



CAMPO Y CAMPESINOS EN LA ESPAÑA MODERNA

CULTURAS POLÍTICAS EN EL MUNDO HISPANO



MARÍA JOSÉ PÉREZ ÁLVAREZ
ALFREDO MARTÍN GARCÍA

(EDS.)

[ENTRAR]

CRÉDITOS

CAMPO y campesinos en la España Moderna. Culturas políticas en el mundo hispánico (Multimedia)/María José Pérez Álvarez, Laureano M. Rubio Pérez (eds.); Francisco Fernández Izquierdo (col.). – León: Fundación Española de Historia Moderna, 2012

1 volumen (438 págs.), 1 disco (CD-Rom): il.; 24 x17 cm.

Editores lit. del T. II: María José Pérez Álvarez, Alfredo Martín García

Índice

Contiene: T. I: Libro – T. II: CD-Rom

ISBN 978-84-938044-1-1 (obra completa)

ISBN T. I: 978-84-938044-2-8 (del libro)

ISBN: 978-84-938044-3-5 (CD-Rom)

DEP. LEG.: LE-725-2012

1. Campesinado-España-Historia-Edad Moderna 2. Culturas políticas-España-Historia I. Pérez Álvarez, María José, ed. lit. II. Rubio Pérez, Laureano M., ed. lit. III. Martín García, Alfredo, ed. lit. IV. Fernández Izquierdo, Francisco, col. V. Fundación Española de Historia Moderna. VI.

323.325(460)“04/17”

316.74:32(460)

Edición:

Fundación Española de Historia Moderna
C/Albasanz, 26-28 Desp. 2E 26, 28037 Madrid (España)

© Cada autor de la suya

© Fundación Española de Historia Moderna

© Foto portada: *Mataotero del Sil*

Editores de este volumen:

María José Pérez Álvarez

Alfredo Martín García

Coordinación de la obra:

María José Pérez Álvarez

Laureano M. Rubio Pérez

Alfredo Martín García

Colaborador:

Francisco Fernández Izquierdo

Imprime:

Imprenta KADMOS

Compañía, 5

37002 Salamanca

[VOLVER]

Hospitales rurales en la Diócesis de Granada (siglo XVIII)¹

Miguel Luis López-Guadalupe Muñoz
Universidad de Granada
mllopez@ugr.es

Resumen

Las medidas para mejorar la situación sanitaria en el siglo XVIII provocaron el debate en torno a los hospitales. En Granada el regio patronato eclesiástico había permitido la creación de una red diocesana de hospitales desde los inicios del siglo XVI. Además de los hospitales de la capital, en el resto de la diócesis pervivían hospitales llamados “de partido” y “de tránsito”. Eran centros de pequeñas dimensiones, con muchas carencias y, salvo excepciones, con dificultades económicas. Pero eran necesarios para atender las áreas rurales. Con todas estas limitaciones, los hospitales comarcales de la diócesis de Granada (seis “de partido” y nueve “de tránsito”) fueron respetados por las autoridades ilustradas. No sucumbieron a las medidas centralizadoras y regalistas, aunque sus rentas fueron administradas por el Real Hospicio de Granada. Pero tampoco parece muy eficaz la asistencia sanitaria de estos hospitales. El estudio se basa en el expediente tramitado en la Cámara de Castilla relativo a los hospitales de Granada y su diócesis en el último cuarto del siglo XVIII.

Palabras clave

Hospitales rurales; Diócesis de Granada; Medidas ilustradas; Asistencia sanitaria; Siglo XVIII.

Rural hospitals in the Diocese of Granada (eighteenth century)

Abstract

The measures to improve the sanitary situation in the eighteenth century led to the debate concerning the hospitals. In Granada the royal ecclesiastic patronage had allowed the creation of a diocesan network of hospitals from the beginnings of the sixteenth century. Besides the hospitals of the capital, in the rest of the diocese existed hospitals called “de partido” and “de tránsito”. They were centers of small dimensions, with many lacks and, with exceptions, they had economic difficulties. But they were necessary to serve the rural areas. With all these limitations, the regional hospitals of the diocese of Granada (six “de partido” and nine “de tránsito”) were respected by the enlightened authorities. They did not succumb to the centralizing and “regalistas” measures, though their revenues were administered by the Royal Hospice of Granada. But it does not seem to be very effective the sanitary assistance in these hospitals. The study is based on the process handled in the Cámara de Castilla relative to the hospitals of Granada and its diocese in the last quarter of the eighteenth century.

Key words

Rural hospitals; Diocese of Granada; Enlightened measures; Sanitary assistance; Eighteenth century.

La creación del Real Hospicio de Granada por orden del rey Fernando VI en 1753² venía a suponer un esfuerzo por racionalizar el “sistema hospitalario” de la ciudad y de su entorno; esto

¹ Investigación inserta en el Proyecto de Investigación HAR2011-26435-C03-03 titulado “El hecho cotidiano en la Monarquía española de la Edad Moderna: lo doméstico, entre lo privado y lo público. Historia comparada entre el interior y la periferia. 3. Granada”, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

² Vid. los estudios pioneros de SANZ SAMPELAYO, J. (1974). “Hospital Real y Hospicio Real en la Granada del siglo XVIII”. *Anuario de Historia Moderna y Contemporánea*, 1, pp. 69-88; IDEM (1975). “La centralización de la asistencia benéfico-sanitaria en Granada. El Real Hospicio de 1753 a 1758”. En *IV Congreso Español de Historia de la Medicina*. Granada: Universidad, pp. 171-178, e IDEM (1980). *Granada en el siglo XVIII*. Granada: Diputación Provincial, pp. 197-240. La reforma de la sanidad granadina se gestaba desde la visita al Hospital Real de 1722 (CAMBIL HERNÁNDEZ, M^a. E. (2009). *Sociedad e instituciones asistenciales en Granada, 1500-2000*. Granada: Atrio, p. 74).

es, centralizar la actividad sanitaria, potenciando fines y medios a través de una gran fundación que acabara con la dispersión anterior.

