidas de 1329 pretendieron dotar de buenos profesionales (médicos, cirujanos, barberos) a la sociedad valenciana. El prototipo de buen profesional se encarnaba en el titulado universitario. Ahora bien, la realidad distó del planteamiento hecho por los *Furs* de 1329: sólo una minoría de población, fundamentalmente de carácter urbano (por ejemplo, Valencia, Xàtiva, Morella) o bajo la influencia del gran núcleo de población que fue la ciudad de Valencia, fue asistida por profesionales formados en la universidad, institución muy minoritaria. Lo planteado por los *Furs* fue más meta incitadora que realidad. Incluso detectamos a lo largo del siglo XIV en el reino de Valencia falta de profesionales sanitarios —tanto antes como después de la peste, pero especialmente tras ésta: en los años treinta, Morella denunció la falta de cirujanos, al igual que el área de Borriana-Nules; en los primeros cincuenta, las ciudades de Valencia, Xàtiva y Alzira buscaban médicos y cirujanos, al mismo tiempo que la de Valencia (recordemos su liderazgo respecto del resto del reino) arbitraba medidas para impedir que el vacío fuera llenado por incompetentes y curanderos; en los años setenta la villa de Castelló y alrededores tuvieron que recurrir al colectivo médico de Valencia. Ello provocó una grave situación de desamparo asistencial, por lo que las gentes vieron en la exigencia del examen, más un privilegio corporativo que una medida eficaz de mejora de las condiciones asistenciales. Precisamente, muchos de los que ejercían al margen de lo preceptuado por los *Furs*, encontraron la protección popular y del propio poder real, porque «atienden —nos dice un documento valenciano, de 1370— a los enfermos

(62) McVAUGH, M.; GARCÍA BALLESTER, L. (en preparación), *op. cit.* en nota 19.

pobres y absolutamente desvalidos que carecen de medios para pagar los salarios del médico o el precio de las medicinas» (63); esa atención era, además, eficaz, porque, en opinión de las gentes, hacían *plures bonas et utiles curas* (64). De ahí que muchas de las denuncias provocadas por los médicos amparándose en los *Furs* de Valencia fueron hechas, en opinión de estas gentes menesterosas, «más por malicia o envidia que por celo de justicia» (1376) (65). Motivos como «la falta de ánimo de lucro» (1382)(66), «actitud basada en el amor de Dios y del prójimo»(1390) (67), o la eficacia en las curas, sirven de pretexto para la concesión por el rey de licencias, pese a lo dispuesto por los *Furs* de Valencia, según los cuales sólo el municipio tenía ese privilegio; esos mismos motivos ponen de manifiesto una grave situación de desamparo asistencial que no parece conmoviera a los médicos de la ciudad de Valencia, que se mostraron incluso codiciosos y más deseosos de cobrar unas tasas que de proveer de médico a Alzira cuando en 1351 no lo había; la falta de médicos en la villa es tan aguda, que «no hay quien cure las enfermedades y remedie las necesidades» (68). Esta situación de desamparo asistencial fue, por desgracia, común a toda Europa (69).

Es muy arriesgado dar tasas de médicos o profesionales en relación con la población para el período bajomedieval, dada la inexistencia de censos o la imprecisión de los existentes. Con intención meramente orientadora, podemos afirmar que la tasa de médicos y cirujanos (*phisici-cirurgici*) para la población de Cataluña-Valencia no superó los 4-5 médicos y/o cirujanos por 10.000 habitantes, llegando a 6-7 en núcleos urbanos como Valencia, Barcelona, Lleida, Tortosa. Tasas parecidas fueron las de Venecia, Bolonia, Siena o Florencia durante el siglo XIV. Cifras que se corresponden con las actuales en las bolsas subdesarrolladas del Sudeste asiático o en determinadas áreas africanas o latinoamericanas. Estas tasas se elevan (17-20/10.000 habitantes) si consideramos a los barberos y apotecarios. En realidad eran ellos quienes cumplían la función de paraguas sanitario de la masa de población. A ellos se sumaban los sanadores musulmanes (imposibles de cualquier cuantifica-

(63) ACA, reg. 683, fols. 99v-100r. Repr. en LÓPEZ DE MENESES, A. (1952), *op. cit.* en nota 34, doc. 31, p. 695.

(64) RUBIO Y LLUCH, A. (1908), *Documents per l'història de la cultura catalana mig-èval*, I, doc. cxxii, p. 132.

(65) ACA, reg. 1909, fol. 150v.

(66) ACA, reg. 1893, fol. 174r.

(67) LÓPEZ DE MENESES, A. (1952), *op. cit.*, en nota 34, doc. 31, p. 695.

(68) *Ibidem*, doc. 25, p. 690, como consecuencia, probablemente, de la peste negra.

(69) TALBOT, Ch. H. (1967), *Medicine in Medieval England*. London, p. 96.

ción por el casi silencio documental). Los judíos, ya hemos visto, están incluidos en las tasas dadas. Tengamos en cuenta, que los límites entre las comunidades que convivían (moros, cristianos, judíos) venían definidos por una membrana viva, totalmente permeable e intercomunicable. Si nos atenemos a las tasas más altas, la oferta de profesionales sanitarios —teniendo en cuenta las fuertes oscilaciones de los ritmos sociobiológicos en el mundo bajomedieval— era aceptable, frente a lo habitualmente afirmado. No obstante, su valor como indicador sanitario hemos de relativizarlo, si no lo acompañamos de los datos correspondientes a la muy débil infraestructura sanitaria (vivienda, ocupación/salario, alimentación, aprovisionamiento de aguas, sistema de excretas, saneamiento del entorno físico) y a la calidad (contenido científico, económico y humano, función, extensión) de la asistencia dada por esos mismos profesionales y ofertada por la sociedad (70).

Pese a todo, Valencia consiguió, ya en el primer tercio del siglo XIV, fama de lugar prestigioso por sus médicos y por reunir en ella un interesante mercado de materias primas para la confección de medicamentos, así como de profesionales —tanto médicos como *speciers*— expertos en las distintas formas medicamentosas (electuarios, jarabes, aceites, etc); mercado al que no era ajeno el comercio de las especias. Sobre ello tenemos testimonios sumamente interesantes. Por ejemplo, en enero de 1315, el médico valenciano Guillem Barberà, enviado por Jaime II para que atendiese a su hija Constanza, casada con el famoso noble castellano don Juan Manuel, daba al monarca aragonés noticias alarmantes sobre el estado de ésta, quien se encontraba en la villa de Alarcón (Reino de Castilla). Inmediatamente después de conocer la noticia, Jaime II escribía al noble castellano, proponiéndole trasladarla a Valencia porque, además de una mejor cobertura afectiva (estaría con sus hermanos y otros familiares) y mejor clima,

aun aura y cumplimiento de fisigos e de otras cosas medicinales, las cuales se troban millor aca que alla (71).

Este prestigio de Valencia en aspectos médicos y productos medicinales estaba ya tan firmemente arraigado en la Castilla de la primera mitad del siglo XIV, que su nombre se asociaba al de los dos centros tópicos medite-

(70) GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.; RUBIO, A. (1989), *op. cit.* en nota 1.

(71) Citado por MARTÍNEZ FERRANDO, J. E. (1948), *Jaime II de Aragón. Su vida familiar*. Barcelona, I, pp. 136-7.

rráneos de reconocida fama en el campo médico: Montpellier —por el lado cristiano occidental—, y Alejandría —por el lado árabe oriental, centro del comercio mediterráneo de material médico y especias. En efecto, el Arcipreste de Hita en el *Libro de Buen Amor* (1330-1343), tras enumerar una amplia gama de productos medicinales empleados en la terapéutica medieval, unió Valencia a Montpellier y Alejandría como lugares famosos por su variedad de especies y electuarios:

Monpesler, Alixandria e la nombrada Valencia non tienen de letuarios tantos ni tanta especia (72).

## 6. LOS AUTORES DE LITERATURA MÉDICA

Durante los siglos bajomedievales, un número muy representativo de médicos valencianos estudiaron en Lleida, Montpellier, Toulouse y en universidades italianas (Bolonía, Pisa, Siena). Arnau de Vilanova estudió en Montpellier durante los años sesenta del siglo XIII; ya hemos visto que también lo hicieron Berenguer Eimerich (*ca.* 1310) y Pere Figuerola (*ca.* 1370); Francesc Conill lo hizo hacia 1350, y diez años más tarde asistió a sus aulas Pere Soler, al igual que Nadal Lambri (fl. 1370-94) (73); de Pere Llop tenemos noticia de que se formó en Padua hacia 1390 (74). Los estudiantes valencianos tuvieron dificultades para frecuentar la facultad de medicina de Lleida (75). No obstante, sabemos que Pere Pintor se formó allí; lo mismo que Jacme Torres (fl. 1495) y Roderic de Nodo, que acabó doctorándose en Pisa el mismo año que Jeroni Torrella (1477). El examen de los *rotuli* y libros de grado de algunas universidades italianas del norte nos ha permitido saber que, durante la segunda mitad del siglo XV, un número no menor de

- (72) RUIZ, J., *Libro de Buen Amor*. Ed. crítica de J. COROMINAS (1967). Madrid, pp. 507-509. Son interesantes las notas críticas de Corominas a la materia médica que aquí aparece (véase, pp. 500, 502 y 504). Muchos de los productos y formas medicamentosas citadas por Juan Ruíz figuran en la lista de medicinas compradas por el hospital valenciano de En Clapers (años 1374 ss.). Véase, RUBIO, A. (1984), *op. cit.* en nota 59, pp. 197-246.
- (73) GARCÍA BALLESTER, L. (1990, en preparación), The Nadal Lambri career: A Valencian Physician Professor in Lerida (fl. 1370-97). *Osiris*.
- (74) WICKERSHEIMER, E. (1936) (repr. 1979), *Dictionnaire biographique des médecins en France au Moyen Age*, 2 vols., Genève, II, 647.
- (75) GAYA MASSOT, R. (1950), *Los valencianos en el Estudio de Lérida*. Valencia

catorce médicos valencianos se formaron allí (76). La pérdida de los libros de grados y matrícula de la mayor parte de universidades frecuentadas por los estudiantes valencianos (Lleida, Montpellier y de las italianas hasta los años 70-80 del siglo XV), más la necesidad de nuevas investigaciones, hace imposible mayores precisiones sobre bastantes médicos valencianos de los que sabemos cursaron estudios universitarios.

