

**El equipamiento hospitalario cordobés de mediados del siglo XVIII: una aproximación histórica.**

**Fernando López Mora.**

Para ciertos autores el XVIII marcó el momento álgido en la eficacia del sistema de caridad hospitalaria en España, aunque tamaña significación no ha tenido correlación posterior en el caudal de estudios dedicados a dicho objeto historiográfico.<sup>1</sup> En este estudio aspiramos a sintetizar la realidad cordobesa, si bien distamos de pretender realizar un análisis exhaustivo, dado el estadio actual de la investigación en este punto, aunque la labor de acopio ya realizada legítima, pensamos, las interpretaciones que nos proponemos avanzar.

Una de las fuentes manejadas, el Catastro de Ensenada, puede ser considerado como el mejor instrumento a nuestra disposición para entrever la auténtica dimensión de la asistencia hospitalaria setecentista.<sup>2</sup> En concreto, sus *Respuestas Generales* nos ofrecen información —pregunta treinta y uno— sobre el número y el estado de los centros de cada localidad y, si bien las noticias que nos aporta pueden ser consideradas como elementales, sirven a nuestro empeño para pergeñar institucionalmente la situación asistencial.

Para reconstruir el estado de los hospitales de la capital, hemos contado, también, con la información —inédita— que nos ofrecían dos informes remitidos al Consejo de Castilla durante el proceso de reducción hospitalaria iniciado en el último cuarto del siglo.<sup>3</sup>

**La asistencia en el ámbito rural.**

A diferencia de lo acontecido en otras regiones españolas —nos referimos, verbigracia, a los casos ya estudiados de Burgos o Valladolid—, casi la totalidad de los núcleos rurales cordobeses contaron con algún tipo de asistencia hospitalaria institucionalizada, si bien, en muchos casos, sólo se trataba de ofrecer una mera asimilación temporal. Dicha proliferación, por tanto, en lo que toca a la oferta asistencial, no supuso un mejoramiento cualitativo respecto a centurias precedentes, debido a que, todavía, los pequeños hospitales pertenecientes a cofradías eran mayoritarios.<sup>4</sup> Tal situación, nacida tras el empuje fundacional de los siglos XV y XVI, determinó la existencia de un modelo de asistencia caracterizado por la abundancia de hos-

pitales, aunque — ya lo hemos advertido — por la escasa dotación financiera de la mayoría de los establecimientos. Por consiguiente, tanto en la capital como en las zonas rurales, fueron mayoritarias las pequeñas fundaciones de dudosa eficacia social, que se encontraban diseminadas por toda la geografía local y que contaban con una gestión prácticamente autónoma. En dicho sentido, más que un sistema, formaban un *maremagnum* de instituciones benefactoras de funcionalidad muy limitada. En los hospitales catalogados hasta el momento, la mayor parte estaban destinados exclusivamente para asilados y muchos de estos últimos sólo atendían a pobres transeúntes durante un período máximo de tres días.

La situación política, marcadamente reformista en el ámbito del socorro social, así como el empuje regalista de los Borbones, condicionaron la aparición de intentos reductores — o concentradores — de las instituciones asistenciales cordobesas, como medio de encauzar las situaciones críticas que venían dándose en muchos de los centros antecitados. En concreto con la erección de la Real Casa de Misericordia Hospicio se intentó promover dicha reunión hospitalaria, para así poder beneficiarse de los recursos provenientes de los pequeños hospitales de hermandades o cofradías.<sup>5</sup> Como tendremos ocasión de observar, y aunque el caso es menos conocido, también hubo propuestas para reducir los establecimientos curativos en uno de carácter general. A este respecto, el profesor J.I. Carmona ha caracterizado las concentraciones — si bien, para otra realidad geográfica y temporal: la Sevilla del XVI —, como un ejemplo del sentido de racionalidad y uniformidad del Estado Moderno y como la única manera posible de equilibrar los recursos asistenciales, siempre dispersos y, en ocasiones, poco acordes con el destino asignado a los institutos por sus fundadores.