¿Cómo fue esa dispersión? Numerosos hospitales en Granada capital y en su demarcación diocesana nos remiten a una realidad fundacional, en el mismo tiempo de la conquista del Reino de Granada, marcada por la intervención real y un decidido esfuerzo por diseñar una red hospitalaria que abarcara todo el territorio³. ¿Acaso no era en sí mismo este proyecto una expresión temprana de centralismo regalista?

Aunque la iniciativa particular y de las órdenes religiosas, como la de San Juan de Dios, se rastrea tras muchas fundaciones hospitalarias, lo cierto es que la red básica responde a esa voluntad de la Corona y al poderoso instrumento que fue en sus manos el regio patronato. Por eso, aquella red primitiva era eclesiástica⁴, en tanto que dependiente de la Iglesia de Granada y sustentada por rentas decimales, pero a la vez era una iniciativa real y muchos hospitales llevaban ese reclamo en su título, ya porque los fundaran los mismos monarcas (Hospital Real de Granada, en este caso, aparte de la mencionada red diocesana), ya porque todos reconocían en ellos la regia protección (Hospital Real de Loja). Además, desde Madrid se insistía en destacar que los hospitales tenían rentas propias, a cuenta de los diezmos sí, pero destinadas expresamente a los pobres y bien diferenciadas de las dotaciones benéficas y de las fábricas, incluso sin responsabilidad de los párrocos.

Nos interesan ahora, desde luego, aquellos centros diseminados por la geografía diocesana fuera de la capital. Establecidos en villas e incluso ciudades (Alhama, Almuñécar, Loja, Motril, Santa Fe), atraen a sus “servicios” a la numerosa población rural del entorno. No en vano solían llamarse “hospitales de partido” y, en otros casos minúsculos, “hospitales de tránsito”. Esta primera y breve aproximación tratará de desvelar esa geografía hospitalaria en el agro granadino, valorando su alcance y sus limitaciones y proponiendo algunas reflexiones sobre esa realidad.

Aunque no era la primera vez que se acometía una reducción hospitalaria⁵, la Cámara de Castilla había emprendido, a través de los decretos de 18 de marzo y 11 de octubre de 1775 y de 5 de febrero de 1777, una nueva etapa centralizadora de los hospitales granadinos⁶. Si dos décadas antes se trataba de agregar sus rentas al fondo general del Hospicio (creado por R. O. de 28 de agosto de 1753⁷, dotado con la masa diocesana de hospitales —el de Santa Ana y los de

³ Por extenso en LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M. L. (2004). “Hospitales en las iglesias de patronato regio en la edad moderna: las diócesis del reino de Granada”. *Igreja, caridade e asistencia na península Ibérica (sécs. XVI-XVIII)*. Lisboa: Colibri, pp. 67-96.

⁴ Prácticamente monopolística (LARA RAMOS, A. y PÉREZ LÓPEZ, S. (1997). *El Hospital Real de Caridad y el Hospicio Real. Atención hospitalaria y expósitos en Guadix (1750-1850)*. Guadix: Archivo Histórico Municipal, p. 23).

⁵ En el caso granadino VALENZUELA CANDELARIO, J. (2007). “Economía moral de la asistencia médica. La reducción hospitalaria en la Granada del siglo XVI”. *Chronica Nova*, 33, pp. 333-368.

⁶ Aproximación a este proceso en LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M. L. (1996-97). “Orden, gobierno y piedad. Hospitales en la diócesis de Granada en la segunda mitad del siglo XVIII”. *Revista del Centro de Estudios Históricos de Granada y su Reino*, 10-11, pp. 299-328.

⁷ La ambivalencia asistencia-represión se muestra en las medidas que le precedieron sobre licencias de pobres, presión financiera sobre instituciones eclesiásticas y leyes de vagos (MORENO RODRÍGUEZ, R. M. (2008). “Las ordenanzas y constituciones del Real Hospicio de Granada de 1756: la tentativa asistencial ilustrada ante la cultura caritativa”. En Valenzuela, J., Moreno, R. M. y Girón, F. *El Hospital Real de Granada y sus constituciones de gobierno (1593-1857). Asistencia a los pobres y regulación social*. Granada: Universidad, pp. 106-107). Paradigmática en ese sentido es la obra de SOUBEYROUX, J. (1982). “El encuentro del pobre y la sociedad: asistencia y

partido— y aplaudido entonces por el arzobispo D. Onésimo de Salamanca), ahora se hablaba sencillamente de reunión de centros hospitalarios, “un asunto de la mayor atención y utilidad a aquellos naturales”. Además, el caso de la intervención de los hospitales de Granada se presentaba como paradigmático.

La mayor concentración de hospitales⁸, como es lógico, corresponde a la capital granadina, que contaba con once centros, según el informe de 1778⁹. Disponían, por lo general, de un rector eclesiástico, que hacía las veces de capellán y muy a menudo de director en todas sus facetas. Su personal variaba notablemente en número: veinte en el Hospital Real y doce en el de la Encarnación era ya un número crecido y excepcional. La diversidad de centros obedece, en parte, a su especialización: convalecencia (el que así se denomina), transeúntes (de Peregrinos), tiñosos (del Pilar) o leprosos (S. Lázaro). Los demás aceptaban a afectados por enfermedades diversas, que no fueran contagiosas, así como accidentes. El Hospital Real, ya con carácter de Hospicio, abarcaba una panoplia mucho más extensa: enfermos de sífilis y locos, además de expósitos, huérfanas y pobres en general. Era común que estos centros atendieran otras obras de misericordia, como la limosna para pobres y las dotes para doncellas.

Presentaban salas separadas para enfermos y enfermas, aunque hay algunos exclusivamente para mujeres (Refugio) o para varones (Convalecencia, Encarnación, Pilar y Angustias), y en concreto para sacerdotes (Corpus Christi desde 1765), buscando para ellos una mayor decencia. Y es que la preferencia por los hospitales pequeños y exclusivos (entre los que suelen encontrarse los de cofradías¹⁰), se explica por ese pavor hacia los hospitales que mostraban las personas criadas con “regalo”, que, en opinión del arzobispo de Granada, D. Antonio Jorge y Galbán, “prefieren morir en sus rincones antes que ir o permitir que les lleben a recobrar la salud a ellos”¹¹. En total, la capacidad asistencial de los hospitales de Granada se cifraba en torno a 550 camas¹², cuantía muy distante del centenar corto que ofrecían los hospitales comarcales o “de partido”.

