

APROXIMACION A LA ASISTENCIA SOCIAL CORDOBESA DE FINES DEL SIGLO XVI. CRISIS Y REDUCCION HOSPITALARIAS

FERNANDO LÓPEZ MORA

A pesar de no ser escasos los estudios de temática asistencial u hospitalaria sobre la ciudad cordobesa, la mayoría de ellos ofrecen análisis individualizados de instituciones. En general, ausencias documentales han imposibilitado visiones globales del complejo asistencial, y para interpretaciones de síntesis aún debemos esperar a conjugar las conclusiones de las investigaciones parciales. La documentación que sirve de base a nuestra exposición, por su carácter comparativo, nos facilita algunas interpretaciones de conjunto sobre el entramado asistencial de fines del siglo XVII. Pertenece a un informe inédito que, pensamos, fue realizado con vistas a la reducción hospitalaria proyectada en tiempos de Felipe II.

El joven empuje historiográfico de este tema de estudio, el asistencial, está permitiendo documentar a través de su análisis los comportamientos históricos de la sociedad ante problemas como la enfermedad o la pobreza, facilitando además el conocimiento de los sectores menos favorecidos de la población. Como P. Gutton ha destacado, los marginados también lo son para el historiador, y por sus escasos legados documentales directos han de ser estudiados, fundamentalmente, a través de sus benefactores o represores¹. En este sentido, estudiar el aparato institucional de la asistencia también es profundizar en el conocimiento de las relaciones interstamentales de la sociedad.

¹ GUTTON, J. P.: *La société et les pauvres. L'exemple de la Généralité de Lyon (1734-1789)*. París, 1971.

A) LA REDUCCION HOSPITALARIA DE FELIPE II. EL FRACASO DE LA SOLUCION CONCENTRADORA EN CORDOBA

Córdoba en el siglo XVI era una ciudad dinámica en sus comportamientos económicos y sociales². Todo ello contrastaba con la situación de cíclica penuria del estado llano. La mendicidad generalizada estaba presente en el devenir cotidiano de importantes sectores de la población, y una legión de zampalimosnas, tullidos y sopistas saciaban su escasez en la caridad particular o en la beneficencia institucional³. Jornaleros y artesanos aumentaban la tensión social en años de crisis o epidemias, precisamente cuando, además, la ciudad captaba la miseria rural.

La oferta benéfico-asistencial que se ofrecía estaba fundamentada en los hospitales, que poseían un cometido más genérico que el actual. La concepción del hospital moderno «secularizado, organizado únicamente en función de sus acogidos, campo de experimentación de la ciencia médica» quedaba a siglos de distancia, dominando un concepto de auxilio que estimaba, tanto el socorro espiritual y religioso, como el curativo y de recogimiento⁴. En el hospital del Antiguo Régimen se trataba de prestar una ayuda más diversificada, de alimento, habitación, asistencia espiritual y sólo a veces sanitaria.

Quizás, el rasgo primordial del complejo asistencial cordobés que vamos a desarrollar sea el de su insuficiencia en relación a la demanda existente; sobre todo en situaciones críticas, precisamente cuando su finalidad resultaba alarmante. Síntomas de esa incapacidad fueron las continuas expulsiones de los menesterosos no naturales de la ciudad decretadas por el Cabildo municipal en el siglo XVI. La deficiente capacidad de las fórmulas de socorro institucional agudizaba, en este caso, el exclusivismo en beneficio de los «pobres naturales», ignorando a los forasteros⁵.

² Para contrastar los fundamentos de esa sociedad, y de la evolución de la estructura socio-económica, véase la tesis doctoral de FORTEA PÉREZ, J. I.: *Córdoba en el siglo XVI: Las bases demográficas y económicas de una expansión urbana*, leída en la Universidad de Salamanca el año 1978 (mecanografiada); sintéticamente publicada con igual título en Córdoba el año 1981. Las tensiones inter-estamentales son analizadas en la obra de YUN CASALILLA, B.: *Crisis de subsistencias y conflictividad social en Córdoba a principios del siglo XVI*, Córdoba, 1980. Un marco general de la época moderna en Córdoba nos la aporta el profesor de BERNARDO ARES, J. M. en el capítulo «Epoca Moderna» de *Córdoba y su provincia*, II, Sevilla, 1985, págs. 324-381.

³ Las situaciones y los términos del mundo de la picaresca han sido tratados monográficamente por ALONSO HERNÁNDEZ, J. L.: *Léxico del marginalismo del Siglo de Oro*. Salamanca, 1976. Un estudio local específico en ORTIZ JUÁREZ, J. M.: «Córdoba y los cordobeses en la literatura picaresca del Siglo de Oro» *Anales del Instituto Nacional de Bachillerato «Luis de Góngora»*, II, (1972), págs. 79-90.

