



# **ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL CAMINO DE SANTIAGO**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO EN MEDICINA  
CURSO 2022-2023**



**AUTORA: BELÉN PERALES MARTÍNEZ**

**TUTOR: DR. JOSÉ MARÍA EIROS BOUZA**



## ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. LOS CAMINOS ORIGINALES.....	6
3.1 El camino francés.....	7
3.2 El camino inglés.....	7
4. ENFERMEDADES INFECCIOSAS.....	7
4.1 Enfermedades bacterianas.....	8
4.1.1 La lepra.....	9
4.1.2 La peste.....	10
4.1.3 Otras enfermedades bacterianas.....	12
4.2 Enfermedades víricas.....	13
4.3 Enfermedades fúngicas.....	14
4.4 Enfermedades parasitarias.....	14
5. ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	15
5.1 El Hospital del Rey de Burgos.....	16
5.2 El Hospital de Caridad de Ferrol.....	18
6. CONCLUSIONES.....	20
7. BIBLIOGRAFÍA.....	22
8. PÓSTER.....	24

## **1. Resumen.**

El Camino de Santiago es desde hace siglos una de las grandes rutas de peregrinación occidental. Ha sido destino de miles de peregrinos, que acudían al Apóstol por motivos diversos, pero todos impulsados por una fe ardiente. Uno de los mayores retos para los peregrinos eran las enfermedades, de manera especial las infectocontagiosas. Con los conocimientos propios de su época, los médicos de entonces eran capaces de diagnosticar clínicamente la patología, y tratarla, además de pautar las medidas profilácticas necesarias. Su actividad la llevaban a cabo en los hospitales situados a lo largo del Camino, donde se practicaba la caridad cristiana de forma conmovedora. El objeto de este trabajo es repasar brevemente la historia del Camino de Santiago y detallar cuáles eran las rutas originales, para centrarnos en la patología infecciosa que aquejaba a los peregrinos, así como en la asistencia sanitaria que se les dispensaba.

## **Abstract.**

The Road to Santiago has been for centuries one of the greatest pilgrimage routes in the West. It has been a destination for thousands of pilgrims, who went to the apostle for many different reasons; all of them, however, driven by an ardent faith. One of the biggest defiances for the pilgrims were the diseases, especially the infectious ones. With the knowledge of their time, the physicians back then were capable of giving a clinical diagnosis, and treating the disease, apart from suggesting profilactic measures if necessary. They performed their activity in the hospitals spread along the Camino, where christian charity was practised in a most touching way. The purpose of this work is to briefly review the history of the Camino of Santiago, and to detail the original routes, to then concentrate in the infectious pathology that took over the pilgrims, as well as the medical care that they received.

## 2. Introducción. El Camino de Santiago.

La peregrinación a Santiago de Compostela ha tenido desde hace siglos una enorme repercusión en España y en el mundo entero. Esta ciudad es, junto con Roma y Jerusalén, uno de los grandes lugares de peregrinación cristiana. Así, el principal motivo por el cual un peregrino emprendía el viaje era de tipo espiritual. Los romeros acudían al apóstol para solicitar la expiación de sus pecados, para pedir su intercesión por alguna causa, o como agradecimiento por algún favor recibido. De esta manera, la peregrinación medieval era entendida como un viaje espiritual, un camino exterior que reflejaba un recorrido interior (1).

Por otro lado, la ruta jacobina no debe su celebridad únicamente a su atractivo religioso, sino que también fue promovida por ser un elemento político fundamental. En una época donde la expansión del Islam amenazaba la Península, diversos monarcas alentaron la peregrinación a Santiago, adquiriendo el apóstol un importante papel como custodio de la fe cristiana (2). Por último, resultan innegables las aportaciones del Camino en los ámbitos económico, social y cultural. El Camino de Santiago simbolizaba los cimientos de la identidad europea, y representaba un lugar de intercambio de mercancías y conocimientos. Esto sin duda promovió el avance de las civilizaciones occidentales, enriqueciendo de manera particular a España (1).

Los comienzos de la peregrinación a Compostela están ligados a la aparición de los restos del Apóstol, fechada entre los años 812 y 814 en Iria Flavia (el actual Padrón) (3). La leyenda cuenta que los restos del Apóstol habrían llegado hasta España en barco y un día, el ermitaño Pelayo vio una luminosa estrella posarse sobre el monte Libredón (de ahí el nombre, "campo de estrellas"). Corrió a comunicárselo al obispo Teodomiro y al llegar ambos, hallaron una tumba que contenía un cuerpo degollado con la cabeza debajo del brazo (4). El obispo apremió a acudir a la tumba al rey Alfonso II de Asturias, llamado el Casto, convirtiéndose este en el primer peregrino de Santiago en el año 834. Al volver de su viaje, el monarca ordenó construir la primera capilla dedicada al discípulo, donde fueron depositadas sus reliquias. Esta visita del rey benefició mucho el desarrollo del Camino, lo que le granjeó el cariño y la admiración de peregrinos y autóctonos. Un poco después, en el mismo siglo IX, el papa León III reconocía Santiago como lugar de peregrinación en su carta titulada "*Noscat fraternitas vestra*" (5). La posterior erección de la catedral y su incomparable figura como defensora del cristianismo durante la Reconquista contribuyeron a impulsar la creciente popularidad de la ruta jacobea (3).

De esta manera, el *Iter Sancti Iacobi* fue creciendo en reconocimiento e importancia, a medida que se incrementaba el aflujo de peregrinos que acudían a venerar al apóstol. Sin embargo, durante los siglos IX y X, no pasó de ser un fenómeno de carácter fundamentalmente local (2). Fue a partir del siglo XI, especialmente gracias a los reyes de Navarra, Aragón, Castilla y León cuando el Camino adquirió auténtica relevancia internacional. Los monarcas contribuyeron, apoyando que se repararan los caminos abandonados, se construyeran puentes, y se edificaran hospitales, conscientes de la importancia de fomentar la fe cristiana en el contexto de la Reconquista (4). Quedaron entonces definidas múltiples rutas del Camino, que recorrían las vías romanas que unían diferentes puntos de la península, con una configuración muy similar a la que conocemos hoy en día. En los siglos XII y XIII, le llegó a Santiago un impulso definitivo, con la concesión desde Roma de los Años Santos Compostelanos: el año que coincidiese la fiesta del apóstol, el día 25 de julio, en domingo, todos los que realizaran el peregrinaje obtendrían la indulgencia plenaria (4).

Por otro lado, además de la Corona, no podemos olvidar el enorme impulso que supusieron para el Camino diversas órdenes monásticas. Especial atención merece la orden de Cluny, responsable en gran medida de la europeización de la ruta jacobea (5). Destaca la figura de Aymeric Picaud, monje benedictino que vivió en el siglo XII, al que se le atribuye la "Guía del Peregrino". Este es el quinto y último libro del "Codex Calixtinus", en el que se reúnen oraciones, himnos, salmos, sermones, y milagros relacionados con el Apóstol Santiago, y que hoy en día se encuentra en el Archivo de la Catedral. Debió de ser escrito aproximadamente en 1140. En esta guía, se ofrece a los peregrinos diversos consejos sobre el Camino, principalmente la vía francesa, y se ilustran las costumbres locales de cada zona, incluyendo posibilidades de alojamiento, advertencias de peligros e infinidad de anécdotas. En realidad, aunque el nombre de Aymeric Picaud es el más frecuentemente asociado a este libro, existe controversia respecto a la autoría. En cualquier caso, lo que parece evidente es que quien lo escribiera amaba el Camino, y había realizado la peregrinación no una, sino varias veces (6).