Algunos volvieron como profesores a los centros donde estudiaron e, incluso, desempeñaron en ellos un cierto protagonismo. A la cabeza de todos está Arnau de Vilanova, nacido en torno a 1240 (no se sabe a ciencia cierta si en Aragón o en la ciudad de Valencia) (77). A la vuelta de sus estudios en Montpellier, parece que residió en Valencia, de donde marchó a Barcelona a comienzos de los ochenta, para ponerse al servicio de los reyes Pedro III, Alfonso III y, a partir de 1291, de Jaime II. A comienzos de los noventa —o poco antes— marchó a Montpellier como profesor, pero sin abandonar sus asuntos personales en las tierras valencianas y catalanas. Su prestigio profesional y su preocupación sociorreligiosa le llevó a viajar por Francia e Italia, y a frecuentar el trato de reyes y papas. Sus ideas de reformismo religioso y social estuvieron dentro del ámbito del movimiento beguino, de profunda penetración en las sociedades catalana y valenciana, desde el que influyó en estamentos sociales de todo tipo (78). Precisamente murió (1311) cuando realizaba una misión relacionada con su preocupación sociorreligiosa (79).

No nos parece éste momento adecuado para ofrecer un acercamiento sistemático al contenido de sus escritos médicos, algo que, además, está en curso de realización (80). Ya hemos mencionado algunos de los aspectos en

- (76) ARRIZABALAGA, J.; GARCÍA BALLESTER, L.; SALMON, F. (1988, en prensa), *op. cit.* en nota 61.
- (77) BENTON, J. F. (1982), The Birthplace of Arnold of Vilanova: «a Case for Villanueva de Jiloca near Daroca». *Viator*, 13, 245-57; reproducido en *An. Sac. Tarrac.* (1978-79 '1983?'), 51-52, 215-227.
- (78) PERARNAU, J. (1978), *L'ualia informatio beguinorum d'Arnau de Vilanova*. Barcelona; RUBIO, A. (1981), *op. cit.* en nota 59, pp. 17-49; RUBIO, A.; RODRIGO, M. (1985), Els beguins de València en el segle XIV. La seua casa-hospital i els seus llibres. En: *Quaders de Filologia. Miscel·lània Sanchis Guarner*. València, I, pp. 327-41; SANTI, F. (1987), *Arnau de Vilanova. L'obra espiritual*. Valencia.
- (79) PANIAGUA, J. A. (1969), *El maestro Arnau de Vilanova médico*. Valencia.
- (80) GARCÍA BALLESTER, L.; PANIAGUA, J. A.; McVAUGH, M. (1975), *Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*. Publicados los vols. II (*Aphorismi de gradibus*, ed. por M. McVaugh), III (*De amore heroico, De dosi tyriacalium medicinarum*, ed. por M. McVaugh), IV

que tuvo relación con Valencia. Quisiera ahora sólo puntualizar algunos otros: en primer lugar, que parte de su producción fue la propia de un científico que procedía de una zona fronteriza en la que convivían las tres culturas (la cristiana, la árabe y la judía) y, al mismo tiempo, fue protagonista de la escolástica médica; en segundo lugar, su fuerte compromiso sociorreligioso.

Como científico de frontera, conoció el árabe y participó en el movimiento traductor del árabe al latín (entre otras, tradujo la obra sobre medicamentos simples del valenciano Abu Salt); estudió el hebreo y, por el contenido de su biblioteca y de alguno de sus escritos, sabemos que participó del clima antijudío y antimusulmán reinante entre la minoría cristiana. Como médico universitario participó de una escolástica muy receptiva en ese momento a las novedades y que supo, con rigor y audacia intelectuales, aplicar sus armas metodológicas a la reflexión de los problemas médicos, tanto teóricos (naturaleza del propio concepto de enfermedad, mecanismos de producción de las fiebres —la patología más extendida—, naturaleza de la acción de los medicamentos), como prácticos (clínica de los apostemas o de la inflamación, semiología del dolor, cura de las heridas, aplicación en la clínica diaria del mundo conceptual universitario). Arnau supo cultivar de forma muy destacada, la casi totalidad de los géneros literarios de comunicación científica que puso a su disposición la todavía joven escolástica: la suma o compendio (su *Speculum medicinae*), la exposición aforística (*Parabola medicationis*), el *consilium* centrado en una dolencia con carácter didáctico-práctico, la exposición enumerativa-alfabética especialmente útil para la descripción biomédica de los fármacos simples y compuestos (su *Antidotarium*), el tratado estrictamente teórico (los *aphorismi de gradibus*), el escrito dedicado al régimen de vida de personas concretas —pertenecientes todas a la alta escala social (papas, rey)—, y, sobre todos, el comentario a los clásicos (Hipócrates y especialmente Galeno) donde se expresó toda la complejidad y vitalidad de la escolástica en una de sus fases más frescas y atractivas; a través de ellos —con sus entrelazados de *quaestiones* y *disputationes*— podemos asomarnos al mundo real de problemas intelectuales o científico-médicos que preocupó a la comunidad académica de estudiantes y profesores.

(*De consideratione operis medicine*, ed. por L. Dumaitre y P. Gil); XV (*Commentum s. tractatum Galieni de malicia complexionis diverse*, ed. por L. García Ballester y E. Sánchez Salor; *Doctrina Galieni de interioribus*, ed. por R. Durling), XVI (*Translatio libri Galieni de rigore, ictigatione et spasmo*, ed. por M. McVaugh).

Su actividad como profesor universitario escolástico, no se limitó a la profesoral. Fue uno de los protagonistas del más interesante movimiento de reforma intelectual habido en las facultades de medicina europeas en el período bajomedieval, que tuvo lugar en torno a los años ochenta y siguientes del siglo XIII. En efecto, durante esos años se produjo en la facultad de medicina de Montpellier un movimiento intelectual que tuvo como consecuencia la introducción de una masa considerable de nuevos textos médicos. Ello no sólo amplió el horizonte y la curiosidad científicas de la comunidad de médicos universitarios, sino que les permitió una nueva lectura de los textos ya conocidos. Los protagonistas de este importante proceso en Montpellier —a la cabeza de ellos, Arnau de Vilanova— lo llevaron a cabo mediante una doble acción: por una parte, introdujeron en el plazo de muy pocos años una importante cantidad de nuevas obras médicas —fundamentalmente de Galeno (lo que he llamado «nuevo Galeno»), pero también de otros autores como Averroes—, que dotó a sus comentarios y obras sistemáticas de una atractiva complejidad con respecto a los autores anteriores; por otra, procuraron institucionalizar ese movimiento interviniendo directamente en la reforma de los planes de estudios médicos. Arnau lo hizo en 1309 para Montpellier. Pero el movimiento no fue exclusivo de ésta. Lo detectamos por los mismos años en los círculos parisinos, si bien con mucho menos vigor (81), y en Bolonia por obra de Tadeo Alderotti (82).

En segundo lugar, Arnau fue un hombre comprometido con la problemática social de su época, fundamentalmente de carácter sociorreligioso. El problema de la pobreza como ideario de transformación social y de una religiosidad vivida intensa y extremadamente, tanto en el plano personal como social, traspasó su vida (tuvo graves problemas con papas y eclesiásticos, también con reyes —hasta con su amigo personal Jaime II) y, a través de su influencia, la de grupos sociales concretos con los que tuvo relación, tanto la influyente burguesía mercantil de Valencia, como otras gentes más humildes (83).

La producción científica de los médicos valencianos bajomedievales,

(81) GARCÍA BALLESTER, L. (1982), *op. cit.* en nota 52; *Idem* (1986), La facultad de medicina de Montpellier: tradición y novedad en la patología médica de la Corona de Aragón durante la transición del siglo XIII al XIV. En: *El Regne de Mallorca i el sud francès*. Palma de Mallorca, pp. 21-40.

(82) SIRAISSI, N. (1981), *op. cit.* en nota 3.

(83) Véase nota 78.

dejando aparte la de Arnau, fue más bien escasa y de no muy gran envergadura. No creo fuera ajeno a ello el hecho de que no llegara a cuajar la fundación de un *Estudi General*, con su facultad de Medicina, en la Valencia bajomedieval. En general, fue escasa también la producción científica de los médicos de la Corona de Aragón durante esos años, pese a contar — desde 1300, y a partir del siglo XV— con un total de cuatro Estudios con cursos de medicina (Lleida, Perpiñán, Barcelona y Huesca), si bien el denominador común de todos ellos fue su debilidad estructural y funcional. El mismo fenómeno encontramos en la Corona de Castilla. No obstante, llama un poco la atención la existencia, en Valencia y Cataluña, de un número relativamente alto de médicos y cirujanos, algunos de ellos con estudios universitarios e importantes bibliotecas, y la casi ausencia de escritos médicos. Esta correlación negativa se hace más evidente en Valencia conforme avanza el siglo XV, en cuyo último cuarto hemos contabilizado — pese a la escasez de documentación— hasta catorce jóvenes valencianos siguiendo cursos de medicina en universidades de Italia del norte en su mayoría. No obstante, a ellos se deberá la totalidad de la producción médica valenciana ya en la transición a la nueva centuria.

