

La respuesta social a la pobreza en la Península Ibérica durante la Edad Moderna



María José Pérez Álvarez
María Marta Lobo de Araújo
(Coords.)

¿Hospitales de élite? El Hospital Femenino de la Caridad y Refugio de Granada¹

Inmaculada Arias de Saavedra Alías
Miguel Luis López-Guadalupe Muñoz
Universidad de Granada

Resumen

Durante el Antiguo Régimen el Reino de Granada, y en especial su capital, contó con una extensa red hospitalaria para cubrir las necesidades asistenciales de su población, red que no se vio afectada por la política de racionalización de hospitales de Felipe II y solo de forma parcial por la creación de un Hospicio General en el siglo XVIII. Este estudio consta de dos partes. La primera analiza la situación de los hospitales existentes en Granada en ese siglo. La segunda incide en la labor asistencial de la Hermandad de la Caridad y Refugio, sobre todo en su hospital para mujeres pobres en Granada, uno de los centros sanitarios más importantes de la ciudad. Aspectos tan interesantes como el funcionamiento del hospital, número de hospitalizadas, defunciones, su perfil social o el tipo de enfermedades son abordados en este trabajo, basado en la análisis de fuentes primarias.

Abstract

During the Old Regime the Kingdom of Granada, and especially its capital, had an extensive hospital network in order to cover the health care

¹ Este trabajo se inscribe en las líneas temáticas del Proyecto de Investigación “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 Ciencia e Innovación (HAR2011-26435-C03-03).

needs of its population, a network that wasn't affected by the hospitals streamlining policy carried out by Philip II and only partially because the creation of a General Hospice in the 18th century. This study consists of two parts. The first analyzes the situation of the hospitals operating in Granada in this century. The second emphasizes the welfare work of the brotherhood of *Caridad y Refugio*, mainly through its hospital for poor women in Granada, one of the most important health centers in the city. Interesting aspects such as the functioning of the hospital, number of hospitalized women, deaths, their social profile, or types of diseases are studied in this paper, based on the analysis of primary historical sources.

1. La red hospitalaria de granadina

Como fruto de la conquista, las iglesias del reino de Granada surgieron bajo el signo del regio patronato². Y aneja a ellas se desarrolla toda una red hospitalaria dirigida a atender al conjunto del territorio, si bien es cierto que reservaba el establecimiento de centros hospitalarios para las localidades más importantes, reduciendo el resto de fundaciones a meros hospitales de tránsito, de escasa magnitud e importancia. La estructura sanitaria de Granada no se vio afectada por la política de reducción de Felipe II, que dejó sentir ampliamente sus efectos en localidades como Sevilla, Madrid, Valladolid o Salamanca³. Hasta catorce “hospitales” se contaban en Granada hacia 1685, según la relación *ad limina* del arzobispo Ríos y Guzmán⁴.

Sobre esa realidad proyectaron sus reformas los ministros ilustrados. Era evidente la insuficiencia del sistema, en tiempos “normales” y especialmente en periodos anómalos: “La estructura sanitaria que la ciu-

² SUBERBIOLA MARTÍNEZ, J. (1985). *Real Patronato de Granada. El arzobispo Talavera, la Iglesia y el Estado Moderno (1486-1516)*. Granada: Caja General de Ahorros y Monte de Piedad.

³ MAZA ZORRILLA, E. (1987). *Pobreza y asistencia social en España. Siglos XVI al XX*. Valladolid: Universidad, pp. 163 y ss.

⁴ LÓPEZ MUÑOZ, M. L. (1992). “La diócesis de Granada en la visita *ad limina* de 1685”. *Chronica Nova*, 20, pp. 379-380.

dad tenía se concretaba en una serie de instituciones hospitalarias que intentaban hacer frente a las necesidades cotidianas y que, en ocasiones, se veía desbordada ante la crítica situación que señalaba un movimiento epidémico⁵.

A ese impulso reformista obedece en Granada la creación del Hospicio General en 1753⁶, uno de los primeros en todo el reino, que quedó al dictado de una junta encabezada por el presidente de la Chancillería y compuesta por el arzobispo de Granada, el corregidor, un secretario, un contador y un sexto miembro. A la finalidad original del Hospital Real (sífilíticos, locos, pobres) se añadieron entonces nuevos usos, muy acordes con la mentalidad paternalista de la época: "...la recogida y atención de los pobres de la ciudad..., la reeducación de mujeres públicas, el acoger a los niños expósitos, la reunificación de las propiedades y rentas de los centros que antes se dedicaban con independencia a estas obras sociales, la realización de convenios con aquellos otros que pudieran ayudar o fuera necesaria su colaboración, el tratamiento de *unciones* a los sífilíticos y la continuación de la asistencia a los dementes"⁷.

El mantenimiento del Hospicio exigía la concentración de servicios y de rentas. En el primer caso, los logros fueron escasos, circunscritos a necesidades no estrictamente hospitalarias (junto a los mencionados servicios tradicionales del Hospital Real, asume la Casa Cuna para expósitos, la Casa de Recogidas de Sta. María Egipciaca, el colegio de Niños de la Providencia para emplearlos en fábricas, el colegio de huérfanas de la Purísima Concepción y, más tarde, la Casa del Amparo, para atender partos secretos; además del hospital de tiñosos⁸, que no llegó a agregarse). La reunión de rentas, muy dispersas y dispares⁹, afectó a más centros, muchos

⁵ SANZ SAMPELAYO, J. (1980), *Granada en el siglo XVIII*. Granada: Diputación Provincial, pp. 191-192.

⁶ *Id.* 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.

⁷ SANZ SAMPELAYO, J. (1980), p. 202.

⁸ LÓPEZ, M. A. (1993). *Los arzobispos de Granada. Retratos y semblanzas*. Granada: Arzobispado, p. 207. La real cédula de 23 de marzo de 1753 estipulaba que en el hospital de San Juan de Dios se curasen unciados y tiñosos, destinándose al beaterio las "mujeres perdidas".

⁹ Desde juros y diezmos hasta legados y limosnas, pasando por patronatos, detracciones

de ellos fuera del ámbito capitalino (en la ciudad el Hospital de Sta. Ana —con una fuerte oposición eclesiástica—, el de Navas y el colegio de los Niños de la Doctrina; en el resto de la diócesis los de Loja y Alhama y los de tránsito de Santa Fe, Albolote, Pinos Puente e Íllora¹⁰), pero también resultó insuficiente. Y es que era inviable concentrar prestaciones sin hacer lo mismo con las rentas, y viceversa.