Desde el último tercio del siglo XI, y hasta los siglos XII y XIII, la ruta jacobea alcanzó su momento de máximo apogeo. Se convirtió, entre los grandes destinos cristianos de peregrinaje, en el de mayor significado. Esto motivó a su vez un importantísimo auge demográfico, potenciando las humildes poblaciones que hasta entonces habían salpicado el Camino (1). Una figura reseñable del momento es Mohamed Al-Idrisi (Ceuta, 1099-1169), el cartógrafo hispanomusulmán más reconocido de su siglo, que describió de forma harto precisa la ciudad de Santiago, su catedral, y cuatro de las vías

que llevaban hasta allí (2). Por otro lado, la batalla de las Navas de Tolosa, en 1212, marcó un hito en la Reconquista, lo cual a su vez determinó un aumento del número de romeros (1).

Más adelante, durante los siglos XIV, XV y XVI el flujo de peregrinos a Santiago se vio muy mermado. En esto influyeron diversos factores, como los conflictos que arreciaban en Europa, y diversas corrientes ideológicas: el Renacimiento, el protestantismo y el anglicanismo a partir del siglo XVI y, la Ilustración y el Racionalismo, a finales del XVIII y principios del XIX (2). Después de estas centurias, la ruta jacobiana vivió un nuevo renacer. La bula del papa León XIII en 1878, en la que reconocía la autenticidad de los restos del apóstol, contribuyó al incremento del flujo de peregrinos una vez más (3).

En este trabajo, nos centraremos en la medicina en el Camino de Santiago; concretamente, en las enfermedades infecciosas y en la asistencia hospitalaria a los peregrinos. Una vez revisada su historia y colocado en contexto, nos detendremos en primer lugar en las diferentes vías que lo componían, especialmente, en las que van a ser objeto de nuestro estudio. Después, revisaremos la epidemiología y difusión de las enfermedades infectocontagiosas a lo largo de la ruta jacobea, cuya relevancia es debida tanto a su frecuencia como a su peligrosidad. Asimismo, estudiaremos las medidas profilácticas y las formas de tratamiento que se adoptaban en el camino. Seguidamente, nos centraremos en dos hospitales de la ruta jacobea, a través de los cuales estudiaremos los servicios que se ofrecían a los peregrinos que recorrían el Camino. En general, la patología infecciosa que se atendía era en esencia la misma en todos los caminos, mientras que la forma de asistencia difería algo más, principalmente por la diferencia de recursos disponibles en cada zona.

### **3. Los Caminos originales.**

Tradicionalmente, la Ruta Jacobea constaba en Galicia de ocho trayectos: el Camino francés; el Camino primitivo; el Camino del Norte; el Camino inglés; el Camino portugués; la vía de la Plata; la Ruta del Mar de Arousa y río Ulla; y el Camino de Fisterra-Muxía (5). Siendo estas las principales vías del Camino, se encuentran plasmadas en el libro V de la compilación “Liber Sancti Jacobi”, la ya mencionada “Guía de los Peregrinos a Santiago”. Las ramificaciones secundarias del camino francés también están detalladas en dicho escrito (6).

Centraremos este estudio en dos de las arterias principales: el camino francés y el inglés. El camino francés ha sido sin lugar a duda el más transitado a lo largo de los

siglos. Esto lo convierte en la vía de mayor incidencia y difusión de toda clase de patologías, así como en un ejemplo paradigmático para estudiar la asistencia sanitaria a los peregrinos. Por otro lado, la ruta inglesa del Camino siempre ha sido mucho más desconocida. Supone un contrapunto curioso al esplendor del camino francés, y amplía la visión acerca del Camino de Santiago. Ambas rutas comparten algunas semejanzas, y difieren también a algunas cosas. A continuación, se detallan de forma un poco más exhaustiva.

### **3.1 El Camino Francés**

En el Camino francés confluían la mayoría de las vías medievales de peregrinación europeas, siendo especialmente reseñables las cinco que partían de Francia. Su punto de inicio común era localidad francesa de Saint-Jean-Pied-de Port, ruta que obligaba a los peregrinos a atravesar los Pirineos nada más comenzar la travesía. Otra opción era iniciar el viaje en Roncesvalles, para seguir hasta Santiago pasando por Logroño, Burgos, León, Ponferrada, O' Cebreiro, y Sarria. Lo más aventureros elegían alargar el viaje y llegar hasta Finisterre, donde, según los romanos, se hallaba el fin del mundo. El camino francés sigue siendo hoy en día el más transitado y, junto con la propia catedral, goza del reconocimiento de la UNESCO como Patrimonio de la Humanidad (5).

### **3.2 El Camino Inglés**

La vía inglesa del Camino de Santiago contiene varias peculiaridades que hacen de ella una senda especial. En España daba comienzo en los puertos gallegos, principalmente los de Ferrol y A Coruña, donde desembarcaban los peregrinos de ultramar; ingleses, escoceses, irlandeses y escandinavos, que al pisar tierra firme llevaban ya un largo viaje a las espaldas. Los primeros en dar a conocer la historia del Apóstol en estos países fueron los barcos mercantes. Lógicamente, tardó en popularizarse, en parte porque las noticias tardaban más en llegar, y en parte porque el desplazamiento en barco era aún más costoso y difícil que la peregrinación a pie o a caballo. Además, la aparición del anglicanismo en el siglo XVI propició que el catolicismo perdiese fuerza en esas zonas. No obstante, con el tiempo, esta ruta fue creciendo en reconocimiento, aunque siendo siempre menos transitada que otras vías del Camino. Discurría a través de las Rías Altas gallegas, y constaba de siete escalas: Ferrol, Neda, Pontedeume, Betanzos, Bruma, A Coruña, Sigüeiro y finalmente, Santiago de Compostela (4).

## **4. ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL CAMINO DE SANTIAGO.**

Sin duda, uno de los mayores desafíos para los que se aventuraban a realizar el peregrinaje a Santiago eran las enfermedades, comunes y frecuentes a lo largo de todo

el camino. Es previsible que hubiese una importante difusión de toda clase de patologías contagiosas, traídas por los peregrinos, procedentes de las diferentes regiones cristianas de Europa. Por otro lado, las epidemias frecuentes en las localidades a lo largo del Camino afectaban especialmente a los que carecían de inmunización previa. A todo esto, hay que añadir la fatiga de las jornadas, las deficiencias en la nutrición e higiene de los peregrinos y las lesiones derivadas de las caminatas, así como los frecuentes traumatismos, lo que redundaba en un sistema inmunológico algo comprometido. Además, muchos romeros acudían al apóstol no solo buscando el perdón de sus culpas, sino también para suplicar la sanación de sus cuerpos. Todo lo anterior hacía de la ruta jacobea un caldo de cultivo en el que podían encontrarse toda clase de dolencias. Tanto era así, que la mortalidad alcanzaba elevados índices, y muchos caminantes eran enterrados en los cementerios de peregrinos que se hallaban extendidos por todo el Camino, antes de llegar a Santiago (3).