Valencia no volvió a dar en los siglos bajomedievales un hombre de la talla de Arnau de Vilanova, ni siquiera las tierras de la confederación aragonesa. En los doscientos años transcurridos entre el primer escrito de Arnau y la década de los ochenta del siglo XV, sólo hay un autor médico de importancia en la Corona de Aragón, el catalán Antoni Ricart (ca.1360-65 a 1422), profesor de medicina en las facultades de Lleida y de Barcelona, admirador y amigo del valenciano Pere Soler, profesor que fue en el Estudio de Montpellier (84). El primer médico valenciano con producción escrita de quien tenemos noticia, después de Arnau, fue Berenguer Eimerich (ca.1290-ca.1365). También universitario, su producción científica la podemos agrupar en torno a tres géneros literarios típicamente bajomedievales y uno de ellos propio de su condición de hombre de frontera: la traducción del saber médico árabe (*De cibariis infirmorum*, de Albucasis), el comentario escolástico (*Quaestiones super aphorismos Hippocratis*), y los regímenes de salud (*Regimen contra dolorem capitis in sexagenario*) (85).

(84) DUREAU-LAPEYSONNIE, J.-M. (1966), L'oeuvre d'Antoine Ricart médecin catalan du XVe siècle. En: *Médecine humaine et vétérinaire à la fin du Moyen Age*. Genève-Paris, pp. 169-364.

(85) GARCÍA BALLESTER, L. (1976), *op. cit.* en nota 28, p. 25, n. 31.

Las *quaestiones* sugieren una vinculación estrecha con el medio universitario, si bien no hemos podido saber si fue o no profesor en Montpellier. Los datos recogidos en el *incipit* de su traducción a la obra de Albucasis (86), nos permiten hacer hincapié en algunos aspectos interesantes de su labor traductora —realizada probablemente durante su época de estudiante—, así como de esta tarea en general: en primer lugar, la traducción al latín del escrito de Albucasis, fue provocada desde los medios universitarios de Montpellier. Concretamente, su maestro Bernardo de Gordón (c.1258-c.1320) —contemporáneo de Arnau de Vilanova y compañero de claustro de éste en Montpellier—, le pidió le tradujese este escrito del prestigioso médico árabe hispano, lo que nos revela el papel interesante jugado por los estudiantes y profesores de los territorios fronterizos del Sur, en contacto con la cultura árabe viva, y en posesión de un conocimiento del árabe que les permitía acceder a unas fuentes médicas de gran valor. La comunidad científica de Montpellier aprovechaba su presencia para poner en circulación obras que no formaban parte habitual del *corpus* médico del arabismo. En segundo lugar, la técnica seguida para la traducción. Se trató del procedimiento tradicional en los territorios hispanos fronterizos, en el que se utilizaba la lengua romance como instrumento intermedio; en este caso, el catalán (*in vulgare cathalano*) fue el puente entre el árabe y el latín (la lengua académica). Veremos cómo este procedimiento se seguirá utilizando en Valencia durante la siguiente centuria. Ahora bien, como todo parece indicar, el conocimiento personal del árabe por parte de Berenguer Eimeric, hizo que no tuviera que recurrir a un traductor intermediario (habitualmente un judío conocedor del árabe, que lo vertía al romance).

Contemporáneo más viejo que Antoni Ricart, fue Nadal Lembri (m.ca.1395), natural de Morella. Algunos de los miembros de la familia, aunque continuaron manteniendo sus bienes y deudos en Morella, se dispersaron por las tierras de la Corona de Aragón. Su hermano fue apotecario y ejerció en Valencia. El mismo acabó fijando su residencia en Lérida. Se formó en Montpellier, donde parece que obtuvo el bachillerato en medicina; más tarde regresó a Lérida, donde, al cabo de varios años, obtuvo el magisterio. Su estancia en esta ciudad está plagada de anécdotas que revelan un hombre que no rehuía la polémica, por violenta que fuera. Tuvo éxito

(86) Viena, National Bibliothek, núm. 5.434, fols. 283-321. La rúbrica inicial dice: «Incipit xx. vi. ditis (sic) Albucasim Ahazam de cibariis infirmorum translata de arabico in vulgare cathalano, et a vulgari in latinum, a Berengario Eymerici, de Valentia, ad instanciam magistri Bernardi de Gordonio» (fol. 283r).

profesional: fue, por ejemplo, médico del conde de las montañas de Prades, intervino en desospitaciones a solicitud de las autoridades de la ciudad, fue profesor del *Estudi*. Como miembro de esta institución participó en las polémicas académicas. Escribió un tratado sobre farmacología teórica en torno a la teoría de los grados, que, por desgracia, se ha perdido. Conocemos la noticia por Antoni Ricart, quien no se recató en calificar el escrito más propio de la filosofía natural que de la medicina(87). De él conservamos únicamente unas cuantas recetas y dos pequeños *regimina* escritos para el conde de Prades, en cuyo juicio por desobediencia al rey (Juan II) se vio envuelto. Debió morir poco antes de 1400 (88).

El resto de la producción médica conocida tiene un carácter extraacadémico, como, por ejemplo, la obra de astrología —con escaso contenido médico— de Bertomeu de Tresbens (*fl.*1359-1374) (89), médico real, del que se conservan también pequeñas colecciones de recetas para enfermedades concretas. Pere Figuerola (*ca.*1320-1397), estudiante también en Montpellier, fue autor de un breve pero interesante *Regimen sanitatis*, dirigido a sus hijos, estudiantes en la universidad de Tolosa (90), y de un comentario a la cirugía de Guy de Chauliac, por desgracia perdido (91). Aspectos coyunturales, como las sucesivas oleadas de peste, inducen a escribir pequeños escritos con una clara intención preventiva y terapéutica, que muchas veces son, en realidad, informes que los reyes solicitaban de los médicos a su servicio. Algunos, por desgracia, se han perdido, como el del valenciano converso Pere d'Artès (1384). Otras veces el estímulo de estos escritos provenía directamente del municipio, como el del leridano Jacme d'Agramunt (1348); o bien, indirectamente, del colectivo burgués, como el del valenciano Lluís Alcanyís (c.1490) (92).

El escrito de Bartomeu de Tresbens no fue una casualidad, sino el resultado del especial interés existente en tierras de la Corona de Aragón por la astrología médica, común a los países del Mediterráneo occidental, de

(87) DUREAU-LAPEYSONNIE, J.-M. (1966), *op. cit.*, en nota 84, p. 219.

(88) GARCÍA BALLESTER, L.(1990, en preparación) *op. cit.*, en nota 73.

(89) ROMANO, D.; VERNET, J. (1957), *Bertomeu de Tresbens. Tractat d'Astrologia*. Text, introducció i glossari. 2 vols. Barcelona.

(90) THORNDIKE, L. (1931), Advice from a Physician to His Son. *Speculum*, 6, 110-14.

(91) GARCÍA BALLESTER, L. (1976), *op. cit.*, en nota 28, p. 25, n. 32.

(92) ARRIZABALAGA, J. (1983), Lluís Alcanyís y su *Regiment de la pestilència* (Valencia, ca. 1490). *Dynamis*, 3, 29-54.

donde se extendió al resto de Europa. A lo largo de los siglos XIV y siguientes, las universidades italianas crearon cátedras de astrología, viendo en esta ciencia la clave que permitió una nueva lectura del binomio salud-enfermedad. La astrología —planteada en los siglos XIV-XV sobre los nuevos supuestos neoplatónicos—, fascinó a la minoría culta y conectó, además, con la masa popular; a ello no fue ajeno el complejo mundo de creencias musulmán, tanto mudéjar como morisco. La medicina cobraba una nueva dimensión con la astrología, debido a que suministraba una visión total de la condición del hombre (microcosmos), al unirlo al macrocosmos en el que estaba inserto. Con métodos matemáticos más o menos sofisticados y con el empleo de las leyes de la astronomía, se aplicó a encontrar soluciones a concretos problemas relacionados con el diagnóstico-pronóstico y tratamiento de las enfermedades de pacientes concretos que, como todo ser vivo, nacen en el tiempo y en un lugar geográfico. Conocer y combinar debidamente las variables tiempo-espacio exigía cálculos basados en tablas con las posiciones de los distintos planetas y/o aplicación de instrumentos de medida —el más corriente de los cuales fue el astrolabio— complementado con el cálculo sobre tablas, las cuales tenían que rectificarse en función del meridiano geográfico del enfermo. El cuidado que ello exigía hizo que esta astrología médica (había también la versión popular) se aplicara fundamentalmente a miembros de la familia real, nobleza, burguesía rica e, incluso, a lugares, por petición de las instituciones municipales. La operación era sumamente delicada, y estaba íntimamente ligada al prestigio personal del médico. Pero también supuso una búsqueda continua por mejorar los instrumentos de medida y de observación (relojes, astrolabios, planetarios), que mejoraran los heredados por la primera tradición árabe (93).