Centrándonos en la diócesis de Granada¹¹, una estimación genérica al mediar el siglo XVIII nos ofrece una cifra que ronda las 550 camas para la ciudad y no más de un centenar para el resto del territorio diocesano (hospitales de Alhama, Almuñécar, Loja, Motril y Ugijar)¹². Esta descompensación muestra claramente la capacidad de atracción que aún mantenía también en el terreno asistencial la capital del antiguo reino.

Y así como en las comarcas extracapitalinas el dominio de los hospitales eclesiásticos es absoluto, en la ciudad se observa una mayor variedad. Por ejemplo, el centro de mayor envergadura es el Hospital Real. Fundado por los Reyes Católicos, este emblemático recinto, fiel a su origen y a las vicisitudes del tiempo, se convertía, si no lo era ya, en un macro-centro. En 1770 el Hospital Real, ya Hospicio General, atendió

de rentas reales y “despojos” del matadero (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*, 2ª época, 10-11, pp. 318-319. Por extenso en SANZ SAMPELAYO, J. (1980), pp. 199-201. Para la creación del Hospicio se ordenaba tomar 200.000 reales de la “cuarta decimal destinada para los pontificales” (LÓPEZ, M. A. (1993), p. 207).

¹⁰ SANZ SAMPELAYO, J. (1980), pp. 203-204. Hubo también pequeños hospitales, generalmente de tránsito, en Órgiva, Montefrío, Iznalloz, Colomera, Moclín o Guadahortuna, pero estos no se agregaron al Hospicio (Archivo de la Parroquia del Sagrario, leg. 28).

¹¹ Ocupaba entonces buena parte de la actual provincia de Granada (con excepción del cuadrante NE, que conformaba la diócesis de Guadix), añadiéndose asimismo el extremo SO de la actual provincia de Almería, incluyendo la Alpujarra almeriense y algunas comarcas del Poniente de esa provincia (Río Nacimiento y Campo de Dalías).

¹² LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M. L. (2012). “Hospitales rurales en la diócesis de Granada (siglo XVIII)”. En Pérez Álvarez, Mª. J. y Martín García, A (eds.). *Campos y campesinos en la España Moderna*. León: Fundación Española de Historia Moderna, p. 1.475.

a 666 sifilíticos, 324 pobres y locos, 379 niños expósitos y 30 niñas huérfanas¹³.

En la línea de la especialización se hallaban otros dos centros: el hospital de San Lázaro, para enfermos de lepra, y el de Ntra. Sra. del Pilar, para tiñosos. No faltaban las fundaciones propias de cofradías con el fin de atender preferentemente a sus asociados, como ocurría con el hospital de San Sebastián (por entonces ya sin actividad) y el de Ntra. Sra. de las Angustias, así como pequeños hospitales de fundación particular que, por lo general, se convirtieron en centros subsidiarios, para “convalecencia” de otros mayores (hospitales de Navas y de Santa Cruz), o como albergue de transeúntes (Hospital de Peregrinos).

Todos ellos, empero, contaban con autoridades eclesiásticas en el importante cargo de rector y, desde luego, en el de capellán, lo que indica la presencia rotunda de la Iglesia en este campo¹⁴. Pero es que al grueso de centros cabe tildarlos de eclesiásticos, por su origen y funcionalidad. Se trata de los hospitales propios del Arzobispado o de alguna orden religiosa, como el de San Juan de Dios, con tres salas para hombres (fiebres ardientes, llagas y heridas, incurables) y una para mujeres, y el de la Encarnación o de Santa Ana, para varones.

A medio camino entre éstos y los anteriores puede encontrarse el Hospital de la Caridad y Refugio. Por un lado, era el fruto de la labor asistencial de una hermandad caritativa, que inició su andadura en los albores de la Granada cristiana. Por otra parte, al tratarse de un hospital exclusivamente para mujeres, habría que admitir que cumple una función similar, a nivel diocesano, que el hospital de Santa Ana. Si éste acogía a varones, aquél atendía a mujeres, subrayándose aún más la separación de sexos, a la vez que la calidad de la atención que ofrecían, según el arzobispo de la ciudad, el ilustrado D. Antonio Jorge y Galbán —opuesto en 1777 a la reunión de los hospitales granadinos—, entre otros motivos,

¹³ SANZ SAMPELAYO, J. (1980), pp. 218 y ss.

¹⁴ Las interacciones en el campo de la caridad entre el Estado y la Iglesia fueron mutuas (vid. HUGUET TERMES, T. (2004). “Iglesia, socorro de pobres y asistencia hospitalaria en el Madrid de los Austrias (1561-1700): algunas reflexiones”. En Abreu, L. (ed.). *Igreja, caridade e assistência na península Ibérica (sécs. XVI-XVIII)*. Évora: Ed. Colibri/CIDEHUS, p. 66).

“por la mayor dificultad de conserbar quietud y buen orden en casa mui grande y avitada de individuos de ambos sexos”. Pero aún más: “...para lograr cama en los de las Angustias, donde son siete, o en el de Santa Ana, donde son de treinta y cinco a cincuenta, se hazían especiales empeños, porque el menor número y mayor cuidado haze preferir estas casas en la común estimación a la de San Juan de Dios y a otra cualquiera general de común concurrencia, yendo a aquéllas sin la natural renuencia que suele haver en personas que se han criado con regalo, lo que no sucede en los hospitales generales, pues muchas vezes acontece que algunos prefieren el morir en sus rincones antes que ir o permitir que los lleben a recobrar la salud a ellos”¹⁵.

Aunque en Granada la red hospitalaria fue originariamente diocesana, está claro que muchos centros habían quedado en manos de órdenes religiosas, de hermandades o de patronatos; es una estrategia de ejercicio de la caridad en que es acertado pensar que la Iglesia resultó a la larga más beneficiada que benefactora¹⁶. Y, en cualquier caso, y esto lo omite el prelado, los problemas económicos fueron un mal endémico en el campo de las fundaciones hospitalarias¹⁷.

Queda claro también, para el arzobispo desde luego, que había distinción entre hospitales y que algunos venían a significar un desahucio total, en lo asistencial y en lo social, frente a otros que aplicaban mayores miramientos; por supuesto, el mundo de la pobreza sobrevolaba sobre unos y otros, pero en los segundos parecen prevalecer los pobres llamados vergonzantes. Como señala Sanz Sampelayo, “apenas se encuentran noticias de que las clases más acomodadas fueran a servirse de esta asistencia por entonces. De aquí el miedo al hospital como lugar donde se iba a morir”¹⁸. El concepto de pobreza, por otra parte, era muy elástico en

¹⁵ Archivo Histórico Nacional (AHN), *Consejos*, leg. 15.850, pza. 2. Informe de 18 de marzo de 1777.