Entre todas las afecciones que padecían los romeros, las enfermedades infecciosas ocupan un lugar destacado. A continuación, haremos una descripción de las más prevalentes y documentadas. Cabe destacar que estas enfermedades eran comunes a todas las vías del camino (lo revisaremos con más detenimiento). Por motivos puramente didácticos se clasificarán atendiendo a su etiología: bacterianas, víricas, fúngicas o parasitarias. Por otro lado, merece la pena puntualizar que en ese momento histórico aún estaba lejos de descubrirse dicha etiología, de modo que en los hospitales se dividía a los enfermos según la sintomatología, y los aparatos u órganos afectados (2).

#### 4.1 Enfermedades bacterianas

Las enfermedades bacterianas son, de lejos, las más ampliamente documentadas en el Camino de Santiago de toda la patología infecciosa. En concreto, algunas de ellas merecen especial atención por su relevancia. Debajo, dejamos una tabla de elaboración propia para esquematizar el estudio de las enfermedades bacterianas.

	AGENTE	SINTOMATOLOGÍA	MEDIDAS
<b>LEPRA</b>	<i>Mycobacterium leprae</i>	Cutánea y neurológica	Aislamiento de los enfermos para siempre. Posterior creación de hospitales

<b>PESTE</b>	<i>Yersinia pestis</i>	Fiebre, hemoptisis, adenopatías	Quemar las ropas de los peregrinos
<b>TUBERCULOSIS</b>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Disnea, hemoptisis	
<b>TIFUS EXANTEMÁTICO</b>	<i>Rickettsia prowazecki</i>	Fiebre, tos, vómitos, desnutrición	Quemar las ropas
<b>FIEBRE TIFOIDEA</b>	<i>Salmonella typhi</i>	Fiebre alta, astenia, dolor abdominal	Hidratación abundante
<b>GONOCOCIA</b>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Disuria, polaquiuria, secreciones	Descargas uretrales

#### 4.1.1 La lepra

El agente causal de la lepra es el *Mycobacterium leprae*, también llamado bacilo de Hansen, en honor a su descubridor. Las primeras referencias a esta enfermedad datan de cinco milenios AC en Egipto, y un poco más adelante las encontramos también en China y en la India, así como en escritos de los médicos de Alejandro Magno (2). Existe algo de controversia sobre la llegada de la lepra, o gafedad, a España. Mientras que algunos aseguran que llegó a la Península en tiempos de los fenicios, otros defienden que fue importada por las tropas romanas provenientes de Siria y Egipto (3). Se difundió por Europa a partir del siglo VI y, especialmente, después de las cruzadas (siglos XI-XIII). Gracias a su baja tasa de contagio (el reservorio de la lepra es exclusivamente humano, y su contagio solo se da mediante el contacto frecuente y repetido con los enfermos), así como al aislamiento al que se sometía a los enfermos o “gafados”, se observó un descenso en su incidencia a partir del siglo XIV. Contreras Dueñas defiende que de los siglos XI a XIV una de las principales vías de difusión de esta enfermedad fueron los peregrinos (7).

Las afectaciones clínicas de la lepra son principalmente cutáneas y de los nervios periféricos. Cabe hacer una distinción entre los diferentes estadios en los que podemos encontrar la enfermedad; estos son: Lepra precoz, lepra tuberculoide, lepra lepromatosa y lepra intermedia o limítrofe. Las lesiones cutáneas son máculas o placas hiper o hipopigmentadas, que asocian también zonas de hipo o anestesia. En casos más avanzados pueden presentar pérdida de los órganos cutáneos normales, como glándulas sudoríparas y folículos pilosos. Es asimismo frecuente la pérdida de la cola de las cejas, así como la afectación de las mejillas, o del tabique nasal, lo que en estos casos da lugar a la facies leonina típica. Además, el paciente puede padecer dolor

neurítico importante (8). Los traumatismos en estas zonas frecuentemente daban lugar a infecciones secundarias y úlceras, e incluso pérdida de falanges (3).

Hoy en día, el diagnóstico de confirmación de lepra se hace mediante orientación y valoración clínica, biopsia cutánea, baciloscopia, técnicas de detección molecular y serología (8). Sin embargo, estos avances estaban, por supuesto, lejos de alcanzarse en la Edad Media. El diagnóstico era puramente clínico. Miguel Cordero del Campillo hace referencia a que, debido a que los enfermos se clasificaban en función de la clínica predominante, algunos peregrinos afectados de otras cosas acabaran en las leproserías; por ejemplo, en el caso de la psoriasis (3). En cambio, el Dr. Luis del Campo asegura que: “Tampoco el diagnóstico ofrece dificultades y opino que también resultaba obvio para aquellos remotos galenos del medievo, no compartiendo la opinión de tratadistas actuales cuando afirman se confundía la lepra con el escorbuto, acrodinia, pelagra, lúes y tantas otras dermatosis. El empirismo médico y el desconocimiento del *Mycobacterium leprae*, descubierto por el noruego Hansen, no invalida las extraordinarias dotes y meticulosidad de observación de los galenos de aquellas centurias. Diferenciarían con precisión las manifestaciones del morbo y quizás fueran capaces de darnos, en el aspecto diagnóstico, una lección a los que hoy presumimos de conocimientos científicos” (9).

El tratamiento de esta enfermedad, hoy de declaración obligatoria, se realiza con dapsona, combinada con rifampicina y clofazimina (8). Sin embargo, en aquel momento histórico todavía estaba lejos de descubrirse esto. La enfermedad se consideró durante mucho tiempo un mal por pecados pasados, o de sus familiares. Se tomaban medidas con el propósito de no infectarse de la enfermedad, intuyendo obviamente la capacidad de propagación de esta (2). A los enfermos se les impedía para siempre el contacto con otros que no fueran leprosos y, al pasar por la ciudad, debían vestir de gris, y se haría sonar la carraca a su paso (9). Se llegó a dictar sentencia contra los leprosos, llevando a cabo incluso ejecuciones. Sin embargo, posteriormente fueron acogidos en las leproserías, o malaterías, bajo el signo de la cruz “O Crux Ave, Spes Única” (2). Una de las más famosas fue la de San Lázaro, en Burgos (10). Como se ha mencionado con anterioridad, estas, unido a la baja contagiosidad de la lepra, hizo que fuese menguando su incidencia con el paso de los siglos.

#### 4.1.2 La peste:

El agente etiológico de la peste bubónica es el bacilo *Yersinia pestis*, cuyo reservorio es la rata negra, y su vector de transmisión, la pulga *Xenopsylla cheopis*. Diversos autores sitúan los orígenes de esta enfermedad en China (2). Se sabe que ha habido muchas

epidemias con esta clínica, o similar. Sin embargo, la más célebre es, sin duda, la llamada Peste Negra, Pestilencia o, directamente, Gran Mortandad, que asoló Eurasia y el norte de África el siglo XIV, alcanzando su punto álgido entre 1347 y 1353. Alcanzó tal mortalidad, que esta ni siquiera fue posteriormente superada por otras pandemias, como la viruela, o la gripe de 1918 (se estima que la mortalidad de la peste estuvo en torno a los 200.000 millones de personas, mientras que la de la gripe del 18, por ejemplo, alcanzó unos 50 millones) (11) (12). Ha sido calificado en ocasiones como "la peor catástrofe biológica en la historia de humanidad" (13).