De la red hospitalaria diocesana propiamente dicha debe considerarse en la ciudad de Granada el hospital general eclesiástico, de la Encarnación o Santa Ana, al que correspondía un onceavo de los diezmos de Granada (9,26 %), así como el “rediezmo” de toda la diócesis

represión en el Madrid del siglo XVIII”. *Estudios de Historia Social*, 20-21, pp. 7-226.

⁸ Sin entrar en la conceptualización sobre este término, ya abordada en LÓPEZ MUÑOZ, M. L. (1994). *La labor benéfico-social de las cofradías en la Granada Moderna*. Granada: Universidad, pp. 61-66. *Vid.* al respecto BO-LUFER PERUGA, M. (2002). “Entre historia social e historia cultural: la historiografía sobre pobreza y caridad en la época moderna”. *Historia social*, 43, pp. 105-127.

⁹ *Vid.* la tipología de los hospitales granadinos en CMBIL HERNÁNDEZ, M^a. E. (2010). *Los Hospitales de Granada (siglos XVI-XXI): tipología, catálogo e historia*. Granada: Universidad.

¹⁰ La peculiar mentalidad religiosa que las asiste en LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M. L. (2007). “Sanidad doméstica, solidaridad corporativa: las cofradías ente la enfermedad en la España Moderna”. En Abreu. L. (ed.). *Asistencia y Caridad como Estrategias de Intervención Social: Iglesia, Estado y Comunidad (s. XV-XX)*. Bilbao: Universidad del País Vasco, pp. 73-94.

¹¹ Archivo Histórico Nacional (AHN), Consejos, leg. 15850. S. f.

¹² Con los datos del Censo de Floridablanca, José Antonio Jiménez habla de 1.016 adultos atendidos y de 82 facultativos (JIMÉNEZ LÓPEZ, J. A. (2003). “Pobreza y asistencia en el siglo XVIII en el Reino de Granada”. En Cortés, A. L., López-Guadalupe, M. L. y Lara, A. (eds.). *Iglesia y sociedad en el Reino de Granada (ss. XVI-XVIII)*. Granada: Universidad, p. 216). Relación de camas para finales del siglo XVI en los hospitales de la ciudad de Granada (unas 270 camas en total) en MARÍN LÓPEZ, R. (2003). “Notas sobre hospitales de la ciudad de Granada en la Edad Moderna: San Lázaro y Santa Ana”. En Cortés, A. L., López-Guadalupe, M. L. y Lara, A. (eds.). *Op. cit.*, p. 251.

(décima parte del onceavo: 0,926 %). En los demás casos se sostenían con diversas dotaciones fundacionales, además de limosnas.

Los hospitales comarcales en la diócesis de Granada

Nada comparable era, en principio, la situación de los hospitales del resto de la diócesis: unos 86.000 reales correspondían a los llamados “hospitales de partido”, cuyas rentas procedían de los diezmos, aunque en distinta proporción, para los de Alhama y Loja (1/12 de los diezmos –8,33 %–), o los de Almuñécar y Motril (1/24 de los diezmos –4,17 %–), además de otras propiedades e ingresos. En cuanto a los particulares, diversos patronatos y el repartimiento eran las fuentes de financiación del otro hospital lojeño (Caridad) y únicamente las limosnas sostenían el hospital de las Alpujarras (el de Ugíjar). He aquí sus ingresos anuales (en reales):

- Alhama: 27.500 r.
- Almuñécar: 6.600 r.
- Loja (Caridad): 3.485 r.
- Loja (Misericordia): 37.632 r.
- Montefrío: a cargo de la masa de hospitales (Hospicio).
- Motril: 9.198 r.
- Ugíjar: 1.650 r.
- Hospitales de tránsito: a cargo de la masa de hospitales (Hospicio).

La desigualdad económica es, pues, evidente, hasta el punto de que algunos gozaban de superávit, como los de Loja y Alhama, mientras los demás se desenvolvían con estrecheces. En los casos en que se producían esos excedentes económicos al término del ejercicio, se destinaban al Real Hospicio de Granada, de suerte que, si bien estos hospitales comarcales no habían sido absorbidos por el Hospicio, en la práctica se subordinaban a él en cierto modo, al acaparar esta institución ilustrada, centralizadora y represora sus remanentes económicos. Antes de esto, fue habitual que se derivaran esos sobrantes hacia el cabildo, el obispo o las fábricas¹³.

Desde luego, eran unos fondos muy apetecidos. Así se desprende de la documentación llegada a la Cámara de Castilla. Si las disposiciones gubernativas sobre hospitales aconsejaban destinar los sobrantes a casas de expósitos, hospitales y fomento de la industria, no faltaron colectivos interesados en ellos. Los sacristanes de la ciudad de Loja (Francisco Caro y Juan de Contreras) fueron los primeros reclamantes y obtuvieron “por ahora” cincuenta ducados extra al año, cada uno de ellos. Visto el caso, los curas (Antonio Ruiz del Olmo y Francisco Antonio Caballero) hicieron lo propio, solicitando cada uno 250 ducados anuales por encima de su salario¹⁴; pero no tuvieron éxito. El gobierno tenía sus prioridades, y tales fondos sólo debían in-

¹³ GÓMEZ RUIZ, T. (1997). *El Hospital Real de Santa María Magdalena y la Casa de Expósitos de Almería*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses, p. 31.