⁴ La feliz definición procede de CARMONA GARCÍA, J. I.: «La asistencia social en la España de los Austrias». *De la Beneficencia al Bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, 1985, pág. 82. Véase además ORTIZ DÍAZ, J.: «Evolución del concepto hospital». *Homenaje al profesor GIMÉNEZ FERNÁNDEZ*, I, Sevilla, 1967, págs. 229-254.

⁵ FORTEA PÉREZ, J. I.: *op. cit.*, nota núm. 1, I, 346 (tesis doctoral mecanografiada), donde re-

No obstante estas limitaciones, para algunos tratadistas el «Quinientos» fue «el siglo de la caridad privada y de la beneficencia pública», la época de la religiosidad «traducida en obras»⁶. Empero, para J. I. Carmona esta proliferación, en lo que toca a los centros hospitalarios, no supuso un mejoramiento cualitativo; tanto por sus dimensiones como por su concepción asistencial el factor dominante fue, el «arcaísmo funcional». En Córdoba, como se aprecia en las relaciones que incluimos, fueron mayoría los pequeños establecimientos de dudosa eficacia social, diseminados por casi todas las collaciones de la ciudad y con un funcionamiento y gobierno prácticamente autónomos. En este sentido, más que un sistema, una ensambladura, constituían un maremagno de oportunidades benefactoras muy limitadas.

El ambiente europeo, marcadamente reformista en el ámbito del socorro social, y el empuje contrarreformista de la política de los Austrias, posibilitaron la generalización de los intentos reductores en los reinos hispánicos como medio de encauzar la crisis de numerosos institutos caritativos y su anárquica proliferación. Esto es, gracias a la concentración de recursos en un número limitado de establecimientos (uno o dos) procedentes, generalmente, de pequeños hospitales de hermandades y cofradías.

En esta corriente reformista se inscriben los esfuerzos realizados en tiempos de Felipe II sobre los establecimientos asistenciales que, en Córdoba, significarán el tercer intento de reducción hospitalaria proyectado en la ciudad⁷. Este proyecto fue cronológicamente paralelo al de la reducción sevillana culminada en 1587, también planteado en las poblaciones de Madrid, Santiago, Toro, Burgos y otras peninsulares. Las motivaciones últimas de las concentraciones, profusión de los pequeños hospitales y escaso rendimiento social de estos, ya fueron expuestas por un autor decimonónico (Hernández Iglesias)⁸; para el Dr. C. Rico-Avelló, ade-

coge un acuerdo municipal fechado el 9 de octubre de 1521 que ejemplifica la expuesto. No obsta lo apuntado para apreciar el alto grado de ocupación de forasteros en los hospitales cordobeses del siglo XVI; así, en el hospital de San Sebastián, se recogieron un 70 %, aproximadamente, de enfermos foráneos durante el último tercio del siglo. Porcentaje que corrobora el dinamismo social de la población cordobesa renacentista, como ha confirmado GARCÍA DEL MORAL, A. en *El hospital Mayor de San Sebastián de Córdoba: Cinco siglos de asistencia médico-sanitaria institucional (1363-1816)*, Córdoba, 1984, págs. 88-92.

⁶ VISAS Y MEY, C.: «Notas sobre la asistencia social en la España de los siglos XVI y XVII», *Anales de la R. Academia de Ciencias Morales y Políticas*, 48, (1971), pág. 203.

⁷ SALDAÑA SICILIA, G.: *Monografía histórico-médica de los hospitales de Córdoba*, Córdoba, 1935, págs. 247-248. La reducción que estudiamos fue promovida por el rey Felipe II en Provisión Real dirigida a diversos arzobispados y obispados pidiéndoles relación de las rentas hospitalarias, datos sobre su administración y otras informaciones diversas; para este efecto el monarca había obtenido bulas papales en 1546.

⁸ En HERNÁNDEZ IGLESIAS, F.: *La Beneficencia en España*. Madrid, 1872, I, pág. 277, al afirmar que «la moda de fundar hospitales se generalizó tanto en los siglos XIV al XVI, que el número de estas casas llegó a una cifra fabulosa; más como la moda es ligera en todas sus manifestaciones, si los hospitales eran muchos también eran muy malos pobres por lo común y mal administra-

más, el «criterio ordenancista y meticuloso» del monarca debió condicionar la medida⁹; J. I. Carmona, con agudeza interpretativa, ha caracterizado este esfuerzo de aglutinación como ejemplo del nuevo sentido de racionalidad y uniformidad del Estado Moderno y como un intento de equilibrar los recursos asistenciales, hasta entonces dispersos y no siempre acordes con la finalidad de los institutos¹⁰; también ha mostrado que los objetivos perseguidos se cumplieron, al menos en la concentración hospitalaria realizada en favor del hospital del Espíritu Santo de Sevilla¹¹.