El estímulo más importante en la Corona de Aragón fue la corte real; pensemos, por ejemplo, en Pedro el Ceremonioso (1336-87) y en su hijo Juan, luego rey (1387-96). El Ceremonioso mandó al *justicia* de Aragón, en 1360, que pusiera a disposición de Bartomeu de Tresbens —que entonces estaba en aquel reino— los herreros necesarios para el instrumento que iba a hacer. Recordemos cómo el infante Juan, luego rey, estaba iniciado en el uso del astrolabio y pidió a su médico —el mismo Bertomeu de Tresbens— que fuera a su encuentro llevando consigo sus libros de medicina y astrolo-

(93) GARCÍA BALLESTER, L. (1979), *Astrologische Medizin*. En: *Lexikon des Mittelalters*. München, p. 1.145.

gía, libros de los que estaba bien provista la biblioteca real aragonesa (94). La astrología —de sólida implantación en la Valencia de los siglos XIV y XV— formó parte de los esquemas doctrinales normales de los médicos valencianos, tanto universitarios como no universitarios. Recordemos, por ejemplo, la amplia vigencia social de la tradición calendárica y/o la preocupación por la observancia de los tiempos debidos en sangrías y otros tipos de evacuaciones terapéuticas (95). Luís Alcanyiz no dudó en recurrir a los opinión de *metges i astròlechs* al elaborar el capítulo etiológico de su libro sobre la peste, y el 15% de los libros de la biblioteca de Pere Martí (m. en 1506) —de la misma generación que Alcanyiz—, eran de tema astrológico (96). Ferrer Torrella, padre de los hermanos médicos Gaspar (1452-1520), Jeroni Torrella (*ca.* 1450-*post* 1508) y Ausiàs (*fl.* 1496), fue un experto en matemáticas y con formación astrológica adquirida en Montpellier. Sus hijos (Jeroni y Gaspar) —formados en el Norte de Italia (Siena y Pisa)— participaron plenamente del ambiente de fervor astrológico que se respiraba en la Península mediterránea en aquel momento. Del tercer hijo sólo sabemos que ejerció con éxito la medicina en la ciudad de Cagliari (Cerdeña). La obra de Jeroni sobre las figuras astrológicas y su uso en medicina (*Opus praeclarum de imaginibus astrologicis*), fue impresa en Valencia, en 1496, en cuya ciudad corrigió minuciosamente las pruebas el propio Jeroni (97).

Una de las características más interesantes de la producción científica de los reinos hispánicos peninsulares fue la precocidad que adquirieron las lenguas romances como vehículos de comunicación científica y médica (98). El catalán demostró pronto su idoneidad como tal. Ya hemos mencionado la muy probable traducción al catalán, en Valencia —apenas veinticinco años desde que fuera escrita su última versión (*ca.* 1275)—, del extenso tratado de cirugía de Teodorico Borgognoni, hecha alrededor de 1305 por el cirujano mallorquín, afincado en Valencia, Guillem Correger. Por entonces, o poco después, debió traducir Berenguer Eimeric del árabe al catalán —como paso intermedio para verterlo luego al latín— el *De cibariis infirmorum* de Albucasis.

- (94) MASSO TORRENS, J. (1905), Inventari dels bens mobles del rei Martí d'Aragó. *Rev. Hispanique*, 12, 591-600.
- (95) MARTÍNEZ GAZQUEZ, J.; GARCÍA BALLESTER, L. (1988), *Las Epistolae de flebotomia y los calendaria*.
- (96) GARCÍA BALLESTER, L. (1966-67), Tres bibliotecas médicas en la Valencia del siglo XV. *Asclepio*, 18-19, 383-405; ARRIZABALAGA, J. (1983), *op. cit.* en nota 92.
- (97) THORNDIKE, L. (1934), *A History of Magic and Experimental Sciences*. 8 vols. New York-London, IV, pp. 574-85.
- (98) BEAUJOUAN, G. (1967), *La science en Espagne aux XIVe et XVe siècles*. Paris.

Por lo que sabemos, no parece circularan copias de la versión catalana. Circuló también la versión catalana de la obra quirúrgica de Guy de Chauliac (m. en 1368) —si bien desconozco, por el momento, quién hizo la traducción al catalán, y cuándo—, *Inventorium sive collectorium in parte chirurgicali medicine* (1363), más conocida por su título abreviado de *Chirurgia (Cyrurgia)* o *Chirurgia magna*. La obra, de evidente antijudaísmo (los judíos serían —en opinión de Guy— uno de los factores responsables de la peste), fue, no obstante, la síntesis quirúrgica más completa y utilizada hasta las grandes obras del siglo XVI. Sobre su grado de penetración en la medicina valenciana nos habla el temprano comentario que Pere Figuerola le dedicó a los pocos años de haberla concluido su autor, su constante presencia en los inventarios de las bibliotecas de los médicos valencianos del siglo XV, y el hecho de que el setabense Bartomeu Martí (fl. 1419-1462), examinador en Valencia y médico de Isabel de Borja, madre del futuro papa Alejandro VI, la copiara de su propia mano (99). Junto a ella, circularon también: la cirugía de Albucasis, la *Cyrurgia* de Teodorico Borgognoni, los escritos quirúrgicos de Rogerio de Salerno (f. 1170), Guillermo de Saliceto (m. ca. 1280), Lanfranco de Milán (m. ca. 1306) y las partes quirúrgicas del *Canon* (fen 5, lib. 4). Todos estos textos quirúrgicos constituyeron, en el período bajomedieval, lo que podríamos denominar la cirugía *vetus* (antigua), que junto a la *nova* (nueva) —representada por la obra de Guido (Guy de Chauliac), que incorporó la novedad del «nuevo Galeno», pero en la versión greco-latina de Nicolás de Reggio—, configuró el *corpus* doctrinal en el que se formaron los cirujanos y barberos valencianos, y sobre el que basaron sus reivindicaciones socioprofesionales. La versión catalana de la *Cyrurgia* de Guido sería impresa en Barcelona, en 1492, con lo que su difusión se incrementó.

También en catalán circularon los textos centrales de la *Articella*, o inspirados en ella, que formaban el núcleo de la ciencia normal médica académica. No sabemos tampoco dónde se tradujeron, ni quiénes lo hicieron, ni si fueron glosas o escritos originales. Es necesario todavía editarlos y hacer el correspondiente estudio (100). El cirujano catalán Berenguer Sarriera tradujo, entre 1305 y 1310, para la reina Doña Blanca de Anjou, esposa de

(99) GARCÍA BALLESTER, L. (1966-67), *op. cit.* en nota 96, p. 387. Una lista de las versiones catalanas de escritos médicos, tanto de clásicos como de autores medievales, puede verse en BATLLORI, M. (1947), *Arnau de Vilanova. Obres catalanes. Volum II: Escrits mèdics*. Barcelona, pp. 59-62.

(100) Una relación de ellos, donde se discute su problemática atribución a Antoni Ricart, en DUREAU-LAPEYSONNIE, J.-M., *op. cit.* en nota 84, pp. 197-99.

Jaime II y a la que el propio Arnau había asistido en alguno de sus partos, el *Regimen sanitatis* que Arnau de Vilanova escribió para el rey, su marido (101). Otros muchos escritos fueron también vertidos al catalán. Lo que queremos destacar es, no ya la temprana madurez de éste como lengua de comunicación científica y técnica, sino su uso por la burguesía médica valenciana hasta bien finales del siglo XV. Lluís Alcanyiz, médico universitario, no dudó en escribir en romance su *Regiment preservatiu e curatiu de la pestilència* (ca.1490), primer texto médico originariamente impreso en catalán (102). Junto a esta literatura técnica, circuló también por Valencia, en catalán, otra —por ejemplo, los calendarios o *llunaris*—, de eminente carácter popular y con importantes inclusiones médicas, especialmente referidas a medidas terapéuticas, como la sangría o las purgas. Se nos ha conservado uno del siglo XIV (103).

Desde el primer tercio del siglo XIV hubo en Valencia una minoría de médicos y de cirujanos con formación universitaria que poseyeron una sólida cultura médica según se trasluce por sus bibliotecas. Sus libros están en latín, como corresponde a su formación académica, si bien permanecen atentos a las versiones catalanas, como es posible ver también por el contenido de esas mismas bibliotecas; pero junto a ellos, ya hemos mencionado la existencia de cirujanos, barberos-cirujanos y médicos no formados académicamente. Ellos constituían el principal grupo de demanda y el mercado profesional para las traducciones, aunque, repito, éstas se han encontrado también en posesión de médicos y cirujanos formados en los Estudios Generales. No cabe duda de que las traducciones permitieron que la literatura médica y quirúrgica de carácter técnico penetrara en capas más amplias de la población lectora no profesional (*hòmens de paratge* y burgueses) (104) y, desde luego, hizo que el nivel de los profesionales sanitarios se elevara. Esa literatura formó el *corpus* libresco que nutrió la *theorica-practica* del *Estudi* de cirugía de Valencia.

Los *Furs* de 1329 se preocuparon de establecer cauces claros de comuni-

(101) BATLLORI, M. (1947), *op. cit.* en nota 99, pp. 62-75.

(102) ARRIZABALAGA, J. (en preparación), *Lluís Alcanyiz. Regiment preservatiu e curatiu de la pestilència*. Edició i estudi. Barcelona.

(103) FARAUDO DE SAINT-GERMAIN, L. (1950), Un lunario valenciano cuatrocentista. *Boletín de la R. Academia de Buenas Letras de Barcelona*, 23, 9-48.

(104) FUSTER, J. (1972), *L'aventura del llibre català*. En: FUSTER, J. et al., *Commemoració dels 500 anys del primer llibre imprès en català (1474-1974). L'aventura editorial a Catalunya*. Barcelona, pp. 9-10.

cación entre el médico y el *apotecari*; para ello dictaron normas, como la obligación que tenía aquél de recetar en catalán para la adecuada intelección —y consiguiente prevención de errores— del contenido de las recetas. Legislación que se extendió a Mallorca en 1398. Tenemos magníficos ejemplos, desde mediados del siglo XIV, del cuidado y rigor técnico con que el apotecario recogía estas recetas y las desarrollaba. El ejemplo paradigmático es el libro de recetas conocido con el nombre de *Receptari de Manresa* (1347) (105); un ejemplo muy interesante del siglo XV —si bien no nos consta que perteneciera a un apotecario— es el llamado *Receptari de misser Johan*, que va precedido de la versión catalana del libro de las orinas de Isaac Israeli, de lectura obligada de todos los que se preocupaban del arte de curar (recordemos que la semiología de las orinas era la exploración básica y más extendida en el período que estamos considerando) (106).