¹⁶ MARCOS MARTÍN, A. (2004). “La Iglesia y la beneficencia en la Corona de Castilla durante la época moderna. Mitos y realidades”. En Abreu, L. (ed.). *Igreja, caridade e assistência na península Ibérica (sécs. XVI-XVIII)*. Évora: Ed. Colibri/CIDEHUS, p. 131.

¹⁷ CAMBIL HERNÁNDEZ, M^a. E. (2009). *Sociedad e instituciones asistenciales en Granada, 1500-2000*. Granada: Atrio, p. 38.

¹⁸ SANZ SAMPELAYO, J. (1980), p. 192.

medio de una existencia generalmente precaria para amplios sectores de la población, para quienes cualquier eventualidad “amenaza con hacerle traspasar el umbral de la pobreza y caer en la indigencia”¹⁹.

La media de días de estancia de los enfermos en el hospital podía ser muy diversa. Largas parecen las estancias en el de San Juan de Dios, tal vez porque atendía enfermos de mayor gravedad (incluso incurables). Aunque son cifras estimativas, el de San Juan de Dios registraba en el último tercio del Setecientos unos 10 ingresos por cama y año (unos 2.000 atendidos y hasta 200 el número de camas), mientras que en el de Santa Ana la media era de 18 (900 atendidos al año en un máximo de 50 camas). La estancia oscila, pues, entre 36 y 18 días de estancia por enfermo. El número de camas aumentó considerablemente en el hospital eclesiástico después de trasladarse a las casas de los condes de Luque y Villamena, en el Campo del Príncipe, en 1777²⁰.

En cualquier caso, la reforma de los hospitales hay que contemplarla tanto desde el prisma de la racionalización sanitario-benéfica como desde la óptica del regalismo. De ese modo, el mismo arzobispo reafirmaba los intereses eclesiásticos en sentido amplio, más allá de los centros sujetos directamente a su autoridad, y abogaba por la subsistencia de los hospitales que se enumeran a continuación, ofreciendo las razones para ello, que además de la utilidad, se cifran en la especialización y en las circunstancias de su fundación: “Los leprosos por el riesgo de contagio deven estar fuera del pueblo y así tienen su hospital extramuros y distante. Los tiñosos es igualmente conveniente que estén lexos, y así están. El Hospital de Peregrinos no atiende a curación. El de Ntra. Sra. de las Angustias subsiste a expensas de limosnas, pero, como eventuales, no pueden sugetarse a providencia fixa y faltarían en el momento que se privase de su distribución a los mismos que las recogen; y el del Refugio casi es del mismo género. El de Corpus Christi es señalado para

¹⁹ LÓPEZ ALONSO, C. (1988). “La acción social medieval como precedente”. En *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid: Siglo XXI, pp. 47-48.

²⁰ SANZ SAMPELAYO, J. (1980), p. 195. Las transformaciones de este inmueble en ALCALÉ SÁNCHEZ, F. (2003). *El Hospital Militar de Granada. De palacio renacentista a Escuela de Arquitectura*. Sevilla: Caja San Fernando.

solos sacerdotes, que parece conveniente no entren en generalidad de hospital común; y el de Sta. Ana es propio de los pobres del arzobispado, expresamente instituido por su erección a instancia de los Reyes Católicos y modernamente ampliado por mejor y más capaz edificio, a mucha costa y grande utilidad del público; y finalmente el de S. Juan de Dios ni parece conveniente atrayga a sí los demás de fundación real²¹ o de diezmos²², o de particulares, ni que se agregue a otro, siendo principal instituto de estos regulares el ejercicio de la hospitalidad”²³.

El ejercicio de la hospitalidad era, ciertamente sagrado, como también lo eran los designios de los fundadores. Cada centro tenía su idiosincrasia y atendía una parcela que se consideraba irrenunciable. Reunirlos era una contravención, someterlos a la disciplina de un macro-centro, aún el de S. Juan de Dios, un atraso. Desde la óptica de la caridad tradicional era mejor dejar las cosas como estaban. Y si algunos hospitales habían desaparecido ya o habían perdido su función asistencial –de la Resurrección (de moriscos), de S. Sebastián, del arte mayor de la seda, de la Misericordia o del Cristo de las Penas– era por la implacable lógica de la mudanza de los tiempos²⁴. En su mayor parte se trataba de centros de reducidas dimensiones, donde primaba sobre todo esa voluntad de los fundadores y la atención de la pobreza, pues “una descortesía para con el pobre es algo así como una violación del temor de Dios, y la denegación de la limosna se consideraba como una villanía infame y una ruindad de espíritu”²⁵; no en vano, la caridad se veía “no ya como llave, sino como medio de forzar las puertas del reino de los cielos”²⁶. Añádase a ello la “indefinición fun-

²¹ Hospital Real, de San Lázaro y de la Caridad, éste en Loja.

²² Estos eran el Eclesiástico de Granada (Sta. Ana) y los de Alhama, Almuñécar, Loja (Misericordia) y Motril, además de los “hospitalicos” de tránsito. Se dotaban con “una porción casi onzava de los diezmos de su distrito” (Archivo Segreto Vaticano, *S. Congr. Concilii. Relationes: Granaten. 370 A*, h. 1.371 v.).

²³ A.H.N., *Consejos*, leg. 15.850, pza. 2.

²⁴ Un esclarecedor recorrido por los hospitales granadinos puede verse en CAMBIL HERNÁNDEZ, M^a. E. (2010). *Los hospitales de Granada (siglos XVI-XXI): tipología, catálogo e historia*. Granada: Universidad.

²⁵ PFANDL, L. (1942). *Cultura y costumbres del pueblo español en los siglos XVI y XVII*. Barcelona: Araluce, p. 146.

²⁶ JIMÉNEZ SALAS, M^a. (1958). *Historia de la asistencia social en España en la Edad*

cional” de los hospitales granadinos durante la época moderna, al instalarse en inmuebles que no fueron concebidos para un uso asistencial y/o sanitario²⁷.

Por supuesto, los hospitales generales de grandes dimensiones, que se postulaban en la España ilustrada, no desterraban los fundamentos de la caridad tradicional –sobre la base de un “pacto social” que consagraba la necesaria cooperación, en orden a la subsistencia y a la salvación, entre ricos y pobres²⁸–, más bien los reconducían en beneficio del Estado –“se pueden aceptar las iniciativas piadosas y caritativas, pero con una condición: que no haya ningún hospital ni ninguna otra fundación del mismo tipo que no esté sujeta a la autoridad del príncipe”²⁹– y con la preocupación de mantener el orden público y la concordia social. Aunque subyace en estos hospicios “no la idea de entender la pobreza como resultado de la voluntad de la divina providencia, sino por la existencia de desajustes sociales, a causa de una desigual distribución de los recursos”³⁰, en ellos se mezclan, “no sin conflictos, los antiguos privilegios de la Iglesia en la asistencia a los pobres y en los ritos de la hospitalidad, y el afán burgués –aún no propiamente estatal, según Carasa³¹– de poner orden en el mundo de la miseria: el deseo de ayudar y la necesidad de reprimir”³²; en suma, obedecen aún a la “mentalidad sacralizante que informaba todas las es-

Moderna. Madrid: CSIC, p. 63.