Por contra, el propósito de concentración no pudo concluirse en la ciudad de Córdoba. Y esto a pesar de que el monarca, a su paso por la ciudad con motivo de las sublevaciones de los moriscos en las Alpujarras, «en persona trató de este asunto (...), pensando en unir el mayor número de ellos con el de San Sebastián y el de Antón Cabrera»¹². Lo que, parece ser, ordenó definitivamente desde la ciudad de Ecija.

Poco más conocemos del desarrollo político de la reducción en la ciudad de la Mezquita. La dispersión documental y lo fragmentario de las informaciones han determinado los raquíticos resultados obtenidos hasta el momento. La exhumación del informe que sirve de base a nuestra comunicación quizá incentive esfuerzos más abarcadores; pero, desde luego, el caudal informativo del que disponemos en la actualidad no es equivalente al que se ofrece para el caso coetáneo sevillano, cuya documentación ha sido estudiada por el profesor J. I. Carmona¹³.

B) REGISTROS INFORMATIVOS DEL MANUSCRITO. POSIBILIDADES DE ESTUDIO Y LIMITACIONES

La documentación que analizamos aparece sin fechar, si bien, indirectamente, podemos datarla entre los años 1582 y 1586 (período del episcopado de D. Antonio de Pazos). Nada clarifica del desarrollo político ni de las peripecias locales del intento reductor. Sus posibilidades de aprovechamiento son limitadas, a pesar de lo prometedor de su titulación: «Relazion de las Rtas. de los Hospitales de esta Ciud. de Corva, sus fundadores la Rta. que tenían, para que ministeio sirve.../...»¹⁴.

dos, á punto de que apenas servían para los enfermos pobres». es también interesante la visión de ARIAS MIRANDA, J.: *Reseña histórica de la Beneficencia Española*, Madrid, 1862, pág. 45.

⁹ RICO ABELLO, C.: «Evolución histórica de la asistencia hospitalaria en España», *Revista de la Universidad de Madrid* III, 9, (1954), pág. 64.

¹⁰ CARMONA GARCÍA, J. I.: *El sistema de hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen* Sevilla, 1979; parcialmente reeditado en *Los Hospitales en la Sevilla Moderna* Sevilla, 1980.

¹¹ CARMONA GARCÍA, J. I.: «Exposición y posibilidades de una contabilidad hospitalaria (el Hospital del Espíritu Santo de Sevilla a fines del siglo XVI)». *Actas II Coloquios Historia de Andalucía. Andalucía Moderna, Tomo II*, Córdoba, 1980, págs. 243-257.

¹² *Ibidem*, nota 7.

¹³ *Op. cit.*, nota 10.

¹⁴ «Relazion de las Rtas. de los Hospitales de esta Ciud. de Corva. sus fundadores la Rta.

A pesar de todo, nos ofrece diversos registros informativos que ayudan a conformar una visión de conjunto sobre la asistencia hospitalaria en la ciudad andaluza. Sobresalen las siguientes posibilidades de análisis:

— Relación de las nominaciones de los establecimientos, y en su caso, de las advocaciones que toman las confradías o hermandades administradoras.

— Localización espacial de los hospitales en la ciudad, ordenándolos por collaciones y, a veces, precisando aún más su emplazamiento.

— Definición de la finalidad asistencial del instituto, y el grado de cumplimiento de ésta en el momento de la encuesta.

— Cuantificación individualizada del nivel de renta anual en «dineros»; y en fanegas de trigo y cebada, arrobas de aceite y en gallinas cuando procede.

— En ocasiones, determinación de los fundadores de los institutos.

Sin embargo, la información que nos ofrece el manuscrito muestra ambigüedades notables: no conocemos las partidas de los ingresos que se consignan; se ignora el descargo del gasto, es decir de la data, por razonamientos poco excusables¹⁵; a menudo es imprecisa la definición de la finalidad benefactora; y además, en la estadística hospitalaria que presenta aparecen errores. Con todo, como venimos advirtiendo, constituye uno de los pocos instrumentos que permiten una imagen totalizadora de la asistencia social en el período que estudiamos.

Trataremos a continuación de presentar algunos de los aspectos sugeridos: la distribución urbana de los establecimientos, la descripción del protagonismo eclesiástico en el sistema, el reparto distributivo de la renta, y la finalidad asistencial de los hospitales, serán los temas que abordaremos.