¹⁴ Consideraban indotados sus curatos en la Iglesia Mayor, sólo sustentados por las primicias y la asignación pontifical, ganando la mitad que los curas de los otras dos parroquias de Loja, de forma que “con su corta congrua les es imposible mantenerse con la precisa decencia debida a su estado, no correspondiendo su pequeña cuota al lleno de sus insoportables precisas obligaciones por el sumo trabajo de diaria asistencia al confesionario y continuada administración de sacramentos, así a sus feligreses como a las personas que concurren enfermas de todos los lu-

vertirse “en beneficio de los pobres” (¿lo eran los sacristanes?). En cierto modo, la intervención concreta sobre los hospitales del reino de Granada en el último cuarto del Setecientos derivó de esta reivindicación lojeña.

En cuanto a la capacidad de estos hospitales, destaca la cortedad en el número de camas:

- Alhama: hasta 30.
- Almuñécar: 5.
- Loja (Misericordia): hasta 40.
- Motril: 6.
- Ugíjar: 6.

Suman ochenta y siete en total, aunque no está completa la nómina de hospitales comarcales. No se ofrecen datos globales sobre ocupación de las camas salvo en algunos casos. En el de Alhama se cifra en unos 400 enfermos al año, siendo 287 en el de Loja. La media oscila entre 7 y 13 ingresados por cama y año. No dista mucho de los datos que se ofrecen para un hospital capitalino, como el de S. Juan de Dios (10 ingresos por cama y año, siendo unos 2.000 los atendidos y hasta 200 el número de camas), pero sí del hospital general eclesiástico, ubicado también en Granada, cuya media es de 18 (900 atendidos al año con un máximo de 50 camas). Aunque no son datos demasiado fiables, queda claro el poder de atracción de los centros de la capital sobre el conjunto de la diócesis. En cualquier caso, sólo un estudio exhaustivo de los libros de entrada de enfermos, en los casos en que se hayan conservado, podría afinar el impacto que tuvieron los enfermos procedentes de áreas rurales en el conjunto de los asistidos.

Hospitales de partido

El hospital de Almuñécar, aunque sin documento acreditativo, se contaba entre los derivados de la erección de la Iglesia de Granada por el cardenal-arzobispo de Toledo D. Pedro González de Mendoza, en cumplimiento de la bula de Inocencio VIII. Ya se mencionó el destino a cada hospital comarcal de un doceavo de los diezmos, pero no ocurría así en la costa (en este caso y en el de Motril), ya que el papa Alejandro VI había limitado los diezmos a los cristianos viejos y no a los “moros” (aunque se convirtiesen), de modo que en los lugares con notable presencia de éstos, “por evitar dudas y por otras justas causas, parece se concordó el que en dichos pueblos quedase para hospitales la vigésima quarta parte de diezmos”¹⁵.

Se completaban sus rentas con 128 marjales de riego (cuyo arriendo aportaba 3.278 r.) y algunos censos (que dejaban 348 r. anuales de réditos). En total, 6.600 reales de ingresos al año. No había sobrantes en este caso, a pesar de atender solamente cinco camas. Por tanto, nada obtenía de él el Real Hospicio, que sin embargo acababa de realizar varias obras en el centro por importe de tres mil reales.

gares de la vicaría y transeúntes al Hospital Real de la citada ciudad” (AHN, Consejos, leg. 15850. Comunicación de la Cámara de Castilla).

¹⁵ AHN, Consejos, leg. 15850. Informe de 14 de mayo de 1776.

El otro hospital costero era el de Motril, que había absorbido al de la cercana localidad de Salobreña. Como el anterior, tenía su origen en la asignación decimal establecida en 1492; aunque insuficiente, el 1/24 de los diezmos era su fuente de financiación, completada con limosnas procedentes de la piedad cristiana. Su puesta en funcionamiento databa del año 1517, bajo el título de Ntra. Sra. de la Paz, y atendía todas las enfermedades, salvo los casos de bubas e incurables, derivados a Granada¹⁶.

Para asegurar su funcionamiento, en 1730, el ayuntamiento motrileño dejó el hospital en manos de una congregación seglar, la del Divino Pastor, que ya venía desarrollando una labor similar en la localidad de Ugíjar: “es de hombres y mugeres y su instituto cuidar los hermanos a los enfermos, pedir limosnas y servir a las hermanas veatas, las cuales en clausura están dedicadas a asistir a las pobres enfermas, labar la ropa de todos y guisar la comida para enfermos y hermanos del hospital”¹⁷.

Queda clara, por tanto, la importancia de las limosnas, a la vez que se habían abaratado los gastos de personal con la llegada de estos congregantes. Para pagar enfermero y enfermera recibía, probablemente del ayuntamiento, 1.688 reales anuales, además de 50 ducados de rentas de procedencia particular. Destacaba también la dotación que realizara en su tiempo el cardenal Belluga; de modo que todos los ingresos ascendían a los citados 9.198 reales. Muy de pasada, como es habitual en estos informes, se menciona algo sobre los usuarios del centro: “por lo crecido del pueblo y forasteros que ban a travajar en los yngenios de azúcar, [en] varias ocasiones se admiten muchos más, de que resulta estar atrasado dicho hospital”¹⁸. Lo que realmente importaba era lo económico, pues esa saturación se alega para mostrar cómo el rector quedaba alcanzado, nada menos que en 16.000 reales. No generaba, pues, sobrantes para el Hospicio.

La ciudad de Alhama podía presumir de un hospital económicamente saneado. D. Manuel Doz, presidente de la Real Chancillería de Granada, insistía en la doceava parte de los diezmos que le correspondía, de Alhama y sus anejos, a cuyos habitantes enfermos y pobres asistía. Rentaba esa partida 334 fanegas de trigo, 128 de cebada y 8.800 reales. Se sumaban otras cantidades por censos y arrendamientos de tierras heredadas o compradas con sus sobrantes, aunque éstas últimas –adquiridas entre 1738 y 1743– no se consideraban de buena calidad. En cualquier caso, no estaban nada mal los 27.500 reales que alcanzaban sus ingresos anuales. Ya por entonces los sobrantes se destinaban al Hospicio: 9.838 reales y 3 maravedís de media anual en el quinquenio 1769-73.