Pero, ¿cuáles eran esos recursos asistenciales en el XVIII cordobés? Aunque el aspecto financiero no aparece suficientemente especificado en las *Respuestas Generales*, sí permite esta documentación que podamos valorar la renta anual de aquellos hospitales que contaron con bienes patrimoniales o rentas fijas. En este sentido, si atendemos a evaluar regionalmente el valor de los ingresos advertiremos que sobresalen — después de la capital — las regiones campiñesas o las localidades colindantes del valle del Guadalquivir — Castro del Río, Posadas, Bujalance... etc. Su mayor riqueza agraria, si se les compara con las comarcas serrana o sub-bética, parece condicionar la mejor dotación de sus establecimientos hospitalarios, con lo que tampoco aquí se cumple la relación de ofrecerse mayor dotación de recursos al más alto grado de necesidad social. Por el contrario, es bien conocido

que el menor dinamismo económico de las comarcas serranas y su mayor aislamiento les imposibilitaban, en parte, para disponer con institutos de alta especialización curativa o que contasen con nutridos recursos patrimoniales. Es más, pueblos como Conquista, Añora o Villaharta no contaron con ningún tipo de establecimiento hospitalario a mediados del XVIII. Por consiguiente, hemos de tener en cuenta que el grado de pauperización no estuvo directamente relacionado con las dotaciones hospitalarias dado que, por ejemplo, la villa de Castro del Río contabilizaba 176 pobres de solemnidad en torno a 1704, mientras que sus hospitales sumaban unos ingresos fijos anuales de 8.600 rls. de v. y, sin embargo, en La Rambla a 540 pobres de solemnidad sólo les correspondían 3.600 rls. de v.

Que el mencionado nivel de pauperización no tenga relación directa con la oferta hospitalaria disponible puede explicar, en parte, el trasiego de pobres que conoció el XVIII cordobés hacia la capital o hacia aquellos núcleos rurales que concentraban la mayor parte de los recursos de tipo caritativo.

Otro factor a tener en cuenta para explicar la localización hospitalaria fueron las comunicaciones. Hemos advertido que algunas de las villas mejor equipadas institucionalmente bordeaban —nos referimos en especial a aquellas colindantes del Camino Real— las principales vías de comunicación (Jurado, 1988).

La escasez de las dotaciones rurales, en contraste con ciertos hospitales establecidos en la capital, queda de manifiesto si contabilizamos el limitado número de centros rurales de finalidad curativa que superaban de renta fija anual los 5.000 reales de vellón: sólo ciertos hospitales vinculados a la congregación de San Juan de Dios —Cabra y Lucena—, los pertenecientes a la congregación de Jesús Nazareno —Castro del Río, Pozoblanco, Baena y Montoro— y los centros de Santa Brígida, en Aguilar de la Frontera, y San Sebastián, en Palma del Río, sobrepasaban tal nivel de ingresos fijos.<sup>6</sup> La situación se agravaba con los expósitos, pues, en este caso, no existía ninguna fundación que por su patrimonio y dimensión pudiera ser equiparable a la existente en la capital. Tampoco los establecimientos asilares de las zonas rurales podían competir en igualdad de condiciones con los de Córdoba. Los mejor dotados bordeaban, además, el partido de la capital. Los centros de Almodóvar del Río, El Carpio, Monturque o Adamuz pueden ilustrar lo argumentado; aunque ninguno alcanzaba la cota de los 5.000 rls. de renta fija anual que sí superaron, en cambio, diversos asilos cordobeses —hospitales de Jesús Nazareno, San Jacinto, San Andrés o Sta. M<sup>a</sup> de los Huérfanos.