Pese a que los apotecarios valencianos recorrieron un camino paralelo en su promoción científica —y constituyeron, por tanto, un buen mercado también para la literatura técnica en catalán— al de los cirujanos y barberos, no conocemos todavía *receptaris* valencianos.

Un hecho interesante y del que, sin embargo, no ha quedado constancia alguna en forma de escrito o informe, es el de las disecciones o anatomías hechas a cadáveres, sea con fines de enseñanza o con propósitos clínicos. En la transición de los siglos XIII al XIV, tales operaciones no eran desconocidas para los médicos universitarios de Montpellier, si bien no las juzgaron una vía de conocimiento importante para el estudio de los órganos internos (hígado, estómago, riñones, pulmones, corazón, vejiga, bazo) sobre los que asienta la enfermedad. Las vías del razonamiento y de la lectura de los clásicos se les ofrecían intelectualmente más atractivas. No sucedió lo mismo en los Estudios del norte de Italia. Lo cierto es que hasta 1340 no se concedió a Montpellier la posibilidad de hacer una disección cada dos años. Algo

(105) COMENGE, L. (1899), *Receptari de Manresa*. Barcelona.

(106) MOLINE I BRASES, E. (1914), *Receptari de Micer Johan, 1466*. Barcelona (*Boletín de la R. Academia de Buenas Letras de Barcelona*, 7, 321-36, 407-40). Recientemente se ha publicado un recetario, también en catalán, recopilado por el noble mallorquín Bertomeu de Veri (fl. 1463-1476), hombre preocupado por los problemas de salud, tanto a nivel personal como social (él fue, por ejemplo, uno de los que más activamente promovieron el proceso de unificación hospitalaria en Mallorca (1456); TOMÁS MONSERRAT, J.; COLL, B. (1981), *El recetario medieval de Bartomeu de Veri, regente de Nápoles. II Congr. Nac. de Reales Academias de Medicina y Cirugía*. Palma de Mallorca, pp. 83-92.

parece haber cambiado en la idea de los médicos sobre las posibilidades de conocimiento del fenómeno morboso a través de la visión directa de las partes internas, cuando en 1370 los médicos de Barcelona hacen la disección del cadáver de una mujer muerta por peste para conocer la naturaleza de esta enfermedad, hecho que se repitió en 1488. En 1376, Montpellier recibió autorización para realizar una disección cada año. No parece que la institución como tal se mostrara diligente en aplicar esta nueva posibilidad, pero que hay un grupo de médicos convencidos de su utilidad, lo prueba el que el valenciano Francesc Conill, profesor en Montpellier y médico de Carlos el Malo de Navarra, con autoridad entonces sobre Montpellier, instó al rey a que exigiera al claustro el cumplimiento de esa medida. Medida que, de forma un tanto tímida —una disección cada tres años—, no llegó a la facultad de Medicina de Lérida hasta 1391. Pero en 1401, en el recién inaugurado Estudi de Barcelona, se autorizaron un mínimo de dos disecciones por año, dejando a los médicos total autonomía. Apenas tenemos más noticias; pero, evidentemente, hubo un cambio en el médico y en las posibilidades que él vio en el cadáver y en la disección como instrumento y técnica, respectivamente, para indagar más en la naturaleza de ciertos hechos biológicos o patológicos. No es extraño que fuera precisamente en estos años (alrededor de 1406) cuando Antoni Ricart solicitase permiso para medir el volumen sanguíneo, utilizando a un condenado a muerte a quien se le cortaría la cabeza y se le colgaría por los pies. Durante el siglo XV el interés por las disecciones se extendió a los cirujanos y barberos. Tenemos pruebas de ello para Barcelona en 1442, y, en la segunda mitad de siglo para Valencia (1478) y Zaragoza (1479). Como ya hemos señalado, estos nuevos grupos hicieron de la ciencia y de sus técnicas de conocimiento (p.e. la disección) un instrumento de afirmación social y las vincularon a su formación profesional; al mismo tiempo, dieron testimonio expreso de la superioridad de la experiencia sensorial sobre la lectura de los clásicos, para el conocimiento del funcionamiento y estructura de las partes internas sobre las que asientan las enfermedades y actúan los fármacos. En efecto, la disección de cadáveres coincidió en Valencia con el inicio de la enseñanza regular de la cirugía impartida por médicos universitarios y sostenida económicamente por el municipio. Pues bien, ¿cómo no ha quedado constancia en ningún escrito de la aventura intelectual y técnica que hemos resumido, y que tan decisiva fue para los grupos sanitarios más activos e interesantes de la Valencia del último cuarto del siglo XV? (107).

(107) GARCÍA BALLESTER, L. (1988, en prensa), *op. cit.* en nota 25.

Durante la segunda mitad de este siglo desarrolló su actividad Pere Pintor (1420-1503), nacido en Xàtiva de familia conversa de judío e íntimamente vinculado también —ya lo hemos visto— a la vida académica (profesor del Estudi de cirugía) y profesional (examinador de médicos) de la ciudad de Valencia. Las obras que de él se conocen —un escrito sobre la epidemia de tifus exantemático de Roma de 1493-94, editada en 1499, y un escrito sobre la sífilis (1500)—, las escribió en Roma a donde se trasladó en 1492 acompañando a Rodrigo Borja, de quien era médico, cuando éste fue nombrado papa (108). La obra de los hermanos Gaspar y Jeroni Torrella forma parte ya del momento renacentista de la medicina valenciana del siglo XVI.

## 7. EL MUNDO DE LA ENFERMEDAD Y SU PREVENCIÓN: LA NOVEDAD DE LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS

Resulta prácticamente imposible trazar un panorama de la enfermedad en la Valencia medieval. La escasez y dificultad de las fuentes, junto a la no abundancia de trabajos dedicados a estos aspectos, hace muy difícil —si no imposible— pasar la barrera de unos siglos en los que la llamada cultura de la pobreza dominó sobre la generalidad de la población. Conocemos las prohibiciones que, desde 1334, se hicieron de las plantaciones de arroz en determinadas formas de cultivo, en las zonas pantanosas al norte y sur de la comarca de *l'horta*, donde estaba asentada la ciudad de Valencia (109); pero, ¿cómo ir más allá de la afirmación de que había *mucho* paludismo? ¿Qué fueron, y cuál su incidencia, las enfermedades epidémicas en las que la población infantil quedó tan diezmada que en el recuerdo de las gentes quedaron como *mortalitat dels infants* (p.e. la de 1362)? ¿Cómo identificar y medir la poliomielitis, la tiña, la viruela, el sarampión, la *glànola*, la lepra (*lebrozia*), la disentería (*centiri*), la escrófula (*porcelanes*), los apostemas (*cancre*), la sífilis (*mal de sement*), las erupciones (*mal de alforo*), los distintos tipos de fiebres de la nosotaxia medieval, o las secuelas de procesos de desnutrición o de enfermedades carenciales? La misma peste, o pestes, en una secuencia prácticamente endémica en los siglos bajomedievales, es prácticamente

- (108) LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1983), Pere Pintor. En: LÓPEZ PIÑERO, J. M. *et al.*, *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*. 2 vols. Barcelona, II, pp. 178-79.
- (109) RUBIO, A. (1979), *Peste negra, crisis y comportamientos sociales en la España del siglo XIV. La ciudad de Valencia (1348-1401)*. Granada.

imposible de evaluar desde un punto de vista estrictamente epidemiológico. Para Valencia ha sido fijado el calendario cronológico de las epidemias del siglo XIV (1326, 1334, 1348, 1362, 1374-75, 1380, 1383-84, 1395, 1401) (110) y, con menor precisión, para el siglo XV (1420-21, 1427-29, 1439, 1450, 1458-59-60, 1465-67, 1469, 1475-78, 1483, 1489-91, 1494, 1496, 1501) (111). Es fácil imaginar las consecuencias, económicas, demográficas, ideológicas de tal situación. Aunque se han hecho importantes aportaciones, la peste es un tema todavía abierto y necesitado de estudios locales rigurosos que remuevan la documentación bajomedieval. Los médicos no fueron protagonistas en las epidemias, sino víctimas (112); comprobaron su impotencia terapéutica —Lluís Alcanyiz dirá: *no som ajudats de nengun remey cert*— y, lo más que hicieron, fue aprestarse a resistir (p.e., el propio Alcanyiz y otros muchos) o a huir (p.e. Jacme Maderes, en 1401, o Jaume Roig, en 1459, que aprovechó el aislamiento de Callosa d'En Sarrià para escribir su *Llibre de les dones* o *Spill* (113).

Más eficaces se mostraron, en cambio, las medidas preventivas de aislamiento y no contacto. Medidas que se institucionalizaron en Italia —los conocidos treinta o cuarenta días (cuarentena)—, y por las ciudades del arco mediterráneo occidental, a partir del último tercio del siglo XIV, concretamente 1377 (Ragusa/Dubrovnik); probablemente estimuladas más por el empirismo y buen sentido de los no profesionales que por los propios médicos, encelados en una concepción de las enfermedades epidémicas que se mostró poco operativa. Los reyes recurrieron, y también el municipio de Valencia (p.e. en 1400), a los profesionales sanitarios (médicos, cirujanos, apotecarios, barberos) para recabar información que les ayudase a conocer la naturaleza del fenómeno pestilencial y a delimitar su ámbito. Iba en ello, entre otras cosas, su seguridad personal y la propia posibilidad de vida comunitaria, cuya economía se trastocaba (114).

Parece que las medidas preventivas planteadas por los gobernantes de Valencia, guardaron relación con la concepción que sobre la fiebre pestilencial tenían los médicos del momento. La fiebre consistiría en una corrup-

(110) *Ibidem*, pp. 48-54.