²⁷ CAMBIL HERNÁNDEZ, M^a. E. (2010), p. 34.

²⁸ Bien delimitado en CALLAHAN, W. J. (1978). “Caridad, sociedad y economía en el siglo XVIII”. *Moneda y crédito*, 146, pp. 67 y ss., y en SOUBEYROUX, J. (1982). “El encuentro del pobre y la sociedad: asistencia y represión en el Madrid del siglo XVIII”. *Estudios de Historia Social*, 20-21, p. 9.

²⁹ DEFOURNEAUX, M. (1990). *Pablo de Olavide, el afrancesado*. Sevilla: Padilla Libros, p. 468.

³⁰ MOLL, I. (2007). “Hospitales y hospicios en Mallorca en el siglo XVIII”. En Abreu. L. (ed). *Asistencia y caridad como estrategias de intervención social: Iglesia, Estado y Comunidad (s. XV-XX)*. Bilbao: Universidad del País Vasco, p. 70.

³¹ CARASA, P. (2007). “Lo privado y lo público en el sistema asistencial: el triángulo Iglesia-Ayuntamiento-Estado en la beneficencia española”. En Abreu. L. (ed). *Asistencia y caridad como estrategias de intervención social: Iglesia, Estado y Comunidad (s. XV-XX)*. Bilbao: Universidad del País Vasco, p. 156.

³² FOUCAULT, M. (1991). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica, 4^a. reimpr., vol. I, p. 86.

estructuras sociales y económicas”³³. Sólo en tanto que atacaban la vieja práctica de la mendicidad, aventura Rosa M. Moreno que, “conscientes o no, los fundadores del Hospicio de Granada condenaban el régimen cristiano de la caridad”³⁴.

En esa línea, el Hospicio General tuvo sólo un éxito a medias.

2. La Hermandad de la Caridad y Refugio y sus obras de misericordia

La Hermandad de la Caridad y Refugio de Granada fue sumando a lo largo de su historia distintas obras de misericordia en un encomiable esfuerzo por hacer de la caridad una bandera también del prestigio de las elites. Es evidente que su forma de practicar la caridad era un timbre de honor –uno más– para los miembros de la “alta sociedad” granadina, cuyos resortes de poder eran sin duda importantes, pero también muestra una inequívoca voluntad de paliar en alguna medida las desigualdades sociales.

De hecho, las reglas de la Hermandad, renovadas varias veces a lo largo de los siglos, atendían a la máxima de ejercitar la caridad en todas sus facetas, con fidelidad al mensaje evangélico: “...el principio, fundacion de la dicha Hermandad, se originó de la devocion de algunos Fieles Clerigos, y Cavalleros, y Ciudadanos, que movidos por la gracia de Nuestro Señor, se animaron á dar de sus haziendas, y de lo que juntavan de limosnas que pedian por la Ciudad lo que era necesario para socorrer todo genero de necesidades de pobres vivos, y difuntos, exercitando todas las obras de caridad, y misericordia, vistiendo desnudos, curando enfermos, sacando presos de la carcel, rescatando cautivos, casando huerfanos,

³³ CARASA SOTO, P. (1988). *Crisis del Antiguo Régimen y acción social en Castilla*. Madrid: Junta de Castilla y León, p. 71.

³⁴ 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 Candelario, J., Moreno Rodríguez, R. M. y Girón Irueste, F. *El Hospital Real de Granada y sus constituciones de gobierno (1593-1857). Asistencia a los pobres y regulación social*. Granada: Universidad, p. 103.

y enterrando muertos, así ajusticiados, como ahogados en los ríos, y de otras muertes desastradas, ó naturales, tan desamparados que no tuviesen caudales, ó deudos que los socorriesen para ello...”³⁵

Esta actividad se prodigaba por una hermandad con tintes nobiliarios. Aunque no era obligatoria la pertenencia a la nobleza para militar en ella, Henríquez de Jorquera la califica como “hermandad de toda la nobleza desta ciudad de Granada”³⁶. En sus mismas reglas se consigna como preferente la apuesta por el linaje a la hora de la admisión de hermanos: “ni baste que sea cavallero ni rico, ni abogado de la Chancillería ni con oficio grave en la República (si bien es justo que todo se mire y se tenga consideración a estas partes, que si no son las principales para el instituto de la hermandad, ayudan a lo menos a que con mejores respectos y cuydado acudan a sus obligaciones)”.

Ese carácter elitista se completó con la fijación de un número máximo de hermanos: ochenta. El mismo autor de los *Anales de Granada* insiste en el proceso acumulativo de actividades que caracterizó a esta distinguida hermandad, partiendo de su hospital para mujeres con “calenturas”, al que los hermanos, “con sus limosnas, agregaron renta para obra tan piadosa”, a las que sumaron con el correr del tiempo otras obras pías y el refugio de pobres.

La fundación de la Hermandad del Refugio pudo acaecer algunos años antes de 1513, en el que se promulgaron sus primeras reglas. En poco tiempo la hermandad consiguió afianzarse y adquirió una justa fama, la que valoró en 1525 la Confraternidad de Sacerdotes de San Pedro *ad vincula* –asociación entre cuyos fines se encontraba el socorro de los presos pobres– para transferirle ciertos censos perpetuos y otras rentas, con la certeza de que los caballeros de la Caridad garantizarían mejor ese servicio.

Por entonces residía la corporación de caridad en su primer enclave, el Convento de Santa Cruz la Real, de la Orden de Predicadores. Allí

³⁵ Vid. sobre el recorrido asistencial de este epigrafe: LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M. L. y LÓPEZ MOYA, R. (2013). *La Hermandad de la Caridad y Refugio de Granada: 500 años de hospitalidad*. Granada, Ayuntamiento.

³⁶ *Anales de Granada*, ed. de A. Marin Ocete, estudio preliminar e índices de P. Gan Giménez y L. Moreno Garzón, Granada, Universidad/Ayuntamiento, 1987, vol. I, p. 258.

los dominicos ofrecieron a los hermanos capilla para enterramiento, junto a ciertas gracias espirituales y sufragios por sus almas. No obstante, en 1532, a tenor del crecimiento de las obligaciones contraídas por la aceptación de diversas mandas, en especial la de curación de enfermas, se vio en la necesidad de adquirir un nuevo edificio, instalándose en la colación de San Gil, frente al hospital del Corpus Christi, que se había establecido en 1523.