Los organismos asistenciales más extendidos fueron los hospitales de transeúntes, que cubrían una labor de mero recogimiento de pobres vagabundos durante un corto número de días — nunca superior a tres. Por lo general, estuvieron relacionados con cofradías de la Caridad y fueron los más criticados por los reformadores ilustrados que veían en ellos un ejemplo de dilapidación de recursos. También cumplían una labor de control, dado que su proliferación nos está confirmando que la migración no tenía un carácter circunstancial en el XVIII; que los pobres seguían deambulando de una localidad a otra en busca de trabajo o limosnas, y que, por ello mismo, los notables locales estaban alarmados del peligro social que representaban (Lis, 1984: 97).

La mayor parte de los institutos rurales que hemos comentado, a falta de una firme responsabilidad estatal en el campo asistencial, estuvieron bajo el control de la *Visita eclesiástica*, habida cuenta del protagonismo de la Iglesia en el control asistencial durante el Antiguo Régimen. En este sentido, es bien conocido que la legislación admitía que los hospitales quedaran bajo la fiscalización de los obispos; aunque, en verdad, no todos los establecimientos reflejaban tal tutelaje. Algunos centros — los menos —, por ejemplo, los pertenecientes a la Orden de S. Juan de Dios, sólo dependían jurisdiccionalmente de sus respectivas órdenes religiosas, no admitiendo la intromisión del Ordinario eclesiástico o de las justicias reales. Por último, cabe señalar que algunos hospitales rurales de fundación particular obstaculizaban cualquier intervención real o episcopal en sus cuentas, lo que daba pie a que se prodigasen notables irregularidades hasta bien entrada la centuria liberal.

#### **La asistencia en el núcleo urbano cordobés.**

La capital cordobesa aún concentraba a mediados de siglo buena parte del equipamiento institucional heredado de períodos más prolíficos en sectores como la educación o la asistencia social, sin que ello pueda atenuar un punto la paralización y atonía de su realidad social y económica.<sup>7</sup> Tal grado de desarrollo institucional y la magnitud de ese proceso de empobrecimiento no han tenido, por el momento, la suficiente atención por parte de los especialistas y sólo son dignos de mención estudios provenientes de la Unidad Didáctica de Historia de la Medicina de la Universidad cordobesa. En general, carencias documentales y caducas orientaciones metodológicas han imposibilitado que alcancemos una visión global del complejo asistencial — o docente — cordobés, y que desconozcamos cuáles fueron, al menos, los

mecanismos que conducían a tal grado de pauperización. El remedio institucional que se ofrecía estaba fundamentado en los hospitales que, como ya hemos tenido ocasión de precisar, poseían un cometido sólo a veces curativo, y cuyo rasgo primordial fue, quizás, su insuficiencia en relación con la demanda existente. Síntomas de esa incapacidad fueron las continuas expulsiones de menesterosos forasteros decretadas por el Cabildo municipal y constatables desde el siglo XVI. Las escasas fórmulas de socorro social entonces empleadas agudizaban, en este caso, el exclusivismo de las admisiones hospitalarias en beneficio de los pobres "naturales", ignorando — o expulsando — a los forasteros. En conjunto, ello ofrecía la imagen de una asistencia incapaz e ineficaz; aunque, debemos advertir, comenzaban a acentuarse las políticas tendentes a racionalizar tal entramado institucional. La eliminación de los pequeños hospitales gremiales o de aquellos institutos vinculados a cofradías se convertiría — eso se pensó — en la panacea restauradora del sistema de beneficencia público. Baste por ahora referir que entre las escasas iniciativas por acompañar la asistencia social cordobesa al sesgo de las reformas ilustradas, destaca este intento.<sup>8</sup>