Debido principalmente a las rutas de comercio marítimo, la peste bubónica viajó desde los puertos de Constantinopla y Alejandría hasta el Mediterráneo. Su entrada en la Península Ibérica se fecha en el siglo XV, por las islas Baleares, (3) aunque también existen datos que avalan que apareció nuevamente en 1596 a los puertos cántabros, desde Flandes, afectando a los peregrinos que recorrían el Camino del Norte (2). Siendo las ratas su vector de transmisión, es presumible que también llegaran por otros puertos, como los que marcaban el inicio del Camino Inglés en España, los puertos de Ferrol y A Coruña.

Las manifestaciones clínicas de la peste consistían en: fiebre alta, de hasta 40 grados, tos, expectoración hemoptoica, y grandes adenopatías, llamadas bubones (de ahí el nombre de peste bubónica). La peste posee un periodo de incubación en el que el infectado todavía no puede transmitir la enfermedad, seguido de un segundo periodo asintomático, que dura unos 20 días, donde el enfermo ya es contagioso. Este largo periodo de latencia fue en gran medida culpable de la alta contagiosidad de la enfermedad (8). Podría pensarse, además, que, debido a su vector, una pulga, sería una enfermedad fácilmente contagiosa en la ruta jacobea. Sin embargo, contrariamente a lo que sucedió con la lepra, los peregrinos no tuvieron gran relevancia en la difusión de esta enfermedad. De hecho, el aflujo de transeúntes de la ruta jacobea ya se encontraba en aquel momento disminuido, en parte por la enfermedad que arreciaba en Europa, en parte por otros factores, como la política convulsa del momento, y las numerosas guerras que trajo consigo (2).

Respecto a las medidas adoptadas a lo largo de la ruta jacobea, Cordero del Campillo señala que, al igual que acontecía con la lepra, la peste también era confundida a menudo con otras enfermedades. Principalmente, la actitud adoptada en el camino era preventiva: "Ni con licencia del administrador del hospital se acoja a ninguno que traiga algún mal contagioso". También: "Todas las noches al acostarse los peregrinos han de ser desnudados antes de que se acuesten y los que no estuvieren limpios: acostarlos

en una cama aparte que hay para sarnosos”. Esto ilustra, además, la confusión diagnóstica que había entre las diferentes afecciones. En caso de encontrarse pulgas o algún parásito entre las ropas de los peregrinos, estas eran sacudidas encima del fuego, algo que, de otra parte, se había llevado a cabo en toda Europa. Incluso se ha documentado que, en algunas localidades, a los peregrinos se les obligaba a dejar su ropa a la entrada del pueblo, dándoseles nuevas prendas (3). Como se puede ver, primaba la finalidad preventiva.

#### 4.1.3 Otras enfermedades bacterianas

Muchas más enfermedades bacterianas se podían encontrar a lo largo del Camino. Resumiendo, de forma más sucinta, destacamos:

La tuberculosis, causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Su forma pulmonar, con mucho la más prevalente, era conocida como tisis. Era conocida desde la antigüedad, aunque aumentó notablemente su prevalencia durante los siglos XVII-XVIII, y las referencias a este mal son muchas, de modo que, en palabras de JM Eiros: “Es creíble que se tratara de una enfermedad típica de contagio por vía aérea en la ruta jacobea” (2) algo que, por otro lado, no sería difícil.

El tifus exantemático, por otro lado, se propaga de forma mucho más notoria en periodos de hambruna e inmunosupresión en general. Por ejemplo, una gran epidemia ocurrió en los años 1413-1415. Esta enfermedad es causada por el microorganismo *Rickettsia prowazeki*, transmitido por piojos (*Pediculus humanus capitis*). Esto era conocido por las gentes de la época, pues existen documentos que reflejan cómo los físicos de la época trataban con ungüentos la pediculosis, y quemaban las ropas para eliminar los parásitos, al igual que se hizo en el caso de la peste. No debe ser confundido con la fiebre tifoidea, causada por *Salmonella typhi*. Mientras que el tifus exantemático era conocido como “tifo”, o “tabardillo”, la fiebre tifoidea era conocida también como “fiebre hídrica” o “disentería epidémica”. Esto demuestra que ambos procesos eran diferenciados desde hace ya siglos, aunque eso no excluye la posibilidad de que ocasionalmente se confundieran (3).

Por último, cabe destacar la blenorragia, o gonococia, como ejemplo paradigmático de enfermedad venérea en el Camino. En general, se asume que las infecciones de transmisión sexual eran bastante frecuentes en el Camino de Santiago, debido a las deficiencias en cuanto a higiene de los peregrinos, unidas a la promiscuidad (3). Ocasionalmente confundida con otros males venéreos, la infección causada por el diplococo *Neisseria gonorrhoeae* era una afección relativamente común. Sabemos que en el Renacimiento ya era conocida y tratada, por las descripciones que existen de la

época de descargas uretrales y orquitis, entre otros. Asimismo, merece mención la “avariosis”, la sífilis, provocada por el *Treponema pallidum*, importado desde América a la vuelta del primer viaje de Colón, y diseminada desde Sevilla (3).

A continuación, adjuntamos otra tabla, también de elaboración propia, para esquematizar el resto de enfermedades no bacterianas.

	<b>CUADROS</b>	<b>SINTOMATOLOGÍA</b>	<b>MEDIDAS</b>
<b>ENFERMEDADES VÍRICAS</b>	Gripe, coronavirus, adenovirus, hepatitis, herpes, viruela, rabia	Diversa, dependiendo del órgano o aparato afectado	En general, ninguna
<b>ENFERMEDADES FÚNGICAS</b>	<i>Tiñas capitis, corporis y pedis</i> , Fuego de San Antón	Sarpullido pruriginoso. Potente vasoconstricción	Panecillos de trigo, no centeno
<b>ENFERMEDADES PARASITARIAS</b>	Sarna, piojos, <i>Plasmodium vivax</i> y <i>malariae</i>	Prurito Enfermedades derivadas Paludismo	Examinar a los enfermos antes de acostarlos, quemar las ropas

#### 4. 2 Enfermedades víricas

La documentación histórica sobre enfermedades víricas en la ruta jacobea es mucho más escasa, probablemente debido a la menor gravedad de muchos de los cuadros, que se resolverían espontáneamente a no ser que hubiese complicaciones. Aunque los virus de la gripe A, B y C fueron aislados progresivamente entre 1933 y 1950, se han documentado importantes pandemias antes, siendo el primer registro en el siglo XVI, aunque es posible que existieran otras con anterioridad (2). Es más que probable que estas enfermedades, por su fácil transmisión, afectaran a la ruta jacobea. Además, los adenovirus y los coronavirus muy probablemente estuvieran también implicados en patologías de vías respiratorias de los peregrinos. Por otro lado, deberían estar afectados por otras entidades, como gastroenteritis, hepatitis A, y herpesvirus (2). Cabe destacar también la viruela, causada por un *Orthopoxvirus*, cuya introducción en la Península Ibérica se atribuye a los árabes, creencia que se refuerza por el hecho de que los médicos árabes de Córdoba en el siglo X sabían manejarla (3). Es asimismo plausible que esta viriosis llegara al Camino. Por último, en los recetarios de los hospitales de peregrinos, que permiten conocer algunas de las enfermedades que

padecían, también se encuentran casos de rabia, causado por un *Lyssavirus*, de la familia *Rhabdoviridae* (2) (3).