1. Distribución espacial de la asistencia

La transcendencia, y los efectos en el espacio urbano, de la proliferación de grupos de marginados y de sus instituciones asistenciales quizá sea un aspecto insuficientemente estudiado por los urbanistas históricos.

que tenían, para que ministeio sirve. Se formó por mandato de el Rey Dn. FELIPE, por el Sor. obpo. Dn. ANTONIO DE PAZOS». En (A)rchivo (Ge)neral del (O)bspado de (C)órdoba, sección de hospitales, s/f y sin catalogar.

¹⁵ En el documento se advierte que «todos estos mrs. trigo y cebada gallinas y azeite q. tienen de renta estos ospitales y confradías no se sacan los gastos que tienen por q. no se pueden saber al justo como es el hospital de los locos q. dize el fundador tome al patrón lo q. obiere menester de la rrrta. del ospital benyendo en necesidad y lo mejor sea con los demas parientes suyos. y las muchos fiestas del cargo de estas rrentas (...), y los demas cargos de estas confradías q. tiene reglas aprobadas por los p drados de lo q. an de azer en estos ospitales y unas bezes gastan mas y otras menos», en A.G.O., loc. cit. nota núm. 7.

Para Piero Camporesi las consecuencias debieron ser notables durante el Antiguo Régimen ¹⁶. Sobre este aspecto podemos ofrecer la distribución hospitalaria por collaciones en la ciudad. La serie, contando en la tercera tabulación el número de hospitales administrados por cofradías, y en la cuarta el número de «vecinos» aproximados de cada circunscripción, es la siguiente ¹⁷:

CUADRO I

Collaciones	Número de hospitales	Hospitales administrados por cofradías	Número de vecinos
Santa María.....	5	4	2.000
S. Nicolás de la Ax.....	3	3	700
S. Pedro.....	5	3	2.000
Santiago.....	2	2	400
La Magdalena.....	2	1	600
S. Lorenzo.....	4	4	1.300
S. Andrés.....	3	2	800
El Salvador.....	2	2	400
Santo Domingo.....	1	1	400
S. Nicolás de la V.....	2	1	500
S. Juan.....	1	1	200
Omnium Sanctorum.....	¿	¿	500
Santa Marina.....	¿	¿	1.300
Totales	30	24	

Sobresale la profusión distributiva de los establecimientos asistenciales. De las catorce circunscripciones de la ciudad once poseen hospitalidad institucionalizada, sólo las collaciones de Omnium Sanctorum, San Miguel y Santa Marina carecen de ella. Igualmente destacamos el predominio cuantitativo de los hospitales administrados por cofradías, que se distribuyen tanto en collaciones de alta proporción aristocrática (San Juan, Santa María, El Salvador...), como en las profundamente populares (San Lorenzo, Santiago y La Magdalena). Este predominio cuantitativo rara vez tendrá una afirmación cualitativa, puesto que los establecimien-

¹⁶ CAMPORESI, P.: *Le Pain sauvage. L'imaginaire de la faim de la Renaissance au xviii^e siècle*, París, 1981, X, pág. 131.

¹⁷ El número de «vecinos» aproximado de cada collación lo hemos tomado de ARANDA DONCEL, *Historia de Córdoba. La época moderna (1517-1808)*, Córdoba, 1984, págs. 21-24. Para hallar la cifra global de la población cordobesa en el último tercio del siglo XVI deberemos sumar a las cifras de «vecinos», que se señalan en el cuadro, los aproximadamente mil habitantes del arrabal del Campo de la Verdad en la ribera sur del Guadalquivir.

tos administrados por cofradías fueron, en general, los de menor relevancia asistencial. Tampoco parece existir una relación proporcional clara entre el factor poblacional y el número de hospitales, si bien las collaciones más pobladas suelen contar con más institutos (Santa María, San Pedro, y San Lorenzo).

En suma, nos encontramos con un complejo asistencial de abundantes unidades asistenciales pero de gran dispersión; donde no existe una jerarquización funcional de los servicios asistenciales, una «red hospitalaria» en sentido moderno¹⁸. Domina, en cambio, la fórmula del «hospital autónomo», en general desarticulado y distribuido por condicionantes no siempre acordes con el grado de penuria social. El origen de vecindad del fundador o testador, en este sentido, constituye uno de los factores más relevantes de la localización institucional.

2. El protagonismo eclesiástico

Lo religioso, de una forma o de otra, impregnaba todas las facetas de la hospitalidad en el siglo XVI. Constituyó uno de los escasos elementos integradores del entramado asistencial, que, ya lo hemos advertido, se definía desarticulado. Así, la raíz sustentadora de la caridad, la donación, era exaltada en sermonarios y en libretos piadosos; las fundaciones, en casi su totalidad, retomaban advocaciones religiosas; incluso las atenciones curativas se inclinaban tanto a la salvación del alma como a la del cuerpo, reclamando el capellán, en general, más responsabilidades de gobierno administrativo que el facultativo.