(111) GALLENT, M. (1980), *op. cit.* en nota 10.

(112) RUBIO, A. (1979), *op. cit.* en nota 109, p. 74.

(113) *Ibidem*, p. 57; *Idem* (1983), Autobiografía i ficció en «L'Espill» de Jaume Roig. A propòsit de l'episodi en l'hospital. *L'Espill*, num. 17/18, 127-148.

(114) RUBIO, A. (1979), *op. cit.* en nota 109, pp. 130-131; también en el libro del mismo autor (1985), *Epistolari de la València medieval*. Valencia, pp. 199-202.

ción (*corrupció*) del entorno físico, fundamentalmente de las aguas. Así fue definida por los miembros del *Consell* en 1335. En esta misma concepción insistiría todavía Alcanyiz en 1490. Consecuente con ello, el municipio, a partir de 1335, intentó poner en práctica medidas que evitaran el cultivo del arroz por el sistema de correntías (115). Los médicos valencianos no ofrecieron apoyo alguno doctrinal sobre el que modificar estas medidas y/o adoptar otras nuevas, como la misma cuarentena, que no parece se aplicara en los siglos bajomedievales en Valencia.

En cambio, parece que la propia repercusión de las pestes —especialmente la de 1348— y mortalidades colectivas, la experiencia acumulada por el *Consell* y otros municipios valencianos, y la vinculación de aquel fenómeno a la corrupción del entorno físico, ayudó a introducir una serie de medidas —algunas de cierta audacia—, que fueron más allá del individuo y de los estrechos círculos cortesanos o adinerados, que se consideraron eficaces, y que se fueron extendiendo: control de alimentos, medidas para evitar la contaminación de aguas destinadas al uso doméstico, así como para procurar la evacuación de aguas sucias y limpieza de basuras, desecación de marjales, control de profesionales sanitarios. Tenemos seis ejemplos de la sensibilidad del municipio de Valencia y de la de algunos pueblos del reino (Borrriana) ante los problemas de salud pública derivados de las pestes o mortalidades colectivas, y de la decisión con que intentaron su solución recurriendo a medidas de carácter general y tecnológico. Nos referimos, en primer lugar, a la recogida de basuras y de animales muertos (perros, gatos, ratas, etc.). El servicio se institucionalizó en Valencia de forma definitiva a partir de 1402 (116). En segundo lugar, la desaparición de las aguas estancadas. Propósito que culminó en el audaz proyecto de 1386-91, de desecación de los marjales que rodeaban la capital del reino; medida con la que se consiguieron no solo nuevas tierras de cultivo (117), sino también mejorar las condiciones sanitarias (118). En tercer lugar, la constante lucha —desde 1334— para evitar en la comarca de *l'Horta* el sistema de cultivo de arroz basado en las correntías de agua; el poco éxito de tal política lo intuimos por las continuas prohibiciones que se repiten a lo largo de los siglos bajomedievales. En cuarto lugar, los acuerdos municipales de 1414,

(115) RUBIO, A. (1979), *op. cit.* en nota 109, p. 80.

(116) *Ibidem*, pp. 76-8.

(117) GLICK, T. F. (1970), *Irrigation and Society in Medieval Valencia*, Cambridge, Mss, pp. 44-48, 98-101.

(118) RUBIO, A. (1979), *op. cit.* en nota 109, p. 80.

de canalizar agua potable al Grao, para que sirviera al mismo tiempo de aguada a los barcos, y sustituir de ese modo el sistema de pozos dominante; proyecto que se sumó al de traída de aguas a la ciudad (119). En quinto lugar, las severas medidas adoptadas por el *Consell* para controlar a los nuevos profesionales (médicos, cirujanos y barberos) que, tras 1348, irrumpieron en la ciudad y reino (Morella, Xàtiva, Alzira), escasos o carentes de ellos (120). En sexto lugar, la queja presentada al rey por el municipio de Borriana en 1395, para que evitase la contaminación de las aguas destinadas a uso doméstico por los residuos de la molienda de aceituna de las almazaras de Vila-real, que eran arrojados a la acequia de la que se servían los vecinos (121).

- (119) Archivo «Rodrigo Pertegás». Siglos XIV-XV. Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Valencia.
- (120) RUBIO, A. (1979), *op. cit.* en nota 109, p. 74; GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.; RUBIO, A. (1989), *op. cit.* en nota 1.
- (121) ACA, reg. 1862, fol. 163r. Por estas fechas aparecen bastantes noticias de este tipo por la Corona de Aragón. Por ejemplo, las medidas y recomendaciones dictadas por el rey para mantener la limpieza de las aguas de los baños termales de Caldetes d'Estrac, de propiedad particular (concretamente de Berenguer Carrera, escribano real), «ubi est aqua sulphureosa cuius lavatio plures arterici, ydropici, paralitici et alii diversis oppressi infirmitatibus restituunt divina coherente clementia pristinae sanitati...», ACA, reg. 1.909, fols. 81v-82r; reg. 1.927, fols. 180v-181v (1394, julio 11). La mayor concentración de noticias de este tipo en los años finales del siglo XIV, no nos debe hacer olvidar que la preocupación por el entorno físico, y la relación entre un adecuado y limpio aire-ambiente y la conservación de la salud, es algo que se hace evidente en la documentación no médica catalana, ya en el primer tercio del siglo XIV. En efecto, vemos que por esas fechas la doctrina médica de las *sex res non naturales* (recordemos que la primera de ellas es, precisamente, la de aire/ambiente) ha adquirido plena vigencia social, y que los técnicos que las manipulan (*metges de física*) aparecen como los protagonistas que deciden en un pleito por contaminación del ambiente producida por humos resultantes de la fabricación de sulfuro de mercurio (*virnilionis*) para pinturas. La denuncia ante el *Veguer*, partió de las monjas del monasterio de Santa María de Jonqueres y de los vecinos de alrededor, contra el taller artesano de Joan Albert, cuyos humos procedentes de la fabricación del vermellón atentaban contra la salud (*nocibilis est; infert malam sanitatem*) de las monjas y de los vecinos». El rey, tras la consulta con los médicos (*deliberatione cum medicis phisice*), se inclinó por la continuidad de la fabricación (ACA, reg. 458, fols. 41r-v. 1.333, julio 26). El *Veguer* vuelve a intervenir con motivo también de las quejas de vecinos por los olores fétidos (*fetores*) debidos a la apertura no controlada, en varias casas del barrio judío, de unos albañales, cloacas y letrinas, cuyos vertidos salían al aire libre a través de un agujero abierto en la muralla vieja, junto al *call* de los judíos. De dichos olores surgía una *infectio*, «que podía causar enfermedades, no sólo en la vecindad, sino en otras partes de la ciudad...», y todo ello provocar un per-

El conjunto de todo ello nos permite afirmar que la mejora de la infraestructura sanitaria fue el mayor logro de la sociedad valenciana del siglo XIV (122). Nos importa subrayar que, aparte otras motivaciones, la mejora de la salud pública fue una de las razones, puestas de manifiesto por los municipios para abordar los problemas expuestos. Es decir, se fue configurando el convencimiento de que la salud y su mantenimiento era una responsabilidad de la colectividad, y de que había una estrecha relación entre las condiciones sociales (en este caso el entorno físico) y la enfermedad, así como entre número de profesionales debidamente cualificados y garantía de salud.

Si el capítulo de la enfermedad y el de su asistencia —privada y pública— nunca puede separarse del estudio de las condiciones sociales de los grupos humanos en que se producen, ello es más evidente en el período medieval. Pobreza-enfermedad es un binomio inseparable siempre, pero especialmente en la sociedad medieval donde una serie de acontecimientos (guerras, catástrofes biológicas y climatológicas, hambres) incidieron sobre unas estructuras socioeconómicas que acentuaban el desvalimiento de las masas de población —la *gran multitud de pobres e miserables* (1375), o la *gent comunament pobra e deserta de béns temporals* (1383)—, canalizando éstas hacia los centros urbanos (123). ¿Qué opción tenían ante la enfermedad —casi una forma de vida para ellos— estas masas desnutridas, carentes de higiene, pasto de enfermedades contagiosas? En la historia contemporánea de las sociedades desarrolladas, la medicina desempeña un protagonismo —tanto a nivel individual como social— absolutamente desconocido en el mundo medieval, pese al prestigio que pudieran tener determinados médicos, o a la existencia de procesos sociales como el de la configuración de la medicina en algo parecido a la profesión médica actual, o a las medidas que antes hemos enumerado. La enfermedad en el mundo medieval es un capítulo más de lo que se llama cultura de la pobreza del mundo medieval, e igualmente todo lo referente a su asistencia, en cuanto trasciende el plano personal; y aun éste, no puede contemplarse al margen de la configuración social y de su funcionamiento. Enfermedad y asistencia reproducen el sistema de

juicio en la salud pública (*publicam valitudinem*) (ACA, reg. 437, fol. 101r. 1330, junio 22). Cf. GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M. R. (en preparación), Public Health in Fourteenth-Century Crown of Aragon. *History of Medicine in the Middle Ages*. Annual Meeting, February, 1989. University of Toronto.

(122) RUBIO, A. (1979), *op. cit.*, en nota 109, pp. 76-81.