La ocupación de sus treinta camas variaba estacionalmente: “el número regular es de diez a veinte enfermos, a excepción de las temporadas de mayo y septiembre, que concurren muchos enfermos a tomar baños y todos están muy bien asistidos en lo espiritual y temporal”¹⁹. La Junta de Hospicio se había encargado de agrandar la sala de enfermos y se esperaba hacer lo mismo con la de enfermas, así como destinar un cuarto a ropería.

En Loja existía un hospital particular, el de la Caridad de Cristo o de Peregrinos. Se decía fundado por los Reyes Católicos, que le concedieron bienes en el repartimiento de la ciudad, en concreto “una casa y heredades, en contía de quatro cavallerías y tierras de pan e dos aran-

¹⁶ AQUINO Y MERCADO, T. (1650). *Historia de las Antigüedades y Excelencias de la villa de Motril, antigua Sexi*. Manuscrito, f. 245. Debo esta referencia a la amabilidad de Domingo A. López Fernández.

¹⁷ AHN, Consejos, leg. 15850. Informe del Presidente de la Chancillería de 6 de octubre de 1775.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ AHN, Consejos, leg. 15850. Informe del Presidente de la Chancillería, s. f.

zadas de guerta e olivar e viñas e tierras, en que pongan fasta diez aranzadas”. Así se ejecutó en 1491. A ello se unieron las mandas que otras “personas devotas le han hecho para su alivio y bien de los pobres que se hospedan”²⁰. Tres siglos después su gasto anual rondaba los 5.000 reales, mientras que sus ingresos fijos sólo podían afrontar tres cuartas partes de esos gastos.

¿Cuál era su fin específico? Como era habitual, domina la indefinición o, mejor dicho, el abarcar diversas obras de misericordia: hospedar en dos camas durante un máximo de tres días a pobres e impedidos en tránsito (por ser “garganta y preciso paso de todas las Andalucías para Levante, y de este para aquellas”), que llegaban a lomo de caballería conducida por mozo y se dirigían a baños y unciones; acogida de soldados y de sacerdotes pobres en camino; disposición de colchoncillos de anea o estera para pobres transeúntes; sepultura de los pobres que fallecían en él, “en las calles y campos, que no tienen parte que los entierre, poniéndole mortaja de lienzo blanco, llevando cirios con la cruz, pagar al enterrador, campanero y demás”, y, por supuesto, costear los ornamentos para el culto en su oratorio, además del salario del hospitalero-santero. Es evidente que su espacio era reducido, pues “hasta la misma sacristía y abitación del santero ocupan los pobres transeúntes que se acogen a él, estando todos mezclados y causando la yndecencia y fetor que se experimenta en la iglesia oratorio”²¹.

Este hospital de la Caridad de Loja, que como se observa jugaba el papel de hospital de tránsito (“abrigo o asistencia de los pobres transeúntes” en un “cotarro destinado a este fin”), dependía de una hermandad o “junta” –guiño a las autoridades ilustradas– que practicaba la asistencia, pero que se ocupaba más del culto a Ntra. Sra. de la Caridad, que presidía el pequeño oratorio anejo al hospital. Aprovechando el intento de intervención regia sobre los hospitales del reino de Granada, esta hermandad plantea una intención clara: construir un nuevo edificio, “por la grande devoción con que es asistida por los vecinos y forasteros, como en las oras de celebrar el santo sacrificio de la misa, que desde la hora de la aurora o alva se principia hasta las doce del día en los feriados y hasta las diez los demás; por estar pared de por medio la Carnicería y tajones, cuios golpes y fetidez es lo más repugnante, como el que causa la casa matadero, con que igualmente linda, se hace preciso la reparación de dicho hospital y su oratorio”²².

Pero no se trataba de reparar, sino de buscar un nuevo emplazamiento. Ciertamente, el maestro alarife buscado por la hermandad cifraba la reparación en unos 120.000 reales, sin la acomodación interior del inmueble, y ello derribando prácticamente el edificio, cuya estructura estaba afectada por humedades. Como quiera que el gasto era grande y el fruto corto, pues no podía ampliarse ni el oratorio ni la hospitalidad, aconsejaba, por el contrario, una nueva construcción en otro emplazamiento: el derrumbadero y plaza nueva, que se ampliaba con una finca del eclesiástico D. Antonio del Rosal, pronto a hacer cualquier cosa por la devoción que le tenía a la patrona y protectora de Loja, pero con la condición –esperable, por otra parte– de que “siempre que se haga panteón o bóveda en la iglesia de dicho oratorio, a de tener derecho a su enterramiento y todos los que gozen de los caudales vinculados que posee”²³. Esta segunda opción se cifraba en 250.000 reales. En cualquier caso, debía consultarse con dos especialistas, agentes de las reformas ilustradas: el arquitecto Domingo Antonio de Lois, en lo relativo

²⁰ AHN, Consejos, leg. 15850. Traslado de 11 de julio de 1777.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*.

a la construcción del nuevo edificio, y el visitador Benito Ramón Hermida, en lo referente a la erección de una junta de caridad —que el arzobispo tildaba de “invención novísima y jamás conocida en aquella ciudad... para substraerse del conocimiento que la visita ordinaria eclesiástica ha tomado de los caudales y gastos de esta Hermandad en todas las ocasiones... y poner en dispersión a los hermanos y dexar al arbitrio de algunos pocos la distribución de las rentas y limosnas”²⁴—, como la que había logrado instaurar en la ciudad de Almería. Detrás de estas propuestas estaba la firme y regalista intención del corregidor de la ciudad, D. José Loarte, cuando fue hermano mayor de la corporación.

Más boyante se encontraba el Hospital Real de la Misericordia de dicha localidad, fundado asimismo por los monarcas Isabel y Fernando —cuya asignación aparece ya en el repartimiento de Loja²⁵, aunque parece fundado en 1502—. Como todos los comarcales, “debe subsistir sin nobedad para socorro y alivio de los pobres de aquella ciudad y su partido; y lo mismo los demás fundados fuera de la capital”²⁶. Tenía Loja unos tres mil vecinos y este único hospital con fines realmente sanitarios, “para curación de todo su vecindario, lugares de su comarca, pobres transeúntes y tropa de Su Magestad”²⁷. Llegó a atender, ciertamente, a presos y a soldados, así como a enfermos de males contagiosos, pues a la postre los hospitales de partido gozaron de gran autonomía y sirvieron para todo.