Por el protagonismo que hemos aludido, el monarca de la Casa de Austria no dudó en acudir al obispo cordobés para conseguir una eficaz investigación que preparase la reducción, consciente del papel primordial y tutelar de la jerarquía eclesiástica en el entramado asistencial. Es evidente el esencial matiz religioso de los establecimientos hospitalarios, confirmado en la advertencia del obispo D. Antonio de Pazos cuando señala en el informe de reducción que: «todos estos hospitales tienen sus iglas. benditas adonde se dicen muchas misas y se entierran y en algas. ay santismo. sacramto. y capellanyas perpetuas y se azen fiestas por los bienchores y oyen misas»¹⁹.

La acción tutelar de la jerarquía religiosa se manifestaba, sobre todo, en su capacidad de controlar, y de sostener, los hospitales de mayor capacidad asistencial, y en su constante acción fiscalizadora sobre los establecimientos de patronato particular o cofrade, que presentaban con cier-

¹⁸ Para la caracterización terminológica del moderno sistema sanitario es muy esclarecedor el artículo de ARAGO MITJANS, I.: «Aspectos territoriales de la planificación hospitalaria». *Estudios sobre Hospitales*, 70, (1975), págs. 11-92.

¹⁹ *Ibidem*, nota 14.

ta frecuencia irregularidades no siempre advertidas por otras instancias administrativas y judiciales.

Así, por ejemplo, el Cabildo de la catedral cordobesa ejercía el patronato exclusivo en el Hospital Mayor de San Sebastián, que hasta el año 1445 fue administrado por la cofradía de la misma advocación; cumplía «tutela y patronato» sobre el Hospital Real de La Caridad, administrado por la poderosa cofradía de La Caridad; y junto al prior de San Jerónimo y al guardián del convento de San Francisco era copatrono perpetuo del hospital de Antón Cabrera. Precisamente en favor de dos de estos hospitales controlados y sostenidos por el Cabildo catedralicio, el hospital de San Sebastián y el de Antón Cabrera, se intentó formalizar la reducción que estudiamos.

Por otra parte, en una fundación de indudable jurisdicción real, el Hospital Real de San Lázaro, aún el obispo intentó disputar el patronato. Conflicto jurisdiccional que ha sido documentado y estudiado por J. Bravo Lozano mostrándonos la diversidad de intereses que confluían sobre la práctica asistencial ²⁰.

La capacidad eclesiástica fiscalizadora sobre los hospitales administrados por cofradías y patronos particulares, en muchas ocasiones necesaria dado el grado de irregularidades cometidas, debió contar con no pocas resistencias. En el hospital de Jesucristo, por ejemplo, su fundador mandó expresamente que «no se tome cuenta por el prelado», y según nuestra documentación los hospitales del Maestrescuela y de San Andrés se encontraban pleiteados por esa misma razón, y por no cumplir con la hospitalidad debida ²¹. En este aspecto es esencial tener en cuenta que el espíritu tridentino fortaleció a los prelados como ejecutores de las disposiciones piadosas, y que a tenor de lo comentado, ese espíritu debió calar hondo en el sentir de los obispos cordobeses.

3. Distribución de la renta

El aspecto más especificado en la documentación es el cargo de los hospitales; no podía ser de otra manera en un documento de utilidad concentradora ²². Individualmente se especifican los ingresos anuales estimativos de los establecimientos en metálico, y si procede, en fanegas de cereal, arrobas de aceite y número de gallinas. A falta de un examen en profundidad, varias limitaciones, en principio, condicionan la exactitud de

²⁰ El conflicto jurisdiccional de este establecimiento ha sido estudiado por BRAVO LOZANO, J.: «La visita del Hospital Real de San Lázaro de Córdoba (1599-1603)», en *HISPANIA*, 143, (1979), págs. 639-670.

²¹ *Ibidem*, nota 14.

²² El profesor CARMONA GARCÍA J. I. en su obra citada *El sistema de hospitalidad...* aporta un marco teórico de necesaria consulta sobre este aspecto. También debe apreciarse la obra de GARCÍA GUERRA, D.: *El Hospital Real de Santiago*, Santiago de Compostela, 1983.

los datos: desconocemos la fecha concreta a que se refieren los ingresos recogidos; la misma finalidad de la encuesta condiciona a la baja los resultados; no se especifican las partidas de los ingresos y desconocemos si el proceso de investigación fue uniforme para todos los hospitales. Tampoco se recogen noticias sobre el gasto.

El cuadro de los ingresos individualizados lo sintetizamos a continuación (véase, además, la sección gráfica que adjuntamos): (Cuadro II).