### **4.3 Enfermedades fúngicas**

Un ejemplo especialmente curioso de enfermedad fúngica en el Camino de Santiago es el Ergotismo, Mal de San Antón, o Fuego de San Antón. Esta afección debe su nombre a San Antón abad, o San Antonio (nacido en el año 356), cuyas reliquias eran veneradas por los peregrinos para la sanación de su mal, en Saint-Antoine, en Viennes, Francia. Se han conocido diversas epidemias de esta enfermedad, especialmente durante los siglos X-XII. Tan prevalente llegó a ser, que algunos autores relatan que se planteó que se tratase de una enfermedad contagiosa (3).

La enfermedad se debe a la ergotina que se desarrollaba en el centeno, que estaba invadido por el hongo actinomiceto *Claviceps purpurea*. El mal causaba una fuerte vasoconstricción, que terminaba ocasionando la necrosis de las zonas afectadas, principalmente las extremidades inferiores. Los peregrinos mejoraban al abandonar Francia, donde la colonización del centeno se veía favorecida por la humedad, lo cual también contribuía a la creencia en el poder del santo. De todas maneras, aunque es verdad que la prevalencia de esta enfermedad disminuía en las secas tierras castellanas, luego volvía a incrementarse al llegar a Galicia.

Se crearon hospitales especializados en la recepción de este tipo de enfermos, a los que se les suministraba panecillos elaborados con harina de trigo. Hoy en día, esta tradición se mantiene en el Hospital de San Antonio Abad, en León, donde se reparten estos panecillos el 17 de enero, día de la festividad del santo (2) (3).

Asimismo, cabe destacar las tiñas como enfermedades fúngicas frecuentes en el Camino de Santiago, de las que se encuentran documentados unos pocos casos. Es de suponer que fuese especialmente frecuente la *tiña pedis*, causante del conocido pie de atleta, debido a las largas marchas de los peregrinos, así como a una higiene deficitaria (3).

### **4.4 Enfermedades parasitarias**

Las afecciones por parásitos eran harto frecuentes en la Ruta Jacobea. La sarna, debida al *Sarcoptes scabiei*, era especialmente conocida. Como ya se ha mencionado, los peregrinos debían desnudarse todas las noches antes de acostarse y, aquellos que no estuvieran limpios, ser acostados “en una cama especial para sarnosos” (3). En cuanto a los piojos (*Pediculus humanus capitis* y *Pediculus humanus corporis*), además de los correspondientes lavados corporales, hemos visto que las ropas eran sacudidas encima

de una hoguera, de forma que los parásitos se desprendieran y fueran muertos, práctica que se pudo extender fácilmente a lo largo de todo el Camino.

El paludismo, “fiebres malignas”, o “fiebres pútridas”, fue asimismo frecuente a lo largo del camino. En la Península era causado por las variantes *Plasmodium malariae*, y *Pl. vivax*, y es descrito como frecuente en León en 1757, de modo que es más que probable que se expandiera por la ruta jacobea. Por último, también se han descrito casos de otomaniasis, “gusanos en las orejas”, entre los peregrinos (3).

## **5. ATENCIÓN HOSPITALARIA.**

*“Todo el mundo debe recibir con caridad y respeto a los peregrinos, ricos o pobres, que vuelven o se dirigen al solar de Santiago, pues todo el que los reciba y hospede con esmero, tendrá como huésped; no sólo a Santiago, sino también al mismo Señor; según sus palabras en el evangelio: el que a vosotros recibe, a Mí me recibe. Hubo antaño muchos que incurrieron en la ira de Dios por haberse negado a acoger a los pobres y a los peregrinos de Santiago. Por lo que se debe saber que los peregrinos de Santiago, pobres o ricos, tienen derecho a una hospitalidad y a una acogida respetuosa”* (14).

Con estas palabras concluye la anteriormente mencionada “Guía del peregrino”, obra icónica en lo que al Camino de Santiago se refiere. Este extracto resulta clarificador sobre el concepto de hospitalidad que reinaba desde la Edad Media. La acogida de los peregrinos, penitentes en busca de la gracia de Dios en tierra extraña, constituía un deber cristiano ineludible.

En los albores de la Ruta Jacobea, los peregrinos eran acogidos por los habitantes de las aldeas en las que se detenían. Sus anfitriones compartían con ellos lo que humildemente tenían, y les permitían acostarse en suelo de sus casas, o cerca de los animales para mantener el calor. Pero aparte de vivir de la caridad de las gentes con las que se iban topando, los únicos lugares donde les era posible alojarse eran los monasterios, principalmente los de San Benito y San Agustín. Así, la atención organizada a pobres y peregrinos fue comenzada por la Iglesia, que vislumbró en esta labor una nueva forma de ocuparse del prójimo (3). Los primeros hospitales medievales eran, por tanto, regentados por una comunidad de religiosos, además de estar asistidos por otras figuras, como el médico, el cirujano, el enfermero, y el boticario (15).

A partir del siglo XI, la vez que se expandía la cultura del peregrinaje a Compostela, fue apareciendo toda una red hospitalaria propiamente dicha. Estos hospitales tenían por objeto socorrer a todos aquellos menesterosos, especialmente si eran peregrinos, pero

no exclusivamente. Los pobres de todo tipo, enfermos, niños huérfanos, viudas, y ancianos desvalidos encontraban en estos centros refugio y calidez. Los hospitales de entonces, pues, eran casas donde se practicaba la caridad cristiana en su más amplio sentido. De hecho, no fue hasta mucho después, con el comienzo de la Edad Moderna, cuando cambió la concepción de los hospitales, como lugares de atención exclusiva a enfermos, fusionándose muchas pequeñas casas, para dar lugar a centros de mayor potencia y capacidad. Ejemplo paradigmático de este hecho lo constituye la ciudad de Astorga. Esta contaba con más de una veintena de hospitales en los siglos XIV y XV, que se fueron reduciendo progresivamente en número hasta mantenerse dos: el Hospital de San Juan, y el de las Cinco Llagas (16).

Aunque los hospitales acogían también a pobres y viajeros sanos, esto no era óbice para que la calidad de la asistencia sanitaria fuese cuidada hasta el más mínimo detalle. La praxis de la medicina, aunque rudimentaria para lo que hoy día conocemos, era exhaustiva y mimada hasta el extremo. Destaca el hecho de que en las ordenanzas de diversos hospitales se hacía mucho hincapié en que todo el personal debía mostrar una absoluta caridad, dedicación y cariño a los allí servidos (4) (17).