En el fresco de la beneficencia cordobesa de fines del XVIII, las fundaciones de mayor capacidad asistencial, así como las mejor dotadas y con mayor grado de especialización técnica, estaban controladas — y a veces financiadas — por instituciones eclesiásticas, sobre todo por el Cabildo de la Catedral. La falta de institutos con un efectivo patronazgo real y la inexistencia de hospitales particulares eficientes favorecían ese activo protagonismo.<sup>9</sup> Entre los establecimientos del Cabildo sobresalía el Hospital General. Un centro que fue fundado en 1704 por Fray Pedro de Salazar, Cardenal y Obispo de la ciudad de la Mezquita. En su construcción se aplicaron todas las posesiones, censos y derechos que estaban destinados para la erección del proyectado Colegio de Niños de Coro; pero la carencia de centros curativos que padecía la ciudad motivó que tales rentas se destinasen a cumplir una finalidad más urgente, como era la hospitalaria. En el Hospital del Cardenal u Hospital General se alojaban toda suerte de enfermos, con tal que no sufriesen de contagios y, según la regulación de rentas realizada en 1722, sus ingresos fijos anuales ascendían a 106.250 rls. y 13 mrs., de los que había que descontar 3.296 rls. y 24 mrs. destinados al pago de los censos, memorias y demás cargas impuestas sobre los bienes de su dotación.<sup>10</sup> Dependiendo del anterior establecimiento estaba el Hospital de Convalecientes, fundado en 1656 por el Caballero Veinticuatro Francisco de Las Infantas, que servía de centro de recuperación para ciertos enfermos del Hospital General. Su renta anual ascendió en el año 1772 a 26.836 rls. y 36 mrs., y sus cargas a 1.347

rls. y 32 mrs. También bajo el patronazgo exclusivo del Cabildo se encontraba el Hospital Mayor de San Sebastián, que hasta 1445 fue administrado por la cofradía de la misma advocación, donde convalecían "enfermos de unciones". Su renta anual equivalía — de nuevo según el informe de reducción hospitalaria de 1772— a 44.516 rls. y 25 mrs.<sup>11</sup> Otro centro curativo especializado en el tratamiento del *mal de bubas* y bajo control eclesiástico era el Hospital de Antón Cabrera. Su déficit presupuestario era casi permanente y sólo se mantenía gracias al apoyo económico del Cabildo.<sup>12</sup> Para la recogida de los expósitos se contaba con el centro fundado por el Cabildo de la Catedral y por D. Bernardo de Fresneda, obispo de Córdoba. Este establecimiento sufrió un traslado en 1642 desde el primitivo Hospital de San Jacinto a la Casa de Ntra. Señora de la Consolación, y contaba con una renta anual a todas luces insuficiente para sostener el cada vez más nutrido cupo de niños abandonados de Córdoba y de su entorno. Ascendía ésta a 37.240 rls. y 3 mrs., con unas cargas patrimoniales de 1.849 rls. y 22 mrs.

Los centros hospitalarios de fundación particular también sufrieron el control eclesiástico. A este respecto es sabido que los patronatos hospitalarios solían depender de la personalidad jurídica de sus respectivos fundadores. Sin embargo, en determinadas ocasiones no coinciden el carácter del patronato con el de la fundación, pues los promotores individuales se acogieron al amparo jurisdiccional de ciertas instituciones — sobre todo eclesiásticas — que tomaban los derechos de patronazgo y protección (Carmena, 1979: 61). Hemos de suponer que los hospitales relacionados con cofradías eran administrados directamente por éstas; esto es, que algunos de sus miembros se responsabilizaban de su gobierno. Pero muchos de ellos debieron sufrir la inspección y la vigilancia de órganos eclesiásticos. En Córdoba tal situación la sobrellevaban los hospitales de la Lámpara, S. Bartolomé el Viejo, Sta. Quiteria, San Jacinto, de la Sangre, de los Tejedores, San Andrés, de los Ciegos, de la Misericordia, de Jesús Nazareno, San Bartolomé, de las Bubas, de Peregrinos, de la Consolación, de la Candelaria y San Bartolomé. En todos estos, la jurisdicción real no tenía ninguna intervención constatada y el Tribunal de Visita eclesiástica era el único organismo ocupado en determinar el grado de cumplimiento de sus fundaciones o de su situación económica.