La diversidad de situaciones presupuestarias, como podemos advertir, es significativa, siendo los hospitales de patronato eclesiástico y particular los de mayor dimensión económica. Atendiendo solamente a la renta anual en «dineros» los establecimientos administrados por la Iglesia suponen más de la mitad de la renta total, porcentaje de participación que se vería incrementado significativamente si contabilizáramos, además, los ingresos en especie.

Podemos concluir argumentando que el entramado hospitalario desde el punto de vista de los ingresos se apoyaba, primero en unos hospitales de mediana dimensión, por lo común de asistencia curativa (los administrados directamente por la Iglesia); otros igualmente bien dotados pero con profundas irregularidades e incumplimientos en su hospitalidad (los de patronato particular); y finalmente una multiplicación de pequeños establecimientos mal dotados y poco asistenciales pertenecientes a cofradías, que constituían la mayor sobrecarga del sistema.

Si realizamos una comparación de la renta invertida en hospitalidad entre las distintas collaciones de la ciudad, advertimos que en este aspecto sí existe una relación proporcional con el nivel de dinamismo social y económico de éstas. Las circunscripciones más activas (Santa María, San Pedro, San Nicolás de la Axerquía...), además de protagonizar la actividad económica, disfrutaban de unas inversiones superiores a las de circunscripciones populares (San Lorenzo o Santiago, por ejemplo). Por ello podemos afirmar que el grado de penuria social de los barrios no parece constituir el factor más determinante de la localización hospitalaria, aunque deba ser uno de los condicionantes a tener en cuenta. Advertimos no obstante, que la distribución espacial de pobres y marginados en el Antiguo Régimen no era tan localizada como en períodos contemporáneos y se difuminaba, incluso, entre los sectores más florecientes de la ciudad.

4. Tipología hospitalaria

La clasificación de las fundaciones hospitalarias puede caracterizarse desde múltiples puntos de vista. Hemos optado, atendiendo a la fuente manuscrita, por desarrollar una tipología que atienda al objetivo social de los institutos, a su expresa «dedicación asistencial»²³. Básicamente po-

²³ Con ello seguimos una indicación apuntada por MAZA ZORRILLA, E. en *Valladolid: sus pobres y la respuesta institucional (1750-1900)*, Valladolid, 1985, pág. 65.