(123) *Ibidem*, pp. 70-71.

una sociedad post-feudal, pero que no ha dejado de serlo, en la que las condiciones del siervo —aunque jurídicamente no lo sea—, del esclavo y de la masa de miserables, con sus características de indefensión ante el azar enfermedad, se perpetuaron. La llamada «medicina para pobres» y «medicina para ricos», que continua siendo hoy una realidad, era el modo normal y único de concebir la medicina como forma de asistencia, y también como forma de conocimiento, de acuerdo con la estructura socioeducacional de la época, condicionada por el sistema de «castas» y el elevado coste de los estudios universitarios. Respecto a esto último baste saber que en Siena o Boloña, en la segunda mitad del siglo XV, el gasto anual de un estudiante que no viviera con su familia era de unos 30 florines de oro anuales, que correspondía casi al salario anual de un maestro artesano (entre 35-50 florines), y superior al de un trabajador manual (25-35 florines) (124); una cantidad, más o menos similar, era la que pagaba un miembro de la burguesía valenciana que, por los años 70-80 del siglo XV, enviaba a sus hijos a Boloña (125). No podemos olvidar este aspecto al considerar el fracaso, de hecho, de las medidas establecidas por los *Furs* de 1329.

En el período bajomedieval hay novedades respecto a la atención médica. El paternalismo asistencial médico característico de un régimen feudal —aun manteniéndose en muchas áreas—, se rompió a favor de una más amplia preocupación y tutela de asistencia médica, que —como ya hemos visto— revistió las formas propias del asociacionismo estamental y de la organización municipal. Los gremios valencianos del siglo XV se preocuparon de que llegase a sus asociados una cobertura médica o quirúrgica, e igual hicieron los municipios. Tenemos ejemplos para Morella y su comarca durante el siglo XIV; también en la segunda mitad de esta centuria el municipio de Valencia contrató a dos médicos para asistir a los enfermos miserables de la ciudad, durante la peste de 1362 (126).

El profesional sanitario (médico, cirujano, barbero, con una borrosa frontera en el acto médico, a veces, entre ellos), ya socialmente diferenciado con claridad, fue contratado de acuerdo con las pautas propias del mundo mercantil. Ya hemos comentado algunas de las consecuencias de esta prác-

(124) PARK, K. (1985), *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*. Princeton, N. J., pp. 123-6, 242-6.

(125) ARRIZABALAGA, J.; GARCÍA BALLESTER, L.; SALMON, F. (1988, en prensa), *op. cit.* en nota 61.

(126) RUBIO, A. (1979), *op. cit.* en nota 109, pp. 73-74.

tica económica. La asistencia a los «pobres» —término polisémico que engloba a muy varios colectivos en la época bajomedieval, y que apenas tiene que ver con la también confusa acepción actual— es siempre contemplada. El estar, pues, sometida la práctica médica a las leyes mercantiles, junto con la total ausencia en el período medieval de cualquier medida organizada tendente a disminuir o paliar el azar de cualquier tipo de infortunio, hizo que los ingresos de los profesionales médicos fueran tan variables que muchos de éstos, o sus familiares, —sobre todo sus viudas, obligadas a vender poco a poco su patrimonio—, acabarían en lo que se ha llamado pobreza vergonzante.

#### 8. LOS CAMBIOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA

Conocido es, sobradamente, el papel central del cristianismo y de la Iglesia en la vida medieval. Tras la conquista del Reino de Valencia, uno de sus campos de actuación fue el de la asistencia al pobre. Ésta fue una de las obligaciones del obispo en cuanto dirigente y pastor de la comunidad, compartida con las distintas órdenes religiosas, especialmente sensibles a esta realidad social, que se instalaron en el territorio (127); con el tiempo, esta responsabilidad fue asumida por cristianos no jerarquizados. La necesidad de dar forma a la caridad, y de cumplir con mandatos expresos evangélicos, que hacen del pobre y de su asistencia un elemento central de la praxis cristiana, junto a la necesidad de redimir culpas espirituales mediante la limosna y atención al desvalido, fue configurando un tipo de asistencia por parte de la Iglesia, las órdenes religiosas, burgueses acaudalados, y movimientos religiosos (por ejemplo, el beguínismo), que adquirió forma institucionalizada en los llamados hospitales. De ahí que en la Edad Media no fueran un lugar de curación, sino un lugar donde se atendía al ser humano desvalido y enfermo. En general, la creciente eficacia de la organización municipal, junto a factores económicos derivados del propio régimen económico de estas instituciones (problema, por ejemplo, de la fluctuación de las rentas), añadido a una creciente secularización de la vida social, hizo que todas estas fundaciones, conforme avanzaban los siglos XIV y XV, intentaran unirse en un intento de racionalizar recursos y funciones, y se incremen-

(127) BURNS, R. I. (1967), *The Crusader Kingdom of Valencia*. 2 vols. Cambridge, Mss.; *Idem* (1965), Los hospitales del Reino de Valencia en el siglo XIII. *Anuario de Estudios Medievales*, 2, 135-154; *Idem* (1967), Un monasterio-hospital del siglo XIII. San Vicente de Valencia. *Anuario de Estudios Medievales*, 4, 75-108.

tase el intervencionismo municipal. Todo este capítulo de la asistencia institucionalizada al pobre, que forma parte de un más amplio capítulo de la historia social (se ha dicho del hospital bajomedieval que fue un espejo de la miseria humana), nos importa porque, precisamente en esta época, el enfermo se fue diferenciando del pobre, en el sentido de vincular su asistencia —o mejor dicho, una parte de ella— a profesionales técnicamente formados. Otra cosa sería la eficacia, personal y social, (ahí está constantemente presente la importancia de la muerte y de su rito en estas instituciones asistenciales) de la asistencia técnica.

El personal técnico médico se incorporó al hospital medieval muy a finales del siglo XIII, y de forma creciente a lo largo del siglo XIV. Los primeros datos para Valencia los tenemos a partir de 1311, cuando el fundador del hospital de *En Clapers*, dotó con un puesto de médico, con el salario anual de cincuenta sueldos (128). En el último tercio del siglo XIV, el personal técnico sanitario que atendía a los enfermos en un hospital valenciano como el de *En Clapers*, estaba constituido por un médico-cirujano (o un médico y un cirujano, cuando no concurrían ambas actividades en la misma persona), un barbero (que realizaba, por entonces, sólo funciones auxiliares de sangrador), y el *specier*, si bien estos dos últimos no formaban parte de lo que podríamos llamar plantilla de la institución (129). La incorporación del médico, o del cirujano/barbero, podía hacerse de forma contractual, normalmente por períodos temporales, o como extensión caritativa de los profesionales sanitarios. En relación con esto último, se urgía a médicos y cirujanos a visitar gratuitamente a los enfermos pobres en los hospitales, y fuera de ellos. En este sentido, hay un mandato ético expresado de forma muy clara en un comentario anónimo, en latín, de mediados del siglo XIV, a los *Furs* de Valencia, donde se afirma que «el médico tiene obligación de curar al enfermo pobre sin exigir pago por ello, pues debe apreciar más la vida del pobre que sus propios honorarios» (130). No obstante, la forma de relación más madura y organizada fue el contrato, del que nos consta su existencia para instituciones asistenciales valencianas desde el segundo decenio del siglo XIV (131).

- (128) RUBIO, A. (1983), Un hospital medieval según su fundador: el testamento de Bernat dez Clapers (Valencia, 1311). *Dynamis*, 3, 373-387, p. 378.
- (129) RUBIO, A. (1984), *op. cit.* en nota 59, p. 40 ss.
- (130) Archivo «Rodrigo Pertegás». Siglos XIV. XV. Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Valencia.
- (131) RUBIO, A. (1984), *op. cit.* en nota 59, pp. 122-6.

Llama la atención el que a comienzos de este siglo (1306), las visitas episcopales a los hospitales de Barcelona, muy minuciosas y exigentes ante la gestión del administrador-director del centro o *rector*, no se fijaran para nada en el personal sanitario (médico, cirujano, barberos, especiero) —que lo había— y su función, mostrando una indiferencia total por la organización sanitaria del centro, totalmente secundaria para los responsables de los centros (132). Nos hacemos una idea del papel del personal técnico asistencial (médico y/o cirujano, barbero) y de la atención curativa hacia la enfermedad corporal en la institución hospitalaria, si tenemos en cuenta que el salario del personal médico en el hospital valenciano de *En Clapers*, ya muy evolucionado, en un año normal (1388-89), representaba alrededor del 4% de los gastos totales del centro y la cuarta parte de lo que éste se gastaba en salarios para personal, ocupando las medicinas compradas por disposición del médico y/o cirujano, poco más que el 5% (133). Estas cifras nos dicen, mejor que ningún otro comentario, el papel muy secundario que jugaban, el médico, como técnico-curador, y la medicina, como técnica curativa, en un hospital medieval ya evolucionado. Junto a la asistencia a los enfermos pobres acogidos, el hospital destinaba la otra parte importante de sus recursos al cuidado de niños expósitos (*borts*), y, ya en muy escasa medida, a sus funciones de hospicio o albergue (134).

Los centros asistenciales en los que se fue ofreciendo ayuda médica técnica son relativamente pequeños, y limitados en sus dimensiones asistenciales por el espacio físico y las rentas, sometidas a una fuerte depreciación. Por ejemplo, la cifra de «enfermos pobres», en 1306, para el hospital de *En Colom* de Barcelona (fundado en 1229) era de 10, y de 16 para el de *En Marcús* (135); cifras parecidas son las del de *En Clapers* en Valencia para el siglo XIV (entre 13 y 24) (136). En muchas ocasiones los niños expósitos, atendidos también por el hospital, superaban esas cifras (137). Una ciudad como Valencia —en torno a los 30.000-40.000 habitantes a finales del siglo XIV—,

(132) PIFARRÉ, D. (1981-82), Dos visitas de comienzos del siglo XIV a los hospitales barceloneses d'En Colom y d'En Marcús. En: RIU, M. (dir.), *La pobreza y la asistencia a los pobres en la Cataluña medieval*. Barcelona, II, 81-93.

(133) RUBIO, A. (1984), *op. cit.* en nota 59, pp. 137-8.