Las primeras reformas de reglas de la Caridad tuvieron lugar en 1534-36 y continuaron en 1582, 1631 y 1639, derivada ésta última renovación de su asociación con la Hermandad del Refugio de Madrid (constituida en 1618)³⁷. Con nuevas modificaciones las reglas se reimprimieron en 1676, 1716 y 1759. Antes de finalizar el siglo XVIII se procederá a aprobar nuevas constituciones en 1798, visadas por el Consejo de Castilla, que se publicaron tres años más tarde, en 1801. Ya en la segunda mitad del siglo XIX la llegada al hospital en 1861 de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl motivó una nueva y profunda reforma de las reglas, aprobadas en 1863, y finalmente publicadas un año después.

Cada año, el día de los Inocentes (28 de diciembre) se elegía al hermano mayor, exigiendo a los candidatos una antigüedad mínima de tres años en la corporación, así como una virtud ejemplar. En el hospital la máxima autoridad era el rector (con un vice-rector desde 1690), que habría de ser siempre un eclesiástico de plena confianza de la hermandad. Junto a ambos, se contaba un mayordomo y los consiliarios o seises, con o sin cometidos concretos (contador, comisarios para la fiesta, comisario de honras, visitadores de enfermos, vicarios de cárcel, diputados de las suertes de doncellas), así como los supervisores de las comidas del hospital y de las demandas callejeras, y el procurador mayor –para pleitos y causas judiciales–. A ellos hay que añadir el personal asalariado, como enfermera, médico, cirujano o barbero, además del escribano o secretario, “persona de talento, versada en papeles, laboriosa y desocupada”.

En el proceso de ampliación de las obras de misericordia debió influir la citada agregación al Refugio de Madrid, asociación más moder-

³⁷ CALLAHAM, W. J. (1980). *La Santa y Real Hermandad del Refugio y Piedad de Madrid, 1618-1832*, Madrid: CSIC.

na que la granadina, pero con una gran proyección y predicamento, dada su ubicación en la corte. Sin un centro hospitalario, como el de Granada, desplegó sin embargo un amplio elenco de actuaciones puntuales e inmediatas a favor de los pobres, como consta en sus reglas: "...aliviar la necesidad de los pobres enfermos de enfermedades graves o que carezcan de recursos, llevar a los hospitales a los pobres enfermos de cualquier sexo, edad y nacionalidad que se hallaren desamparados en casas o calles; asistir a los incendios o ruinas que acontezcan, para subvenir en lo posible al alivio de los pobres; visitar la villa para socorrer las necesidades públicas y secretas; socorrer a las mujeres pobres próximas a ser madres, o que acaban de serlo y a sus criaturas; socorrer a los enfermos y convalecientes, socorrer a los enfermos abandonados durante la noche, a los perdidos, a los heridos, a los desamparados, a los niños abandonados; recoger también cadáveres y socorrer a los desamparados faltos de juicio"³⁸.

Por supuesto, el programa asistencial de la granadina Hermandad de la Caridad y Refugio presentaba una alta dosis de idealismo, pero en la práctica se impusieron criterios pragmáticos, según los cuales a cada obra de caridad estabilizada correspondían las rentas suficientes para su sostenimiento³⁹. Con esta base, cumplida con lógicas oscilaciones a lo largo del tiempo, se mantuvieron obras diversas. Patronatos de legos y otros legados garantizaban su viabilidad, pese al riesgo que representaban los impagos, la devaluación de bienes y rentas, y determinados azares políticos.

El esfuerzo mayor fue el funcionamiento del hospital para mujeres, que centrará el presente estudio. Pero, como se ha indicado, no fue la única obra de caridad que ejercieron.

Dar **limosna a los pobres** se consideraba algo consustancial a la mentalidad del Antiguo Régimen, entendida en términos de trascenden-

³⁸ VENTOSA ESQUINALDO, F. (2000). *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España –siglos XV al XX–. Una aproximación histórica*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, p. 84.

³⁹ Como se desprende del Catastro de Ensenada, era la hermandad granadina con mayor montante de rentas fijas (por arriendo de tierras, alquiler de casas y réditos de censos), que ascendían al año a casi 40.000 reales. En la Desamortización de Godoy se le enajenaron bienes raíces por valor de casi medio millón de reales (LÓPEZ MUÑOZ, M. L. (1994). *La labor benéfico-social de las cofradías en la Granada moderna*. Granada: Universidad, p. 82).

cia, y anteponiendo el cuidado del alma al del cuerpo⁴⁰. La práctica de la limosna para necesitados, de una forma masiva en una determinada fecha fue practicada por la Hermandad del Refugio. A mediados del Seiscientos implantó la costumbre de socorrer a pobres mendigos en la víspera del Domingo de Ramos, en un acto multitudinario del mejor gusto barroco, tal era su impacto emocional. Lograron para ello el concurso de los Jesuitas.

Se trataba, en sustancia, de asistir a pobres mendigos forasteros que reclutaban en mesones y posadas, aunando lo espiritual con lo material. Y además, en plena conexión con el tiempo litúrgico. De ese modo, el acto comenzaba con la confesión y comunión multitudinarias, como término de la cuaresma, en la iglesia de la Compañía de Jesús, para continuar después con una procesión en forma de doctrina –catequética y ejemplarizante– hasta las dependencias del hospital, donde se proporcionaba a cada pobre un real y dos libras de pan, previa entrega de la cédula de confesión y comunión recibida.

Para este menester se nombraban previamente dos caballeros hermanos, encargados de la organización y recepción de limosnas específicas. Todo fue bien mientras se beneficiaba con este socorro a varias decenas de personas, pero con el paso del tiempo el número de atendidos se disparó hasta alcanzar incluso la cifra de dos mil y a veces casi tres mil pobres, “todos los más sanos y casi todos vecinos y moradores desta ciudad”.