La intención del corregidor de la ciudad fue, precisamente, reducir muchos de estos establecimientos, dado el grado de irregularidades contables y asistenciales que cometían y, con ello, favorecer la concentración en favor de un establecimiento curativo de uso general. Con la construcción de este

nosocomio se solventaría el problema de la deficiente especialización curativa, ya que tendría una división funcional por salas — de incurables, de convalecientes, de enfermedades contagiosas, de bubas, de heridas y de enfermedades mentales —, y se lograría la ansiada racionalidad económica que tanto buscaban los ilustrados. Por otra parte, se lograría incrementar la capacidad de control, debido a que se proponía para su gobierno una Junta, donde la jurisdicción real y la eclesiástica pudiesen defender los fines asistenciales de la institución.

De entre los centros con una administración más desordenada sobresalían los hospitales de Locos y de los Ríos, ambos vinculados a conocidas casas nobiliarias. El primero había visto desaparecer toda funcionalidad asistencial y sólo era utilizado para acrecentar patrimonios personales. Los enfermos cordobeses de este mal debían ser integrados por dicho motivo en la Real Cárcel, lo que "servía de mucho embarazo y ruido".<sup>13</sup> El hospital de los Ríos de Nuestra Señora de los Huérfanos, por los continuos excesos en él cometidos, tenía sus rentas controladas por la chancillería de Granada. Hasta la introducción de tal medida, se limitó a sostener a los parientes de los patronos. Por el contrario, el hospital de la Caridad presentaba una situación aceptable. Lo gobernaba la aristocrática cofradía de su misma advocación y estaba especializado en la curación de heridos. Por su buen funcionamiento fue propuesto por el corregidor como uno de los posibles beneficiarios de la proyectada reducción hospitalaria.<sup>14</sup>

Por fin, cabe señalar un centro de administración dependiente: el hospital de San Lázaro. Era por su origen un establecimiento de jurisdicción real — al igual que el antes mencionado de San Antón — pero Felipe II, previa bula de Pio V, lo cedió a la congregación de San Juan de Dios. La antes citada Comunidad lo gobernaba en el siglo XVIII con total independencia de cualquier jurisdicción eclesiástica o real; si bien, a principios del siglo XVII tanto una como otra pretendieron afirmar sus derechos en el establecimiento.<sup>15</sup> Si hemos de creer lo comentado en su contra por el corregidor, en 1772 había caído en cierta decadencia ya que el trato dispensado a los enfermos no era el más ajustado a una buena orientación caritativa.<sup>16</sup>

Notas.

(1) V. gr. Callahan, W. J. "Caridad, Sociedad y Economía en el Siglo XVIII." *Moneda y crédito* 146 (1978): 65-77.

(2) Hasta el momento sólo hemos podido consultar la información relativa a las sesenta y dos localidades de la provincia que conservan sus libros del Catastro de Ensenada en el Archivo Histórico Provincial de Córdoba. Las localidades rurales son las siguientes: Adamuz, Aguilar de la Frontera, Alcaracejos, Aldea del Río, Almenara, Almodóvar del Río, Añora, Baena, Belmez, Belmonte, Benamejí, Cabra, Cañete de las Torres, Carcabuey, Castro del Río, Conquista, Córdoba, Cuarto de Pedro Ca[...], Chillón, Doña Mencía, El Carpio, Espejo, Espiel, Fernán Núñez, Fuenteovejuna, Guadalcazar, Guijo, Hardales, Iznájar, La Rambla, Lucena, Matachel, Montalbán, Montemator, Montilla, Montoro, Monturque, Morente, Obejo, Palma del Río, Pedro Abad, Peñaflores, Posadas, Pozoblanco, Puente Don Gonzalo, Rute, San Sebastián de los Ballesteros, Santa Cruz de los Llanos, Santa Eufemia, Santaella, Torrecampo, Torrefranca, Torremilano, Trassierra, Valenzuela, Vega de Armijo, Vellarade, Villaharta, Villanueva de Córdoba, Villaralto, El Viso y Zueros.