### **5.1 El Hospital del Rey de Burgos**

Uno de los hospitales más emblemáticos del Camino de Santiago es, sin duda, el Hospital del Rey de Burgos. Localizado a lo largo del camino francés, la vía más transitada del Camino, era probablemente el hospital con mayores prestaciones de toda la Ruta Jacobea. Fue fundado por Alfonso VIII y Doña Leonor de Aquitania alrededor del año 1200; según algunos, como iniciativa del rey para expiar sus pecados. Lo que es seguro es que el hospital fue dotado de rentas espléndidas (10). Por otro lado, su emplazamiento era clave, en medio de la ruta francesa, lo que hacía de él una parada casi obligada. En 1212, antes de partir hacia las Navas de Tolosa, Alfonso VIII ordenó que el hospital quedara bajo la jurisdicción de la abadesa del Monasterio de las Huelgas. (17).

No se conserva prácticamente documentación sobre la actividad desarrollada en el hospital durante los tres primeros siglos tras su fundación. La asistencia de la que tenemos mayor noticia es la que desarrolló durante el reinado de los Reyes Católicos (1474-1516), ya que lo tomaron bajo su protección (10). Lo que sí sabemos es, como se ha comentado antes, que los hospitales en la Edad Media tenían un objetivo amplio, de preocuparse de todos los que solicitaban auxilio, enfermos o no. El Hospital del Rey de Burgos no era, ni mucho menos, una excepción. Se atendía a pobres, enfermos y por supuesto a los peregrinos jacobeos, a los que se dispensaba una especial atención.

Así, los viajeros que llegaban sanos tenían derecho a una comida, y si llegaban tarde, a una cama esa noche, aunque no podían demorar su estancia en el hospital más de un día. Los enfermos eran acogidos el tiempo necesario hasta que se restituían por completo.

Respecto a las instalaciones, no es de extrañar que el hospital sea ahora patrimonio nacional, pues no tenía parangón. El acceso al edificio se daba a través de la Puerta de los Romeros y el patio, famosos por su rico diseño arquitectónico. Una vez dentro, la zona hospitalaria y la zona de hospedaje de pobres y peregrinos sanos estaban separadas (10). De la época del reinado de los Reyes Católicos, sabemos que el hospital contaba con 116 camas en la enfermería, además de las que tuviera para los huéspedes sanos (17). Además de los dormitorios de pobres sanos, enfermos y el hospital de mujeres, tres entidades diferentes, el hospital contaba con las cocinas y el comedor, la capilla, la botica y la bodega, todo lo necesario para el máximo bienestar de los acogidos (10).

La asistencia espiritual, asegurada por los capellanes, era tomada muy en serio. Los enfermos podían oír la misa desde sus lechos; los peregrinos no podían abandonar el hospital sin haber asistido. Asimismo, siempre había un confesor disponible para los moribundos, que preferiblemente dominaba varias lenguas (17). Este cuidado por todos los aspectos de la vida de los residentes del hospital recuerda al concepto moderno de salud como fenómeno biopsicosocial.

Mención aparte merece el asunto de la comida, donde los privilegios de los enfermos se encontraban por encima que los del mismo comendador del hospital: “la mexor e mas gorda que se matare en la carnesería sea para los enfermos y enfermas... y nadie, aunque sea el comendador sea preferido a ellos, sobre lo cual encargamos la conciencia del carnicero y el beedor” (17). En las Ordenanzas de 1496, uno de los primeros documentos que se conservan, se recogía que cada uno de los que allí residían debía recibir al día: “575 gramos de pan blanco, un litro de vino, un plato de caldo o potaje de legumbres u hortalizas, y un trozo de carne de carnero de unos 300 gramos, o su equivalente en pescado los días de abstinencia” (10). En el año 1500 se repartían a diario unas 200 raciones de lo anteriormente expuesto, sin contar al personal del hospital ni a los enfermos, que a menudo precisaban dietas adaptadas. Tal era el celo por cuidar la alimentación de los enfermos, que se prohibió que los visitantes llevaran a los enfermos comida de fuera, por el perjuicio que pudiera ocasionarles (17).

En lo que a la asistencia sanitaria se refiere, los enfermos debían ser visitados al menos una vez al día por el médico. Cada médico atendía a los pacientes durante periodos de

dos meses, juntándose al final de este tiempo para informar a su sucesor de su evolución; también se reunían ante casos de especial dificultad. En sus visitas, iban acompañados por el enfermero, el boticario y el veedor, y se responsabilizaban de que estos acometieran sus funciones con esmero. El salario de los médicos rondaba los seis mil maravedíes al año (17). De otro lado, el cirujano no gozaba de un horario fijo de visita, teniendo la obligación de acudir a demanda. Otra figura diferente de la del cirujano era el barbero, encargado, además de afeitar al comendador y freires, así como de realizar las sangrías a los enfermos que la precisaran. Los médicos, además, solían ser mayores y muy experimentados, probablemente por voluntad del comendador. Después de una vida de servicio, muchos acababan sus días y morían en el Hospital (17).

## **5.2 El Hospital de Caridad de Ferrol**

El Hospital de Caridad de Ferrol constituye un caso interesante para estudiar la hospitalidad a lo largo del camino inglés. Se trataba del primer puerto al que arribaban muchos de los peregrinos que, en este caso, llevaban ya mucho tiempo de viaje. Tras la travesía por el Atlántico padecían, si cabe, unas carencias nutricionales aún más acusadas que los peregrinos de tierra firme. Por ejemplo, podemos deducir con facilidad que el escorbuto estaría frecuentemente presente entre estos romeros. Los déficits en cuanto a higiene también podían ser mayores que los de los peregrinos que realizaban su recorrido a pie (estos, por lo menos, tenían la posibilidad de asearse de vez en cuando en los arroyos que se encontraban por el camino) (3). En conjunto, llegarían en condiciones en las que necesitarían atención de manera prioritaria. A pesar de que el número de peregrinos era considerablemente más reducido que en otras vías de la ruta jacobea, pronto se impuso la necesidad de dar cobijo y asistencia a los que a estas zonas llegaban. Por otro lado, las localidades por donde discurre el camino inglés forman parte de una Galicia más marginal y empobrecida, lo que ocasionaba que hubiese muchas otras personas necesitadas (4).

Poseemos referencias en un portulano veneciano de 1498 de que en Ferrol existía un hospital regentado por templarios, como indica la cruz de la orden que se encuentra dibujada sobre la ciudad en dicho mapa. En el “Líber Templum” de esta misma orden, conservado en Montpellier, también se menciona el hospital del “Sancti Spiriti de Ferreol”. Este constituiría un primer esbozo del Hospital de Peregrinos del Espíritu Santo, cuya fundación, por otra parte, es atribuida a Doña Juana de Lemos en el siglo XV (4).

Desde sus inicios en el siglo XV hasta el siglo XVIII, el hospital ejerció su actividad de la mejor forma en que le fue posible, viviendo siempre de la caridad. Desgraciadamente,

no abunda la información que poseemos sobre su funcionamiento en estas fechas. Sabemos que era una casa pequeña, que constaba de dos plantas y se dedicaba a atender a los peregrinos que llegaban, así como a los pobres de la ciudad cuando su ajustado presupuesto se lo permitía. A lo largo de estos siglos, pugnó siempre por subsistir, resistiendo contra pronóstico. Ejemplo de esto resulta el incendio que asoló Ferrol en 1568, en el que, providencialmente, el hospital fue de las pocas casas que se salvaron. Con todo, cayó en la decadencia muchas veces, y sirvió a múltiples propósitos, haciendo las veces de escuela pública, o de albergue de tropas. Con la construcción del astillero, en 1749-1752, el número de habitantes de Ferrol creció exponencialmente, lo que conllevó también un aumento del número de pobres en una villa aún humilde. En 1766 fue reedificado y comenzó una vez más a recibir enfermos. Durante algunos años más pasó por las manos de diversas personalidades, hasta que finalmente Don Dionisio Sánchez de Aguilera asumió la administración del hospital en 1780, lo que le supuso el impulso definitivo (4).