A la insuficiencia de recursos económicos para esa iniciativa se unieron en 1674 ciertos escrúpulos de conciencia. Ciertamente, desde 1668 hubo que recurrir para sufragar esa actividad al fondo general de limosnas de la Hermandad –las demandas semanales realizadas por las calles y las de Jueves y Viernes Santo por los templos–, que precisamente se obtenían, no para pobres mendigos, sino para pobres vergonzantes, quie-

⁴⁰ “Esta forma de encarar la asistencia, que combinaba lo espiritual y lo material, pero que solía dar una dimensión mayor al auxilio del alma frente al socorro del cuerpo, estaba fundamentada... en el discurso teológico medieval y, en concreto, en la doctrina que la Escolástica había establecido en torno a la virtud de la Caridad” (PALOMO, F. (2004). “De pobres, obispos y misioneros. Otras formas de asistencia en el Portugal de la época moderna”. En Abreu, L. (ed.). *Igreja, caridade e assistência na península Ibérica (sécs. XVI-XVIII)*. Évora: Ed. Colibri/CIDEHUS, p. 41).

nes sólo “admiten la limosna que se les haze en sus casas, con el secreto y decencia que pide su retiro”. Algunos eclesiásticos consultados consideraban, por cierto, que la caridad hacia los vergonzantes –adornada con las cautelas del secreto y del decoro– era de mayor rango que la destinada a los mendigos. Y máxime cuando la primera era la genuina y originaria en la Hermandad de la Caridad y Refugio, exigencia que todos juraban al ingresar en la corporación. Pero más graves eran otras implicaciones morales: ¿cómo asegurar la correcta dispensación del sacramento de la penitencia en una ceremonia masificada? Y aún peor, ¿era lícito atraer a personas hacia los sacramentos –confesión y comunión– con el señuelo de una recompensa material? No faltaron hermanos que recordaran la importancia de ejercer la limosna con los “buenos” (pobres vergonzantes de “costumbres virtuosas, recogidas y honestas”) antes que con quienes se la procuraban por “malos medios”.

Aún anterior en el tiempo fue la iniciativa de **liberar presos de la cárcel** de la ciudad. El P. Lachica pone fecha de inicio a la liberación de presos y a la dotación de doncellas, 1536: “se ordenó que de las limosnas se sacasen a los pobres presos, por deudas, y de los sobrantes, que se casasen pobres huérfanas, honestas y virtuosas, y avecindadas por cinco años en Granada”.

La acción era doble: atender las necesidades de los encarcelados, demandando para ello limosnas callejeras, y gestionar el pago de la deuda para quienes estaban presos por este motivo. Ello generaba un acusado efectismo, la rotundidad moral de sus actuaciones se imponía con la escena de aquellos personajes, muchos de ellos nobles, que pedían limosna por la calle. Lo hacían dos días por semana y, cuando el dinero excedía ese servicio, se sacaban pobres también de la cárcel de la Chancillería. Añadían asimismo el pago de una cuota mensual para este fin y ciertos ingresos de la antigua hermandad de sacerdotes de San Pedro *ad vincula*, con la que tuvo estrechas relaciones la del Refugio en sus orígenes.

Su atención se centraba en la cárcel de la ciudad, ubicada en la inmediata calle llamada hoy Cárcel Baja (sobre la antigua Alhóndiga de los Genoveses), a la que daba un costado de la manzana que albergaba al hospital del Refugio. El procedimiento de “soltura” de presos se verificaba tras un acuerdo con el acreedor para abonar todo o parte de lo adeudado

y así obtener el oportuno permiso de liberación.

La **ayuda alimenticia a los encarcelados** debió ser una faceta ampliamente desarrollada por la hermandad. A tal fin se visitaba la prisión cada viernes, no más tarde del mediodía. Según Bermúdez de Pedraza, daban “de comer los viernes y sábados de todo el año a los pobres de la cárcel de la ciudad, y doscientos ducados a tres pobres cada Pascua de Navidad”.

Las reglas renovadas en 1716 detallaban la ayuda:

“...los viernes de cada semana se a de dar de comer pan y pescado, o en lugar de pescado habas, a los pobres presos de la cárcel de esta Ciudad, como se suele hazer y ha hecho siempre... Y alguna vez asistirá el Hermano Mayor, u otro Hermano a quien lo cometiére, a repartirles la comida, porque no se la coman los sirvientes de la cárcel y los pobres se queden sin comer”.

De nuevo la faceta ejemplarizante se une al desvelo por evitar abusos y picarescas. La propia hermandad amasaba el pan con destino a los pobres de la cárcel.

Al mismo tiempo que la atención a los encarcelados se instituyó la **dotación de doncellas**. También se le imprime un aire de honorabilidad y moralidad, pues se exigía a las jóvenes que “...fuesen pobres, honestas y virtuosas, nacidas de legítimo matrimonio, libres, y que no huviesen sido ni fuesen siervas, ni moças de soldada, y que tuviesen más de diez y seis años, e hijas de vezinos de Granada y de sus arrabales, y que lo ayan sido de más de cinco años, y que vivan en casa de sus padres o parientes dentro del quarto grado, o en Monasterio, o en otra casa honesta”.

Está claro que se practicaba una caridad con garantías, morales principalmente. Cada doncella recibía para el casamiento cinco mil maravedíes, al menos desde 1536. En 1582 se subió el montante de la dote hasta veinte ducados. La lista de requisitos se incrementó con el paso del tiempo y el arraigo de esta práctica. Así, se añadió la cláusula de llevar residiendo en Granada un mínimo de cinco años, en casa de sus padres o parientes dentro del cuarto grado, o en monasterio u otras casas de manifiesta honestidad. Aquellas mozas debían pertenecer a familias “pobres,

pero honradas”. Se trata del mismo trasfondo subyacente a las ayudas a pobres vergonzantes: la compasión hacia familias desclasadas, socorridas con una dignidad que no alterara un ápice su honor.

Tal vez por esa necesidad de preservar la identidad de las agraciadas, tal vez también por ofrecer notoriedad a los propios miembros de la hermandad, el reglamento establecía que el hermano mayor, en el momento de ser elegido, debía nombrar a los dos diputados para la llamada Suerte de las Doncellas. Sólo a ellos, y con las debidas cautelas, correspondía informarse si las solicitantes cumplían las condiciones establecidas. Después se procedía a un sorteo, no para designar a las doncellas, sino a los hermanos que, en cierto modo, las apadrinaban. El sorteo se revestía de gran solemnidad. Tenía lugar el segundo domingo después de la Epifanía, en el mes de enero, cuando la Iglesia celebraba la conversión del agua en vino por Jesús en las Bodas de Caná.

Una vez convocados los hermanos bajo la dirección de los dos diputados y celebrado el oficio dominical en la iglesia del hospital, se sacaban de una urna al azar los nombres de seis hermanos (como consta en las reglas de 1716), siempre de los que estuvieran presentes en el acto; eran ellos los encargados de designar libremente a las doncellas agraciadas, que, por otra parte, habrían de casarse a lo largo de ese año con la dote aportada por la hermandad. En caso de no hacerlo en plazo, perderían la dote. A modo de privilegio, a los diputados de la Suerte se les otorgaba la posibilidad de designar adicionalmente otra doncella a la que favorecer con otra dote.

Aunque limitada en el tiempo, también la labor de **enseñanza de doncellas** está presente en las actuaciones de la hermandad. Ciertamente, entre 1612 y 1639 estuvo asociado a la corporación el colegio para niñas huérfanas, bajo el título de la Concepción, trasladado después a la calle de la Cárcel y más tarde a la de Recogidas, junto al beaterio que albergaba a mujeres procedentes del sórdido mundo de la prostitución o recluidas allí por motivos no menos miserables.