La información relativa a la capital se encuentra depositada en el Archivo Municipal de Córdoba.

(3) Archivo Histórico Nacional (AHN), Consejos, 3537-6 y 7.

(4) Para contrastar el sistema de hospitalidad cordobés con otros complejos asistenciales véanse los siguientes trabajos: Maza, E. "Pobreza y Hospitalidad Pública en la Ciudad de Valladolid a mediados del Siglo XVIII." *Investigaciones históricas* 3 (1982): 33-76; Caraso Soto, P. "Crisis y transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen. Aproximación al Sistema Hospitalario de la Rioja entre 1750 y 1907." *Cuadernos de Investigación (Historia): I Coloquio sobre Historia de la Rioja* [Logroño] X (1982): 7-25; Id. "Beneficencia en Castilla y León: Transformaciones del Sistema Hospitalario (1750-1909)." *El Pasado Histórico de Castilla y León* [Burgos] III (1983): 299-325; Zamora Bermúdez, M. *Estructura Benéfico-Sanitaria en la Málaga de Fines del Siglo XVII: Hospitales de S. Julián y S. Juan de Dios*. s.l., 1984.

(5) El establecimiento de la Real Casa fue uno de los procesos que más correspondencia oficial generaron en el siglo XVIII cordobés. Dicha proliferación denota la inoperancia que por diversos motivos sufrió su definitiva



instalación. Ya en 1769 Carlos III destinó un recinto para hospicio y, posteriormente, la dirección de las gestiones pasó por diversas responsabilidades: Junta Municipal de Temporalidades de Jesuitas Expulsos (1771), Junta de Hospicio (1773), Corregidos (1797), Obispo D. Agustín de Ayestarán como Juez Privativo (1797), Obispo D. Pedro de Trevilla... Idéntico grado de variación presentaron los proyectos de su localización: Colegio de Regulares Expulsos de la Compañía de Jesús (1769), Hospital de Jesús Nazareno de Córdoba, permutándolo por el anterior (1780), Casa Hospital de S. Antonio Abad (1791), Convento de la Encarnación del Orden de S. Agustín (1806) y, por fin, el convento de Ntra. Sra. de la Merced. En todo ese período de tanteos e indecisiones se presentó como un asunto constante la necesidad apremiante de financiación, y por ello mismo, la intención de agregar rentas de establecimientos con igual objeto, obras pías y patronatos.

Una historia sucinta de la azarosa historia de este establecimiento de beneficencia en nuestro artículo: "Notas sobre la Agregación de la Obra Pía de D. Miguel López de Haro a la Real Casa de la Misericordia Hospicio de Córdoba." *Actas del Congreso Internacional de Historia de América* [Córdoba] I (1987): 121-133.

(6) En total, las localidades rurales cordobesas que poseían establecimientos curativos a mediados del XVIII eran aquellas que contaban con hospitales de Jesús Nazareno – Baena, Castro del Río, Montoro y Pozoblanco –, con centros vinculados a la orden de San Juan de Dios – Cabra, Montilla y Lucena – o con los siguientes establecimientos: hospital de San Juan – Baena –, de Santa Brígida – Aguilar de la Frontera –, de Jesús – Cabra –, de la Magdalena – Torrefranca –, de Ntra. Sra. de Gracia y S. Bartolomé – Espejo –, de Ntra. Sra. de los Desamparados – Lucena –, del Santo Cristo de los Remedios – La Rambla – y de San Sebastián – Palma del Río.

También puede citarse alguna acción curativa en ciertos hospitales con la advocación de la Caridad, como los establecidos en Fuenteovejuna, Posadas o Villanueva de Córdoba.

(7) Dicha situación aún empeoraría en la coyuntura finisecular y durante los primeros años del XIX. Vid. Cuenca Toribio, J.M. "La Decadencia Cordobesa en 1823: Aportación Documental." *Archivo Hispalense* 183 (1977): 192-198.