Don Dionisio es recordado como un hombre ejemplar, buen marido y esposo, hombre filantrópico olvidado de las vanidades de su tiempo que, ya mayor, dedicó su vida a los pobres (18). Se encargó de levantar de nuevo el hospital, junto a José Benito Suárez y Manuel González, médico titular de Ferrol y cirujano respectivamente, que se comprometieron a atender a los enfermos sin estipendio alguno. Sánchez de Aguilera quiso formar una Congregación fija, sujeta a unas Constituciones, que consideraba necesaria para el hospital. Solicitó al Ayuntamiento, que era quien siempre había ostentado su patronazgo, que le cediese los derechos sobre el mismo. Esto le fue concedido y así, el 31 de octubre de 1781 vieron la luz las “Constituciones para el establecimiento de la Congregación del Santo Hospital de Caridad de la villa de Ferrol”.

Las Constituciones estipulaban todos los aspectos de cómo debía regirse el hospital. Por supuesto, en atención a sus orígenes, seguía prestando sus servicios a los peregrinos, así como a “pobres vergonzantes” de ambos sexos (4). Se detallaban las comidas más apropiadas y, en el caso de los peregrinos, se concretaba que tendrían derecho a permanecer en el hospital un máximo de tres días. Por otro lado, se excluía del derecho a ser atendidos a aquellos que podían beneficiarse de los servicios del hospital militar, ya que el nuestro se trataba de un hospital de caridad exclusivamente. A pesar de esto, es bonito destacar que los buques de la armada llevaban a bordo una hucha de hojalata, donde se recogían limosnas que luego entregaban a la Congregación (4).

Mención especial merece dentro de las Constituciones, el apartado en el que estas rezan que una de las funciones de los médicos sería “Supervisar la actuación de los practicantes” (4). Esto destaca algo que, de otra manera, podría pasar desapercibido, pero no; ya en aquel momento y en esas condiciones tan sumamente humildes y precarias, la docencia ya estaba presente de una forma especial. Se contaba con un practicante por cada catorce enfermos, y se les exigía dedicación absoluta. Vivían en régimen interno dentro del hospital, precisando permiso para salir aun cuando no estuvieran de guardia, y les estaba vedada potestad para recetar en ausencia del médico. A los practicantes, así como a todos los que allí trabajaban, se les insistía encarecidamente en que el humanismo y la dulzura debían ser los que guiaran todas sus actuaciones con los enfermos (4).

Gracias al esfuerzo de todos, la carga asistencial que soportaba el pequeño Hospital de Caridad fue creciendo. La casa, que seguía siendo la misma que al inicio, aunque reformada, resultaba ya del todo insuficiente. Finalmente, el Hospital de Peregrinos inicial dio por clausurada su actividad el 1 de marzo de 1786, pasando a otra casa más amplia, en Canido (4). La casa original del Hospital de Peregrinos del Espíritu Santo todavía se conserva enfrente del puerto de Ferrol (18). La historia de este hospital constituye un ejemplo bonito de cómo la caridad dio vida a un hospital que cuidaba de todos aquellos necesitados.

Por otra parte, merece la pena detenernos, aun siquiera brevemente, en la casa de La Malata, situada a las afueras de Ferrol. Estaba construida al lado de la capilla de la Magdalena, que consta que existía ya en el año 1412. Por desgracia, no se conservan registros de los peregrinos, libros de cuentas, u otros documentos. Todo eso se ha perdido, por lo que se especula y deduce parte de sus funciones. Se da por hecho que era un lazareto, donde los “malatos”, o “lazrados” eran cuidados. Esto despeja toda duda de que esta enfermedad llegara hasta los rincones más remotos de Galicia, si incluso allí había casas que se dedicaban a estos enfermos. Se cree que la Magdalena, además de atender a los leprosos locales, se ocuparía de los peregrinos en las raras ocasiones en las que reunieran también la anterior condición (18).

## **6. CONCLUSIONES**

Cabe asumir que para todo el que se aventura a peregrinar, “el camino es la meta”. Es decir, el propio peregrinaje es ya el fin en sí mismo, de tal forma que, al llegar junto al Apóstol, el peregrino descubra la purificación que ha ido teniendo lugar en su alma a lo largo de los días. En este caso, vemos que esta filosofía reinaba en el Camino, extendida

no solo a los peregrinos, sino a todos los que formaban parte de La Ruta Jacobea. Sin duda, todos aquellos que auxiliaban a los peregrinos se experimentaban también más próximos al Apóstol.

La presencia de patología infecciosa en el Camino de Santiago era una constante. Como ya hemos visto, el contagio era fácil, entre las carencias de higiene y la inmunidad comprometida de los sufridos viajeros. Muchos morían antes de llegar a su destino. Un ejemplo bonito de la evolución del concepto de una enfermedad en la Ruta Jacobea es la lepra. Esta afección siempre había sido considerada una lacra, y los “lazrados” eran marginados de la sociedad, y obligados a vivir fuera de las poblaciones. Sin embargo, y pese al gran estigma que suponía esta enfermedad y a los sentimientos de repulsión que podían inspirar los desfigurados enfermos, la caridad con el prójimo terminó por imponerse. Se fundaron hospitales especializados donde se acogía a estos enfermos y se cuidaba de ellos, generalmente bajo la advocación de San Lázaro. Esto supone un ejemplo conmovedor de la bondad que salía a relucir en medio del Camino.

Respecto a la actividad desarrollada por los médicos de la Edad Media, nos parece especialmente curiosa la opinión de Luis del Campo, médico e historiador. Este sostiene que, pese a que los medios y conocimientos de los “físicos” del medievo estaban muy lejos de asemejarse a los que poseemos hoy en día, no por ello su sabiduría es menospreciable. Probablemente, discute, el ojo clínico de estos antiguos doctores fuera mucho mayor que el que poseemos hoy en día. Y, aunque los tratamientos o las medidas profilácticas fuesen, obviamente, rudimentarios, de alguna forma esto se suplía con su profesionalidad y dedicación.