Se trataba, en palabras de Henríquez de Jorquera, de “doncellas colejiales que con la renta salen para casadas o profesan monjas y an de ser algunas de los linajes de los fundadores, a que se han agregado otras

obras pías; su primera fundación fue en el hospital de la Caridad⁴¹. Respondía, pues, a la necesidad de protección que en todos los órdenes precisaba la mujer. Se alude asimismo a los linajes de los fundadores, entre los que encontramos a D^a. Ana de Mendoza y al regidor de Granada D. Juan Monte Paniagua, por no mencionar la aportación que hizo el deán de la Catedral de Granada, durante la época en que estuvo unido este colegio al Refugio, y décadas más tarde la del arzobispo D. Alonso Bernardo de los Ríos y Guzmán. El motivo del traslado desde el hospital que nos ocupa es que la presencia del Colegio de las Doncellas distorsionaba el sosiego que exigía la vida del hospital, lo que muestra la preferencia por la labor sanitaria.

En otros artículos se recogen asimismo diferentes formas paralelas de **asistencia a la mujer necesitada con tejidos**. En 1631 se establece que por Pascua de Navidad se había de repartir a mujeres pobres “doze o diez y seis mantehuelos de paño”. Los otorgaba a su arbitrio el hermano mayor. Parece evidente, tanto en esa práctica como en el reparto de dotes, que la hermandad disponía de una nómina de familias en dificultades a las que asistir. Se exigía que fueran “mugeres pobres honradas”.

También se atendió, tal vez de forma transitoria, **la redención de cautivos**. Esta obra pía se establece en la hermandad a partir de una manda expresamente realizada por el Doctor Marmolejo, indicándose en las reglas de 1716 que era la obra de caridad que aún faltaba por hacer en el hospital. Se ordena que se cumpla taxativamente su voluntad, sirviéndose para ello de la labor de los Trinitarios, orden especializada en el rescate de cautivos, especialmente los que se hallaban en poder de los corsarios norteafricanos.

Pero, como ocurría a menudo con los legados testamentarios, esta práctica tenía un matiz eminentemente local: se prefería rescatar a cautivos naturales de Andújar, los de la propia ciudad de Granada y los que estuviesen en peligro de apostatar. Para el procedimiento del rescate, se indica que no podían rebasarse dos años desde la concesión de la limosna hasta su redención —pues a veces las negociaciones se alargaban eterna-

⁴¹ *Anales de Granada...*, vol. I, p. 250.

mente o sencillamente se truncaban—, salvo que se justificase la causa que impidió la liberación, quedando en tal caso la posibilidad de prorrogar la libranza de la renta destinada a tal fin.

De una forma restringida, aplicada a las enfermas que fallecían en el hospital, se procedió también al **entierro de difuntos**. La última morada de su cuerpo terrenal se encontraba en aquel mismo lugar: “las que murieren se enterrarán en dicho hospital, en el lugar que les está señalado, o en la iglesia de él, si ella lo mandare y dexare limosna para ello”. Para el entierro de las enfermas pobres se estableció una concordia con la parroquia de San Gil.

3. El Hospital de Mujeres de la Caridad y Refugio

De todas las actividades benéficas que a lo largo del Antiguo Régimen llevaba a cabo la Hermandad de la Caridad y Refugio de Granada, sin duda la más importante y a la que dedicó mayores esfuerzos fue el mantenimiento de su hospital de mujeres, que empezó a funcionar en fecha muy temprana, 1532, se mantuvo en funcionamiento durante toda la Edad Moderna, continuando en siglos posteriores y llegando incluso hasta la actualidad, aunque transformado su objetivo desde mediados del siglo XX en residencia de ancianas. Las sucesivas reglas aprobadas por la corporación en el curso de su larga vida, regulan la organización de esta institución benéfica y el cuidado a las enfermas en un centro que, dada la mentalidad religiosa de la época, ofrecía asistencia no sólo sanitaria, sino también espiritual, a mujeres pobres y enfermas. Las constituciones publicadas en 1716 y las aprobadas por el Consejo el 11 de noviembre de 1800, e impresas en 1801, vigentes durante el periodo de nuestro estudio, recogen esta preocupación a lo largo de su articulado.

Al referirse a las obras pías de la hermandad, las primeras de estas constituciones proclaman: “Porque el principal instituto nuestro es imitar en algo la caridad inmensa de N. Señor Jesu Christo... Declaramos que en este hospital, entre las demás obras de piedad, y caridad que avemos de hazer, es una, curar todas las mugeres enfermas que a él acudieren..., que

conforme a la renta de el hospital se pudieren curar”⁴². En sus primeros años de vida, cuando aún tenía su sede en el convento de los dominicos, el hospital solo disponía de una docena de camas para enfermas de calenturas y tres más para incurables. Más tarde, nuevas rentas posibilitaron el traslado a la calle Elvira y una ampliación considerable del hospital que en el siglo XVIII contaba con treinta camas, veinte para ingresos de enfermas y diez más –con la dotación inicial realizada por María Jofre– para que, una vez curadas, prolongaran su estancia, convaleciendo un mínimo de ocho días en él. Esa dotación hacía de este centro el tercero en importancia de la ciudad, tras los hospitales de San Juan de Dios y la Encarnación⁴³ –el Hospital Real, también superior en el número de alojados, tenía además el carácter de asilo– y el más importante en lo que se refiere a asistencia femenina y, probablemente, dada su especificidad y la calidad de su asistencia, el más demandado.

En las reglas de 1716 se establecían restricciones a las mujeres que podían ingresar: “que no sean incurables, ni enfermas de mal francés, ni heridas”⁴⁴. No obstante, en los libros de enfermas del siglo XVIII se anotan hospitalizaciones “en cama de incurables”, lo que indica que esta restricción fue anulada en la práctica, pues en el preámbulo de las constituciones de 1801, se afirma: “no solo se emplea esta hermandad en asistir a quantas permiten sus fondos, sino en cuidar algunas incurables, alimentar en ciertos días a los presos de la cárcel de la ciudad, distribuir alguna ropa a mugeres necesitadas y diveras dotes a doncellas huérfanas”⁴⁵. En este caso las restricciones para el ingreso se limitan a “un número de enfermas pobres, correspondientes a sus fondos, las quales no padezcan los males habituales venéreos, rigurosamente contagiosos ni de cirugía, si no sobrevienen de la misma enfermedad”⁴⁶.

⁴² *Constituciones de la hermandad y hospital de la Charidad y Refugio de esta ciudad de Granada...* Granada, Imprenta de la Santísima Trinidad, 1716, Título V, constitución I.