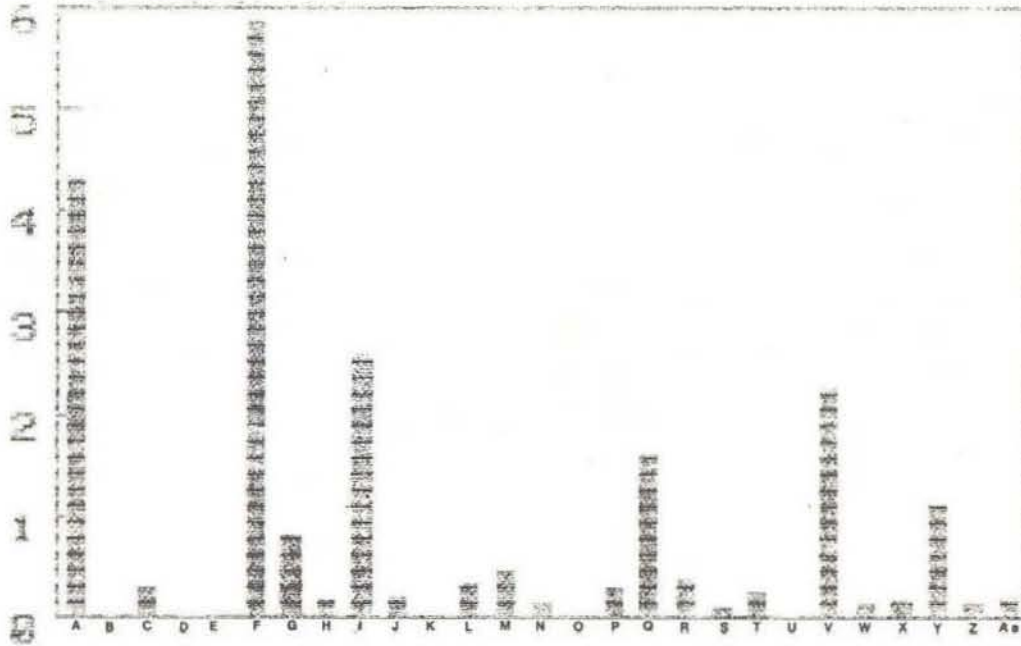
CUADRO II

Advocaciones	Collaciones	Renta en				
		Mrs.	Fgas. trigo	Fgas. cebada	A. aceite	Galli
S. Sebastián	Sta. María	433.748	420	210	33	550
S. Roque y S. Julián	Sta. María	—	—	—	—	—
La Lámpara	Sta. María	26.950	—	—	—	—
Sta. Quiteria	Sta. María	—	—	—	—	—
S. Bartolomé	Sta. María	—	—	—	—	—
De la Caridad	S. Nicolás de la A.	583.894	250	—	50	312
De la Consolación	S. Nicolás de la A.	79.485	—	—	—	—
De la Candelaria	S. Nicolás de la A.	16.473	—	—	5	—
Del Maestrescuela	S. Pedro	260.000	64	320	—	—
S. Andrés	S. Pedro	18.750	400	200	—	—
S. Eliseo	S. Pedro	1.400	—	—	—	—
Corpus Christi	S. Pedro	33.166	—	—	—	—
De la Corredera	S. Pedro	44.315	—	—	4	—
Stos. Mártires	Santiago	11.761	—	—	—	—
S. Antón	Santiago	—	—	—	—	—
S. Lázaro	La Magdalena	28.859	400	200	—	—
S. Bartolomé	La Magdalena	160.904	—	—	—	—
De Villaviciosa	S. Lorenzo	33.933	—	—	—	—
S. Martín	S. Lorenzo	9.398	—	—	—	—
Jesús Nazareno	S. Lorenzo	25.346	—	—	—	—
De la Asunción	S. Lorenzo (depende del H. del Corpus Christi en S. Pedro)	—	—	—	—	—
De Jesucristo	El Salvador	225.000	666	333	—	—
Desamparados	El Salvador	10.322	—	—	—	—
S. Bartolomé y Ssmo. Sa- cramento	Sto. Domingo	14.000	—	—	—	—
Antón Cabrera	S. Nicolás de la V.	112.000	332	166	—	—
Roque Amador	S. Nicolás de la V.	13.546	—	—	—	—
S. Juan Bautista	S. Juan	18.630	—	—	—	—
	Totales	2.446.522 mrs.	2.522 fgs.	1.429 fgs.	92 a.	862 g.

30

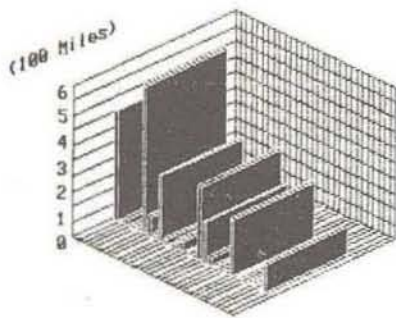
Fernando López Mora

Renta en «dineros» (mrs.)
(188 Miles)



Establecimientos hospitalarios

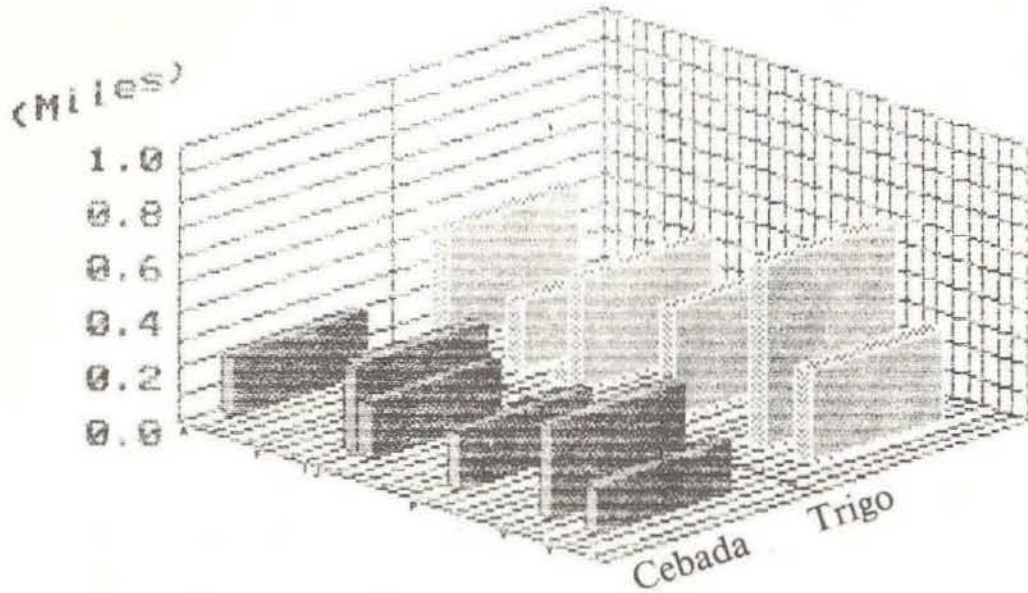
PRESUPUESTOS HOSPITALARIOS (MRS)