Por otro lado, en lo referente a la atención hospitalaria, el Camino de Santiago también constituye todo un hito. A pesar de las notables diferencias que se constatan entre los hospitales, de lo que Ferrol y Burgos son ejemplo, las similitudes son aún mayores. El ejemplo más claro es el del salario de los médicos: mientras que en Burgos cobraban seis mil maravedíes al año, por iniciativa de los reyes, los doctores que se encargaron de la atención del hospital de Ferrol lo hicieron sin percibir remuneración alguna, al menos al principio. En cualquier caso, es bonito que todos, pobres o ricos, ofrecían aquello que tenían (ya fueran riquezas o conocimiento), para socorrer al hermano necesitado. Más aún, en las Constituciones de ambos hospitales se reiteraba a menudo cómo el trato con los enfermos debía ser compasivo y amable, ejemplar. El mismo espíritu de caridad con el pobre y el peregrino reinaba en toda la Ruta Jacobea. Esto nos permite concluir que en la praxis de la medicina en la Edad Media el humanismo ocupaba una posición central.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Carrasco J. El Camino de Santiago y la peregrinación en la Europa Medieval. Cuadernos de la Cátedra de Patrimonio. 2011;5:11-24.
2. Eiros Bouza JM, Bachiller Luque MR, Tello Royloa A. Las enfermedades infecciosas en el Camino de Santiago. El Médico. 2004.
3. Cordero del Campillo M. Enfermedades en el Camino de Santiago. Universidad de León.
4. Lens Tuero A. Historia del Santo Hospital de Caridad de Ferrol. Ferrol: Deputación Da Coruña; 2013.
5. Cortez Thomaz R. Turismo religioso o peregrinación. Hospitalidad por los Caminos de Santiago de Compostela- España.
6. Picaud A. Guía del peregrino medieval ("Codex calixtinus"). Traducción castellana por Millán Bravo Lozano. Sahagún (León): 1989.
7. Contreras Dueñas F, Miguel y Suárez de Inclán R. Historia de la lepra en España. Hergon. España; 1973.
8. Ausina Ruiz V, Moreno Guillén S. Tratado SEIMC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2º ed. España. Panamericana; 2010.
9. Del Campo L. La Medicina en el Camino de Santiago. Príncipe de Viana. 1966;27(102-103):1-12.
10. Martínez García L. El Camino de Santiago: historia y patrimonio. Universidad de Burgos. 2011;1:191-211.
11. Benedictow O. La Peste Negra, 1346-1353: La historia completa. Madrid: Akal; 2011.
12. Eiros Bouza JM, Bachiller Luque MR, Pérez Rubio A. La gripe de 1918. Centenario de una crisis sanitaria devastadora. 2º ed. Valladolid. Gráficas Montseny; 2018.
13. Yongdahl K. The Plague. NY: A&E Television Network. New York. 2005.
14. Unzu Urmeneta M, Jusué Simonena C. Hospitalidad y muerte en la Ruta Jacobea navarra. Evidencias arqueológicas e históricas. Cuadernos de la Cátedra de Patrimonio. 2011;5:161-188.

15. Adrán Goás C. El Camino de Santiago en la diócesis de Mondoñedo. El Hospital de pobres y peregrinos de Santa Ana de Celeiro. Rudesindus miscelánea de arte y cultura. 2007;1:71-104.
16. Pérez Álvarez MJ. Enfermedad y caridad en la provincia de León durante la Edad Moderna: el Hospital de las Cinco Llagas de la ciudad de Astorga. Hispania Sacra. 2011;63(127):75-102.
17. Francés Pérez P, Francés Causapé MC. Historia de la Botica del Hospital del Rey de Burgos. Universidad Complutense de Madrid. 1992;1:1-200.
18. Montero y Arostégui J. Historia de Ferrol. Historia y descripción de la ciudad y departamento naval del Ferrol. Madrid. Embora; 2003.
19. Vázquez de Parga L, Lacarra JM, Uría J. Las peregrinaciones a Santiago de Compostela, tomo II. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1948-1949.
20. Eiros Bouza JM, Sanz Muñoz I, Tamames Gómez S, et al. 50 preguntas y respuestas sobre el coronavirus. 1º edición. Valladolid: Amazing Books S.L.; 2020.
21. Eiros Bouza JM, Armentia Medina A. Vamos siguiendo la estela de rutas a Compostela. 1º edición. Valladolid: Iglesias Comunicación; 2022.
22. González Bueno A. El entorno sanitario del Camino de Santiago. Madrid: Cátedra; 1994.
23. Corpas Mauleón JR. La enfermedad y el arte de curar en el Camino de Santiago entre los siglos X y XVI. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Cultura. Dirección Xeral de Promoción do Camiño de Santiago D.L.; 1994.
24. Herber SK, Plötz R. Caminaron a Santiago. Relatos de peregrinaciones "al fin del mundo". Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1998.
25. González García V J. La hospitalidad asturiana durante la primera época del Camino de Santiago (S. IX-XI). Magister: revista miscelánea de investigación. 1992;10:301-332.
26. Huidobro y Serna L. Las peregrinaciones jacobeanas. Madrid: Publicaciones del Instituto de España; 1949-1951.
27. Santiago Otero H. El Camino de Santiago. La Hospitalidad Monástica y las Peregrinaciones. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Turismo; 1992.



# ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL CAMINO DE SANTIAGO

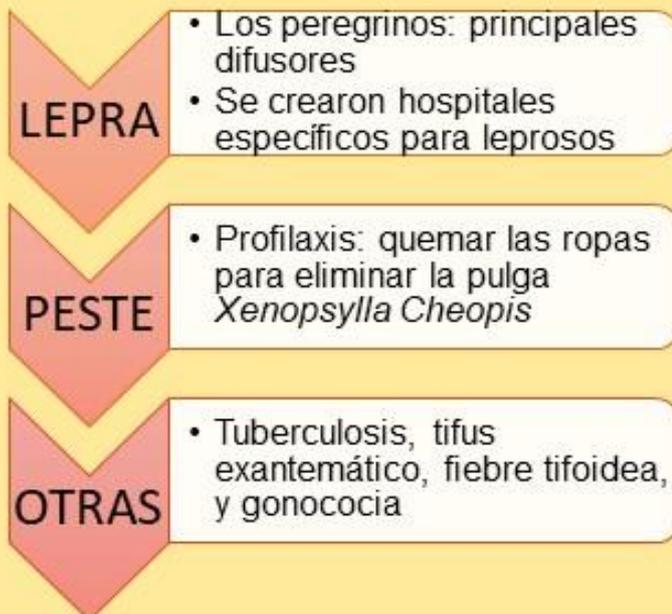


BELÉN PERALES  
TUTOR: DR. JOSE MARÍA EIROS BOUZA

## RESUMEN

El Camino de Santiago es desde hace siglos una de las grandes rutas de peregrinación occidental. Uno de los grandes desafíos para los peregrinos eran las enfermedades, especialmente las infectocontagiosas, que a menudo precisaban asistencia sanitaria. El propósito de este trabajo es resumir cuál era la patología infecciosa más frecuente en la Ruta Jacobea, así como estudiar la asistencia hospitalaria que recibían los peregrinos.

### ENFERMEDADES BACTERIANAS



### OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS



### ATENCIÓN HOSPITALARIA

HOSPITAL DEL REY DE BURGOS	HOSPITAL DE CARIDAD DE FERROL
Camino francés	Camino inglés
Patronazgo de los Reyes Católicos	Ayuntamiento de Ferrol
Salario de los médicos a cargo de los Reyes	Médicos voluntarios, "practicantes"

### CONCLUSIONES

- Los hospitales en la Edad Media no solo se ocupaban de los enfermos, sino de todos aquellos peregrinos o pobres necesitados de socorro.
- A pesar de las notables diferencias entre unos y otros, todos compartían el mismo espíritu de caridad con el prójimo que se refleja en sus Constituciones,.