Se sustentaba del la masa decimal: “una tercera parte de los dos novenos y medio..., separando la décima para el Mayor de Santa Ana de Granada, cuya parte de diezmos venía a ser una dozaba parte de su total”²⁸. Conocemos el desglose de esa aportación decimal: 736 fanegas de trigo, 180 de cebada, 14.303 reales y otros 484 procedentes del arrendamiento de unas paneras o alhoríes. No era suficiente para cubrir los gastos anuales, que ascendían a 23.405 reales y 9 maravedís, además de 135 fanegas de trigo. Pero se completaba con rentas de diversa procedencia, hasta los 37.632 reales de ingresos anuales, sustentando hasta cuarenta camas en dos enfermerías (masculina y femenina). Por eso, estimaba la Cámara de Castilla que gozaba al año ¡de 15.000 a 20.000 reales sobrantes! Estos, fondos para el Hospicio, eran sin duda un apetecible objeto de deseo.

Con especial esmero se atendía a la alimentación de los enfermos, consistente diariamente en doce onzas de carne (ocho para el almuerzo y cuatro para la cena), una libra de pan, y porciones de gallina y jamón. Junto a lo material, lo espiritual: esencial se consideraba el papel del capellán, que debía ser presbítero y natural de la localidad, encargado de “celebrar una misa rezada los domingos del año, asistir espiritualmente a los enfermos, confesarlos, consolarlos, auxiliarlos *in agonia* y hallarse presente a la visita de los médicos, velando y celando sobre el

²⁴ AHN, Consejos, leg. 15850. Informe arzobispal de 31 de agosto de 1779. Pretendía evitar en Loja lo que ya era una realidad en Granada. El regalismo se extendía al campo de la asistencia sanitaria, tradicionalmente sólo en manos eclesiásticas.

²⁵ Llamado inicialmente de la Sangre, por hospedar a los heridos de la Guerra de Granada (CORONAS TEJADA, L. (1990). *El Hospital Real de Nuestra Señora de la Misericordia de Loja*. Granada: Universidad, p. 19). Un tercer hospital lojeño, el de S. Sebastián, no funcionaba ya en el siglo XVII.

²⁶ Según comunicado al arzobispo de Granada de 8 de enero de 1779 (AHN, Consejos, leg. 15850).

²⁷ CORONAS TEJADA, L. (1990), p. 21 (según informe de 1763).

²⁸ AHN, Consejos, leg. 15850. S. f. No se trata realmente de dos novenos y medio, sino más bien de dos novenos y cuarto.

cumplimiento de los dependientes”²⁹. Su retribución anual alcanzaba los 200 ducados, además de la manutención alimenticia y de una habitación cómoda.

Desde la Cámara de Castilla se pretendía contar con un hospital nuevo, pero no el de tránsito, sino el de partido, en el que se cumplieran todas las disposiciones ilustradas en materia hospitalaria: “se facilite a los enfermos toda comodidad, cortándose la práctica de socorrer con medicinas a los enfermos pobres en sus casas; que habiendo efectos suficientes se conduzcan al hospital los leprosos con total separación; que con la misma se establezca, si huviere rentas, enfermería de incurables y, no alcanzando, se conduzcan al de San Juan de Dios de Granada”, recomendando la reunión semanal de la junta de caridad y reduciendo la visita eclesiástica a “puramente de caridad y respectiva al modo y exactitud con que deben estar asistidos los pobres enfermos”³⁰.

La información respecto al hospital de Montefrío es realmente escueta: “en esta villa hay hospital de fundación particular y el Hospicio (porque recoge la masa de hospitales) le contribuye con el gasto de medicinas”³¹. Se titulaba de San Juan de los Reyes y fue “fundado por Juan Carrión, escudero que fue de los Reyes Católicos, por su testamento otorgado en 26 de diciembre de 1500”³². Se sufragaba con su legado testamentario y las aportaciones de otros vecinos.

Igual sucede con el de Ugíjar: “hay hospital a cargo de un rector y del que cuidan los hermanos de la congregación del Divino Pastor, que asisten también a el de Motril, no tiene más renta que las limosnas de los fieles ni hay otro hospital en los partidos de Alpujarra, Valle de Lecrín, estados de Órjiva, Torbiscón y taha de Marchena, en que los diezmos nada contribuyen para este fin”³³. Atendía las necesidades de 56 pueblos y se mantenía sólo mediante limosnas. Había sido fundado por el tercero franciscano Juan del Espíritu Santo, con aprobación arzobispal en 1718, aunque funcionaba siete años antes con el título de Jesús, María y José³⁴.

Sin embargo, parece que la atonía marca su funcionamiento, pues en 1790 denuncia el abad de la colegiata de Ugíjar su inoperancia, en términos de miseria, necesidad y ruina, abogando por el “reedificio y dotación” del centro para “alivio de aquellos pobres y desbalidos vasallos”, que se ven “morir los pobres en tan dilatada extensión más por carecer de medicina que por lo agudo de sus dolencias”³⁵. Desesperadamente pedía fondos, sugiriendo como procedencia las pensiones sobre la mitra granadina, las “creces” de los pósitos de Adra, Berja y Dalías, la reunión de obras pías o un aporte económico de la Casa-Cuna de Granada, por no mencionar el producto de la lotería y de la venta de las temporalidades. Se estimaban necesarios de siete a doce mil reales para mantener doce camas (seis “para cada sexo”) y pagar al personal.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ *Ibidem*.

³² MADOZ, P. (1987). *Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de Andalucía*. Granada. Valladolid, p. 242.

³³ AHN, Consejos, leg. 15850. Comunicación de la Cámara de 10 de junio de 1778. Hacia 1795 existía uno en Órgiva (LÓPEZ, T. (1990). *Diccionario Geográfico de Andalucía: Granada*. Ed. de C. Segura Graíño y J. C. de Miguel. Granada).