ESTABLECIMIENTOS

A.....	S. Sebastián
B.....	S. Roque y S. Julián
C.....	De la Lámpara
D.....	Sta. Quiteria
E.....	S. Bartolomé
F.....	De la Caridad
G.....	De la Consolación
H.....	De la Candelaria
I.....	Del Maestrescuola
J.....	S. Andrés
K.....	S. Eliseo
L.....	Corpus Christi
M.....	De la Corredera
N.....	Stos. Mártires
O.....	S. Antón
P.....	S. Lázaro
Q.....	S. Bartolomé
R.....	De Villaviciosa
S.....	S. Martín
T.....	Jesús Nazareno
U.....	De la Asunción
V.....	De Jesucristo
W.....	Desamparados
X.....	S. Bartolomé y Ss. Sacramento
Y.....	Antón Cabrera
Z.....	Roque Amador
Aa.....	S. Juan Bautista

RENTA EN ESPECIES (fanegas)



ESTABLECIMIENTOS

A.....	S. Sebastián
B.....	S. Roque y S. Julián
C.....	De la Lámpara
D.....	Sta. Quiteria
E.....	S. Bartolomé
F.....	De la Caridad
G.....	De la Consolación
H.....	De la Candelaria
I.....	Del Maestrescuela
J.....	S. Andrés
K.....	S. Eliseo
L.....	Corpus Christi
M.....	De la Corredera
N.....	Stos. Mártires
O.....	S. Antón
P.....	S. Lázaro
Q.....	S. Bartolomé
R.....	De Villaviciosa
S.....	S. Martín
T.....	Jesús Nazareno
U.....	De la Asunción
V.....	De Jesucristo
W.....	Desamparados
X.....	S. Bartolomé y Ss. Sacramento
Y.....	Antón Cabrera
Z.....	Roque Amador
Aa.....	S. Juan Bautista

demos distinguir dos grupos de establecimientos, los marcadamente asilares y los propiamente curativos:

— Los asilares, sin excepción, están administrados por cofradías y acogen generalmente a mujeres pobres, facilitándoles alojamiento y ocasionalmente limosnas. El número de acogidas en ningún caso llega a la decena. Son los siguientes, recogiendo entre paréntesis su ocupación constatada en el momento de la investigación y añadiendo otras denominaciones conocidas cuando puede existir confusión en sus advocaciones: Santa Quiteria (1), Ntra. Sra. de la Candelaria («algunas»), «hospital de la calle Abejar» o Ntra. Sra. de la Asunción (8), hospital de la Corredera o de la Santísima Trinidad (7), San Martín («algunas»), Jesús Nazareno en San Lorenzo (6), de la Sangre de Cristo («algunas»), San Bartolomé y Santísimo Sacramento («algunas»), Roque Amador (5 ó 6) y San Juan Bautista («hasta 5 ó 6»).

Además, dos pequeños hospitales recogen peregrinos: el hospital de los Santos Mártires, en Santiago, y el hospital del Corpus Christi en calle de la Feria (que posee ocho camas para «peregrinos sacerdotes y pobres»).

— Los establecimientos curativos podemos estructurarlos de acuerdo con la posibilidad de admitir individuos con enfermedades contagiosas y venéreas. Así, unos hospitales se dedican a la curación de enfermedades de «heridas y calenturas», evitando las anteriores (hospitales de la Caridad, de San Sebastián, del Maestrescuela y de los Desamparados); mientras otros institutos parecen especializarse en la curación del «mal gálico», la enfermedad de las «bubas» (hospital de la Lámpara, San Bartolomé en la collación de La Magdalena y el hospital de Antón Cabrera).

De los hospitales de San Roque y San Julián, y de la Cosolación sólo se apunta que en ellos se «curan pobres».

Finalmente, determinaremos los hospitales que no cumplían asistencia alguna, o presentaban notables irregularidades en el momento de la confección de la relación investigadora, no cumpliendo con el objeto de sus fundaciones. San Elisio (o San Eloy), San Bartolomé en la puerta de Sevilla, San Antón en la collación de Santiago, hospital de Locos en San Andrés, hospital de la Encarnación o de Ciegos y el hospital de Villaviciosa, donde «no hay pobres sino sólo se celebra», se reparten el carácter de «remora» en relación con el complejo hospitalario general, y que determina que nos suscribamos, plenamente, a lo expuesto por un historiador de la medicina cordobesa, cuando define la estructura hospitalaria de la ciudad en el siglo XVI obstruida por «pequeños centros de escasos o reducidos medios técnicos y cuyo mantenimiento dependía en gran manera de la caridad pública».

²⁴ Nos estamos refiriendo a la obra de GARCÍA DEL MORAL, A.: loc. cit. nota 5, pág. 65.