(134) RUBIO, A. (1982), La asistencia hospitalaria infantil en la Valencia del siglo XIV: pobres, huérfanos y expósitos. *Dynamis*, 2, 159-191.

(135) PIFARRÉ, D. (1981-82), *op. cit.* en nota 132, p. 87.

(136) RUBIO, A. (1984), *op. cit.* en nota 59, pp. 129 ss.

(137) *Ibidem*, p. 100

contaba con diez hospitales (138), correspondiendo una media —muy difícil de precisar, pero creemos que indicativa— de 15-23 enfermos (no hablamos de «camas») hospitalizados por diez mil habitantes, si bien de todos ellos no nos consta personal médico contratado ni asistencia médica regular. Por los estudios monográficos para Valencia en los siglos XIV (139) y XV (140), sabemos que los miembros de las minorías judía y musulmana no eran atendidos ni acogidos en estos centros (probablemente ellos —al menos la judía (141)— tendrían sus instituciones), si bien era aceptada como normal la presencia profesional de sanadores y médicos, de uno u otro sexo, aunque sin vinculación contractual con la institución, la cual pagaba sus servicios *ad hoc* (142).

Los enfermos eran objeto de una selección —salvo en tiempo de enfermedad catastrófica—, un tanto tosca, para su admisión: los diagnosticados de «lepra», eran reclusos en el centro para leprosos (hospital de *Sant Llàtzer*); los «locos» (*orats*) solían ser reenviados a sus familiares, expulsados de los centros de población (143) o ingresados en alguna sala especial (donde las había) o al centro para ellos (si existía); los afectos de «mal de foc» (ergotismo) al hospital de *Sant Antoni*; la ceguera y toda la constelación de enfermedades oftálmicas no eran aceptadas como enfermedad.

La locura empezó a ser atendida como tal, en las instituciones bajomedievales cristianas de la Corona de Aragón, desde los años setenta del siglo XIV; al menos a estas fechas (1375) corresponden las primeras noticias que poseemos de asilados en dependencias de hospitales (*casa dels orats*); por ejemplo, en el de *En Colom* de Barcelona, donde eran tratados por el médico y, en ciertos casos, sujetos con cadenas y grilletes, o confinados en compartimentos cerrados (144). No hemos encontrado enfermos *orats* en la docu-

(138) *Ibidem*, pp. 38 ss.

(139) RUBIO, A. (1981), *op. cit.* en nota 59; *Idem* (1982), *op. cit.* en nota 134; *Idem* (1983), *op. cit.* en nota 128; *Idem* (1984), *op. cit.* en nota 59.

(140) RODRIGO PERTEGAS, J. (1927), Hospitales de valencia en el siglo XV. Su administración, régimen interior y condiciones higiénicas. *Rev. de Arch., Bibl. y Mus.*, 90, 561-609; GALLENT, M. (1981), Aproximación a un modelo medieval de institución sanitaria, *Saitabi*, 31, 73-87; *Idem* (1982), El proceso de unificación de los hospitales valencianos (1482-1512). En: *Estudios dedicados a Juan Peset Aleixandre*. Valencia, II, 69-84.

(141) GARCÍA, A. (1982), Médicos judíos en la Valencia del siglo XIV. En: *Estudios dedicados a Juan Peset Aleixandre*. Valencia, II, p. 90.

(142) RUBIO, A. (1984), *op. cit.* en nota 59, p. 125.

(143) RUBIO, A. (1985), *Epistolari de la València medieval*. Valencia, pp. 292-93, doc. 117.

(144) LINDGREN, U. (1976), Narren und Tieren. Über das Verhältnis der Menschen zur vernunftlosen Kreatur. *Sudhoffs Arch.*, 60, 271-88.

mentación conservada de los hospitales del siglo XIV valenciano, y no sabemos si la situación era parecida cuando a comienzos del siglo XV (1409) se creó en Valencia un establecimiento hospitalario exclusivamente dedicado a estos enfermos (*hospital de Ignoscents, folls e orats*). Su novedad consistió en el tipo exclusivo de asilados que acogía, que conservó apenas noventa años, pues en 1493 sus administradores solicitaron del rey autorización — y la obtuvieron —, para dejar de tener este único objetivo asistencial y *poder rebre altres pobres que no sien dements e insensats* (145). La iniciativa de su fundación corrió a cargo de la burguesía valenciana, que contaba ya con una experiencia de cien años de protagonismo asistencial en la ciudad, desde que Bernat dez Clapers (1311) rompió expresamente con el modelo de hospital tutelado por una comunidad religiosa, e inauguró para Valencia el modelo de hospital laico o de tutela burguesa (146), teniendo en cuenta que nunca el hospital, durante el período medieval, perdió su carácter de institución piadosa (147).

Al finalizar el siglo XIII, había no menos de 22 centros hospitalarios (hospitales y hospicios) repartidos por el reino, de los que seis estaban en la capital. Todos ellos fueron tutelados por eclesiásticos, corriendo a cargo de la Iglesia la iniciativa fundacional (148), quizás con la excepción del de *Sant LLàtzer*, que ya en 1319 dependía del municipio (149). Este número hacía de la capital valenciana una de las más desprovistas de instituciones hospitalarias del Mediterráneo occidental; recordemos que, por entonces, Piacenza disponía de treinta y una, que en Pistoia funcionaban diecinueve, y que en Zaragoza había once (150). La conciencia de esta circunstancia, no parece estuvo ausente del movimiento fundacional hospitalario en la Valencia del siglo XIV. La gran novedad asistencial del siglo XIV valenciano fue que en 1311, con la fundación del hospital de *En Clapers*, se rompió con el modelo eclesiástico tradicional y se inició «un modelo hospitalario distinto, caracterizado por un relativo alto grado de secularización en sus estructuras, que podemos considerar con razón como un producto del mayor protagonismo

(145) GALLENT, M. (1980), *op. cit.* en nota 10.

(146) RUBIO, A. (1984), *op. cit.* en nota 59, pp. 33 ss.

(147) JETTER, D. (1972), Los hospitales en la edad media. En: LAIN ENTRALGO, P. (dir.), *Historia universal de la medicina*. Barcelona, III, 263-95.

(148) BURNS, R. I. (1965), *op. cit.* en nota 127.

(149) RUBIO, A. (1984), *op. cit.* en nota 59, p. 54.

(150) *Ibidem*, p. 30.

burgués en la cuestión asistencial, ya que es precisamente en los hospitales burgueses de nueva creación donde se va configurando el modelo» (151). Fue durante este siglo cuando se perfiló la red hospitalaria local, de acuerdo con tres fases íntimamente dependientes de la coyuntura socioeconómica: la primera, desde finales del siglo XIII (fundación del hospital de la *Reina*) hasta aproximadamente 1336 (en que ya había sido fundado el hospital *dels Beguïns*), se caracterizó por su originalidad y dinamismo; la segunda, entre finales de los años treinta y 1376 (año en que se remodeló el hospital de la *Reina*), se distinguió por la total ausencia de iniciativas asistenciales, tanto civiles como eclesiásticas, y el profundo deterioro de la red hospitalaria valenciana; la tercera, hasta 1409 (creación del hospital *de Ignoscents, folls e orats*), remodeló y amplió la red asistencial (152).

El nuevo siglo se inició con la importante novedad del hospital *de Ignoscents*. Pero lo que queremos destacar del siglo XV, desde el punto de vista del modelo asistencial, fueron los intentos de racionalización de la red hospitalaria por parte del municipio, que pasaba por la unificación de los hospitales en un *Hospital general*. La propia configuración financiera que los hospitales valencianos fueron adquiriendo hacia finales del siglo XIV (creciente participación en la deuda municipal), así lo hacía prever (153). La primera propuesta fue de 1482, y en ella se aludía al proceso similar seguido en otros lugares (154). Aunque no nos consta, no es extraño se tuviera presente a la ciudad de Barcelona donde, en 1401, los hospitales de *En Colom*, *En Vilar*, *En Pere Desvilar* y de *En Marcús*, de tutela municipal y/o episcopal, se unieron en lo que se llamó hospital general de la *Santa Creu*, o bien al proceso similar que se vivió en la Ciutat de Mallorca en 1456 (155). Parece ser que razones políticas (enfrentamientos rey-municipio, con grave debilitamiento de la iniciativa política municipal), socioeconómicas (coyuntura desfavorable, más

(151) *Ibidem*, p. 43.

(152) *Ibidem*, pp. 25-74.

(153) *Ibidem*, pp. 92-5.

(154) GALLENT, M. (1982), *op. cit.* en nota 140, p. 70.

(155) DANON, J. (1967), *El Hospital General de Santa Cruz de Barcelona*. (Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. Mecanografiada); PIFARRÉ, D. (1981-82), *op. cit.* en nota 132, pp. 82 ss. Los hospitales que se unieron en Mallorca fueron: Sant Andreu, Sant Esperit dels ressos, Santa Magdalena, Santa Catalina dels pobres y Sant Llàtzer (leprosos). Véase, LÓPEZ MOLINA, J.; ESTEBAN DE ABIZANDA (1961), *El Hospital Provincial de Baleares (1456-1960)*. Palma; RODRÍGUEZ TEJERINA, J. M. (1974), La medicina medieval en Mallorca. En: MASCARO, J., *Historia de Mallorca*, V, pp. 56-66.

desviación de recursos hacia el exterior) (156), y de graves enfrentamiento entre las propias instituciones hospitalarias (hospital de *Ignoscents «versus»* los otros), se conjugaron para que el proceso de unificación no se llevara a cabo. Hubo que esperar a 1512 (157).

(156) BELENGUER, E. (1976), *València en la crisi del segle XV*. Barcelona.

(157) GALLENT, M. (1982), *op. cit.* en nota 140.