³⁴ LÓPEZ MUÑOZ, M. L. (1991). “La fundación del hospital del Divino Pastor de Ugíjar y su relación con el hospital de Jesús Nazareno de Córdoba”. *Actas del Congreso Internacional “Cristóbal de Santa Catalina y las Cofradías de Jesús Nazareno”*. Córdoba: Cajasur, vol. I, pp. 233-249. En 1727 se le agregaba el hospital de Torrejón de Velasco en el arzobispado de Toledo (Archivo Eclesiástico de la Curia de Granada, leg. 94F, pza. 11) y poco después gestionaba también el de Motril, sin que tuviera éxito la pretendida fundación de una orden religiosa.

³⁵ AHN, Consejos, leg. 15850. Instancia de 21 de febrero de 1790.

Hospitales de tránsito

Realmente pocas resultan las noticias sobre los hospitales de tránsito, que son los de Santa Fe, Pinos Puente, Albolote, Íllora, Iznalloz, Colomera, Moclín y Guadahortuna, a los que hay que añadir el mencionado de la Caridad de Loja. En realidad, todos ellos –socorridos por el Real Hospicio para la conducción de enfermos a Granada y a los baños de Graena– se tratan de manera genérica en el expediente de la Cámara de Castilla, incluyendo los de Ugíjar y Montefrío, que son considerados únicamente como hospitales de “tránsito”. También en estos casos se trataba de imponer “una policía y administración incorrupta”³⁶. A veces dormían los transeúntes sobre poyos o sobre esteras en el suelo. Sus hospitaleros amparaban también a los niños expósitos que iban de camino hacia Granada (incluso el hospital de Alhama tenía una Casa de Amparo para este cometido)³⁷. Y era tradicional la “distracción” de fondos, como se recoge en fecha temprana (1610) para Íllora: “los diezmos que pertenecen a su hospital no se gastan en curar pobres de aquella villa”³⁸.

En suma, se trataba tan sólo de “hospitaleros que cuidan de remitir los enfermos a Granada y perciven el gasto que en ellos se causa de la masa de los hospitales, de los mismos que goza el Hospicio”³⁹. Los fundaron los Reyes Católicos “con la finalidad de aportar abrigo y socorro a los pobres que caminaban de pueblo en pueblo con cartas de caridad. Además, proporcionaban bagajes a los que no podían caminar a pie para conducirlos al hospital inmediato, hasta depositarlos en los de Granada. Al frente de cada uno de ellos había un hospitalero que recibía nombramiento oficial y percibía sueldo, dotándole además de casa en el hospital correspondiente”⁴⁰. Junto a la aportación decimal que recibían (1/12: algo más de 83 fanegas por cada 1.000 de trigo, cebada y otras semillas, en el caso concreto de Iznalloz⁴¹), consta que los Reyes Católicos aplicaron algunas rentas a los hospitales de Sierra, Vega y Valle⁴². Contribuía a allegar fondos al hospital de Santa Fe una cofradía de la Caridad. También se hicieron mejoras (cuarto para mujeres) en los de Colomera y Albolote.

Todos estos hospitales, que podemos considerar rurales, debían subsistir sin necesidad de reunión, al no coincidir dos en una misma localidad (salvo en el caso de Loja) y ser corta su aportación para la asistencia de los enfermos. En el siglo XIX todavía se conservaban algunos de ellos⁴³.

³⁶ AHN, Consejos, leg. 15850. Comunicación de la Cámara de 10 de junio de 1778.

³⁷ VALLECILLO CAPILLA, M. (1990). *Política demográfica y realidad social en la España de la Ilustración. La situación del niño expósito en Granada (1753-1814)*. Granada: Universidad, p. 52. La problemática de los expósitos por extenso en FUENTE GALÁN, M^a. P. (1996). *Los niños expósitos de Granada, 1753-1800*. Granada: Universidad.

³⁸ MARÍN LÓPEZ, R. (1995). *Los Libros de Reales Cédulas de la Curia Eclesiástica de Granada*. Granada: Proyecto Sur, pp. 131-132.

³⁹ AHN, Consejos, leg. 15850. Comunicación de la Cámara de 10 de junio de 1778.

⁴⁰ SÁNCHEZ DEHESA-GARCÍA, M^a. R. (1985). *El Hospital Real de Santa Fe*. Granada: Diputación Provincial, p. 10. Los datos del Catastro de Ensenada consignan 400 pobres entre los 1.900 habitantes de esta localidad. Un hospital nuevo, más capaz, se terminó de construir en 1786, con seis camas.

⁴¹ MARÍN LÓPEZ, R. (1995), p. 169.

⁴² Archivo de la Catedral de Granada, leg. 1, pza. 40.

⁴³ *Vid.* LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M. L. (1996-97), pp. 319-321.

A modo de conclusión: una investigación abierta

Esta aproximación a la realidad hospitalaria del agro granadino, si así podemos llamarla, evidencia la insuficiencia sanitaria propia del Antiguo Régimen, derivada tanto de las limitaciones en los campos de la medicina y de la salubridad pública, como de un sistema de asistencia disperso y mal organizado, precisamente lo que trataban de corregir las medidas ilustradas que nos han servido de base.

1. Con la re-instauración de la diócesis de Granada se propone un modelo sanitario novedoso, sujeto al patronato regio. Este modelo contemplaba, junto a un hospital general en la sede metropolitana, la creación de una red de hospitales que bien podemos denominar rurales desde el momento en que pretendían extender la sanidad a todos los rincones de la diócesis, a través de dos fórmulas: los hospitales de partido y los hospitales de tránsito. Lógicamente sólo los primeros, que eran los menos, contemplaban la asistencia sanitaria. Aún así se apostó por la bondad del sistema, que seguía manteniéndose casi tres siglos más tarde, de forma que, bajo el reinado de Carlos III, la pretensión ilustrada y regalista de reunir centros hospitalarios toleró la subsistencia de estos hospitales rurales, sin agregación a otros mayores, asentando así, al par que la centralizaba, la red hospitalaria nacida en el antiguo Reino de Granada al amparo del regio patronato.