(8) Otro gran intento fallido de concentración hospitalaria tuvo lugar a fines del XVI y ha sido parcialmente estudiado por nosotros en "Aproxima-

ción a la Asistencia Social Cordobesa de Fines del Siglo XVI. Crisis y Reducción Hospitalaria." *Actas Congreso Jovenes Historiadores y Geógrafos* [Madrid] (1990): 21-33. En dicho trabajo analizábamos la aportación que a la historia de la asistencia social cordobesa ofrecía un documento inédito de indudable interés titulado "Relazión de las Rtas. de los Hospitales de esta Ciudad de Corva., sus fundadores, la Rta. que tenían, para que ministerio sirve", (1582-1586?), A.G.O.C., sin catalogar.

Las motivaciones últimas de las concentraciones, profusión de centros pequeños y escaso rendimiento social de éstos ya fueron expuestas por un autor decimonónico —Hernández Iglesias— en la mejor obra de su género, *La Beneficencia en España* Madrid, 1872: t. I, 277 pp. Es interesante asimismo la visión que nos da Arias Miranda, J. *Reseña Histórica de la Beneficencia Española*. Madrid, 1862: 45 pp.

El mejor estudio andaluz sobre una concentración hospitalaria en Carmona García, J.I. *El Sistema de Hospitalidad Pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*. Sevilla, 1979; Id. "La Reunificación de los Hospitales Sevillanos." *Los Hospitales de Sevilla*. Sevilla, 1989: 129-140; *Medicina*. [Granada] I (1973).

Sobre otros espacios geográficos véase, por ejemplo, el acopio documental Meléndez Valdés, J. *Correspondence Relative a la Réunion des Hopitaux d'Avila*. Burdeos, 1964.

(9) Una evaluación aproximada de la riqueza de la corporación eclesiástica en Montilla Osuna, R. *Las Rentas del Obispado de Córdoba en el Siglo XVIII, según el Mns. 164 del A.C.C.*, tesis de licenciatura inédita leída en la Universidad de Granada en 1977. Datos posteriores en Moya Ulldemolins, J. *Patrimonio y Desamortización Eclesiástica en Córdoba (1788-1805)*, tesis doctoral inédita leída en la Universidad de Córdoba en 1983, especialmente 622-667.

(10) Un estudio monográfico sobre el establecimiento lo ha realizado J. Añón Barbudo en su tesis doctoral (inédita) *Estudio histórico médico del Hospital de Agudos de Córdoba*. 3 vols. Córdoba, 1980.

(11) Apud sobre este hospital García del Moral, A. *El Hospital Mayor de San Sebastián de Córdoba: V Siglos de Asistencia Médico-Sanitaria-Institucional (1363-1816)*. Córdoba, 1984.

(12) Su renta anual en 1772 —regulada por quinquenio— era de 18.629 rls. y 6 mrs., y sus cargas y gastos ascendían a 20.615 rls. y 24 mrs.

(13) AHN, Consejos, 3537-6, 97-.

(14) Más datos sobre este establecimiento nos ofrece la tesis de licenciatura (inédita) de Berguillos Arillo, M. *El Hospital de la Caridad de Nuestro Señor Jesucristo de Córdoba en el Siglo XVIII: Una Aproximación Histórica.*; leída en la Universidad de Córdoba en 1985.

(15) Este conflicto jurisdiccional ha sido estudiado por Bravo Lozano, J. "La Visita del Hospital Real de San Lázaro de Córdoba (1599-1603)". *Actas del I Congreso de Historia de Andalucía. Andalucía Moderna.* [Córdoba] I (1978): 151-.

(16) "No dan muy buen trato a los enfermos que de lo que (sic) son muy pocos los que van por que hay otros Hospitales en esta Ciudad que les tratan bien. También ponen diferentes dificultades a los que quieren ir pretextando si son de las enfermedades que deben entrar o no." AHN, Consejos, 3537-6, 101.