2. Precisamente a causa de este marco jurídico peculiar no puede hablarse simplemente de una red eclesiástica de hospitales. Si bien se sustentaban con cargo a las rentas decimales y al frente de cada uno de ellos se encontraba un rector eclesiástico, la Corona siempre consideró este sistema sanitario como algo suyo, y las rentas decimales como inherentes a su patronato. Sin embargo, no parece que este sistema asegurara la eficacia sanitaria, al menos en la misma medida en que se predicaba la bondad del patronato regio a la hora de seleccionar al clero diocesano. La desigual composición del diezmo tuvo sus efectos negativos, sobre todo allí donde la presencia musulmana siguió siendo muy densa tras la conquista. Esto hace que en la Costa los hospitales perciban una fracción más reducida de los diezmos, que se convierte en ninguna en la extensa comarca de las Alpujarras. Se esfumó en la práctica el deseo de erigir un hospital en la cabeza de cada vicaría.

3. La insuficiencia económica afectaba, tanto a los hospitales comarcales de la red diocesana, como a aquellos otros de fundación particular. Se evidencia con el paso del tiempo un desfase en la dotación fundacional, bien por procesos inflacionistas, bien por la deflación de la moneda de vellón o por la baja de los réditos de censos; la Desamortización de Godoy agudizó aún más esa situación. Ciertamente, aquellos pequeños hospitales tuvieron que allegar nuevos fondos para su diario sustento; a menudo dejaban empeñados a sus administradores y, con el tiempo, dependieron en exceso de limosnas que se antojaban aleatorias. Las mejoras dieciochescas pasaban por la racionalidad, más en los fondos que en el funcionamiento. El Real Hospicio de Granada nace como un macro-centro ubicado en la capital, que acapara los sobrantes económicos de la red hospitalaria diocesana. Por increíble que parezca, hubo hospitales comarcales que generaron remanentes, como los de Loja y Alhama, los mejor dotados desde el punto de vista decimal.

4. Es evidente que estos hospitales, especialmente los de partido (Alhama, Almuñécar, Loja, Motril, además de los de Montefrío y Ujígar, que eran de fundación particular) jugaron un papel notable en cuanto a asistencia médica se refiere. No es posible cuantificar su alcance, que precisa el estudio sistemático de la documentación conservada. Pero en esas localidades

se cuentan por varios cientos los atendidos anualmente; tampoco conocemos la procedencia, aunque según la filosofía del sistema, se trataba de atender las necesidades de una comarca entera. Determinados casos, en especial de enfermedades contagiosas, se remitían a la capital. Y esta labor de traslado era a su vez específica de los hospitales de tránsito, que remitían pobres y enfermos, huérfanos y expósitos hasta la ciudad de Granada, ubicándose estos ocho o nueve centros bastante cerca de ella.

5. Puede inferirse de lo consignado hasta el momento la confusión que reina en cuanto a los usuarios de este sistema. Una confusión propia del horizonte asistencial del Antiguo Régimen. Los atendidos en aquellos hospitales no eran estrictamente enfermos. Dicho de otro modo, la pobreza en sus distintas manifestaciones era también una “enfermedad social” y se atendía en los mismos centros. Allí se dispensaban tratamientos –rudimentarios– y dietas alimentarias acordes con la enfermedad, pero también cobijo para dormir o una simple ración para comer. El proceso que ha dado en llamarse “encierro de pobres” acentuó esa indefinición original de los centros hospitalarios y dos siglos más tarde la mentalidad ilustrada abundaba en la misma idea. Por los hospitales comarcales y los de tránsito vemos circular también a soldados sin destino o a vagabundos conducidos por la justicia, a gentes de distinta condición, cuya amalgama en centros de asistencia y reclusión de gran envergadura, como el Real Hospicio, no es extraño que despertara aversión. Algunas críticas al respecto ya se dejaron oír en el siglo XVIII, incluyendo la desatención, el hacinamiento, la falta de limpieza y el ambiente insano de los mismos.

6. Esas críticas surgen principalmente desde el campo eclesiástico, el más perjudicado por ese proceso imparable de intervención del Estado en materia de asistencia social y sanidad. Basta observar el nivel de autoridad moral reconocido a los rectores (capellanes) de los centros, la minuciosidad de su control, la importancia de los actos de culto o la preocupación, primordial, por la salud espiritual del asistido y su disposición para bien morir (darán “ejemplo de llevar la enfermedad como embiada de la mano de Dios, con humildad, paciencia y sufrimiento” se lee en el caso de Ugíjar) para comprender esa realidad. Aquellos hospitales rurales granadinos contribuyeron también a sustentar ese “pacto social”, entre religión y absolutismo, inseparable del Antiguo Régimen. El marasmo hospitalario, desde su fundación y naturaleza hasta su destino, es fácilmente explicable: aquellos centros, muchos de ellos minúsculos y mal dotados, obedecían antes a la mentalidad caritativa de sus insignes fundadores (reyes, nobles, burgueses), cuya memoria había que preservar –toda una particularización de la caridad–, que a las necesidades de los asistidos, que se veían como el efecto de una mezcla de variables, en la que la patología se da la mano con el rechazo social y con el efecto del pecado, según el discurso oficial, generando ese halo lóbrego y estigmatizado que parece caracterizar, con las debidas excepciones, al mundo de los hospitales.

La pregunta que se hacen los regidores lojeños en 1806 muestra a la perfección el alcance de estos hospitales comarcales, más allá de la suficiencia de sus ingresos: “¿Por qué ha de llamarse hospital con respecto de una ciudad de quatro mil vecinos el corto recinto de una sala para cada sexo, de cabida de doce camas... en donde se be cada día un enfermo a la cabecera de un moribundo, esperando que dé los últimos alientos para entrar en aquel lecho, cuyas ropas las más veces no se muda, que aún conserba el calor de quien lo desocupa, y lo que puede suponerse en tal estado?⁴⁴”.

[ÍNDICE]

⁴⁴ Cit. en CORONAS TEJADA, L. (1990), p. 89.