⁴³ LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M. L. (1996-1997), p. 314.

⁴⁴ *Constituciones...* 1716, Título V, constitución I.

⁴⁵ *Constituciones de la Illustre y Venerable Hermandad de la Caridad y Hospital del Refugio de Granada: con un reglamento sobre la administración de caudales del mismo hospital*, Granada, Imprenta de Moreno, 1801.

⁴⁶ *Constituciones...* 1801, Título I, constitución I.

El sentido de la exclusión de las mujeres con enfermedades venéreas, además de responder a consideraciones de carácter sanitario, puede responder también a una discriminación moral respecto a las dedicadas a la prostitución. Las prostitutas no eran bienvenidas en una institución sanitaria que tenía un sesgo muy alto de honorabilidad en sus patronos, honorabilidad que se pretendía también para sus usuarias y que dispensaba una asistencia sanitaria bastante buena para la época, y era una de las preferidas de las granadinas, frente a otros hospitales de carácter más general. A pesar del número relativamente alto de camas con que contaba el hospital, todo parece indicar que el número de aspirantes a ser tratadas en él excedía la oferta. Por eso las constituciones, cuando se refieren a la decisión sobre la hospitalización, que tomaba el rector del hospital por consejo del médico, bajo la supervisión del hermano mayor, dicen de forma expresa que debe hacerse “atendiendo siempre a la de mayor urgencia, según la clase de la enfermedad e indigencia de la concurrente”⁴⁷. Del análisis de la documentación asistencial se deduce que el hospital estaba casi siempre completo, con todas las camas ocupadas. Cada enferma al ingresar recibía sábanas y almohadas limpias, y se le administraban los sacramentos de la confesión y la comunión. Permanecía ingresada de forma gratuita todo el tiempo necesario para su curación, ocupándose el hospital de su manutención y tratamiento, y de ofrecerle todos los servicios necesarios, tanto en lo tocante a la salud de su cuerpo como de su alma –facilidad de la administración de los sacramentos a cualquier hora del día o de la noche, catequesis que mejorara su formación religiosa, etc.–.

Una vez recuperadas, las enfermas tenían derecho a pasar a la sala de convalecientes, donde permanecían “ocho días por lo menos, y más lo que al médico y hermano mayor pareciere” hasta su total restablecimiento⁴⁸. A principios del siglo XVIII, según los estatutos, había seis camas de convalecientes, más tarde el número se elevó a diez, una tercera parte de los puestos del hospital. En cuanto a las enfermas que morían en la institución, las constituciones establecen que sean enterradas en el mismo hospital, o en su iglesia –para esto último era necesario que la enferma

⁴⁷ *Constituciones...* 1801, Título VI, constitución III.

⁴⁸ *Constituciones...* 1716, Título V, constitución III.

dejara alguna limosna⁴⁹-. Para el entierro de las internas pobres se estableció una concordia con la vecina Parroquia de San Gil, a cuya colación pertenecía el hospital.

La dirección del hospital estaba encomendada a un sacerdote secular, que ejercía como rector. Este significativo hecho de la dirección en manos eclesiásticas, bastante común en los hospitales de la época, evidencia la mencionada anteposición de las preocupaciones espirituales sobre las estrictamente sanitarias⁵⁰. Las constituciones de 1716 prescriben que el rector sea elegido por los cofrades anualmente, aunque con posibilidad de reelecciones, que debieron ser frecuentes. Así, por ejemplo, el rector del hospital en 1787, don Nicolás de la Rosa y Esquivel, seguía siéndolo en 1804. No es de extrañar, por tanto, que en los estatutos de 1801 ya se hable de elección sin determinar el tiempo del mandato, pero añadiendo que “la hermandad podrá despedirle quando tenga por conveniente” y convocar una nueva elección⁵¹. En ambos casos las reglas establecen unas cualidades específicas para desempeñar el cargo: “El rector debe ser persona muy virtuosa y docta y caritativa, para que mejor pueda usar el oficio, y que sea aprobado por el ordinario, para confessar generalmente hombres y mugeres y para administrar los santos sacramentos; y de tanta virtud que sea exemplo a todos su modestia, y caridad, y de más edad que quarenta años”⁵². Se exigía una persona virtuosa y madura, para evitar eventuales problemas en el trato con personas de otro sexo. Tenía obligación de residir en el mismo hospital, para poder asistir con los sacramentos a las enfermas en cualquier momento que lo necesitan. Las constituciones encarecen mucho este deber, el incumplimiento de esta obligación podría llevar incluso al cese del rector, que, siempre que se ausentara por causa justificada, debía dejar previsto algún otro sacerdote que lo sustituyera.

A cargo del rector estaba la dirección efectiva del hospital y sus obligaciones eran de carácter espiritual y material. Las primeras eran las

⁴⁹ *Constituciones... 1716*, Título V, constitución II.

⁵⁰ LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M. L. (1996-1997), p. 306.

⁵¹ *Constituciones... 1801*, Título V, constitución XIII.

⁵² *Constituciones... 1716*, Título III, constitución II. En los estatutos renovados se habla solo de “suficiente edad e instrucción” (*Constituciones... 1801*, Título V, constitución I).

más importantes: confesar y dar la comunión a las enfermas el día de su ingreso en el hospital, administrarles estos sacramentos e incluso la extremaunción, si fuera necesaria, durante su hospitalización “a cualquier hora de la noche o del día”⁵³, confortarlas y asistirles en la hora de la muerte⁵⁴, ocuparse del cumplimiento de las mandas espirituales de las que fallecían e incluso proporcionar a las ingresadas la bula para la salvación de su alma. Tenía también a su cargo el culto de la iglesia del hospital, así como decir una misa todos los domingos y fiestas de guardar, “para consuelo de las enfermas y convalecientes”⁵⁵ en el altar o pequeño oratorio situado en una de las salas de la enfermería; debía celebrar también todas las demás misas producto de legados y donaciones hechos a favor de la hermandad⁵⁶. Así mismo, debía impartir catequesis a las enfermas y personal subalterno del hospital. Sus obligaciones no eran solo de carácter espiritual, también supervisaba la asistencia sanitaria y el funcionamiento general del hospital. Decidía, con asesoramiento del médico, el ingreso de las enfermas, estando obligado a dar cuenta inmediata al hermano mayor, lo mismo que de su traslado a las salas de convalecientes –velando por que no permanecieran en el hospital más días de los necesarios–, y de su salida de la institución al recibir el alta definitiva. Cada día acompañaba al médico en las dos visitas diarias –de mañana y tarde–, que se giraban a las enfermas, vigilando con especial cuidado que se les suministraran las medicinas y remedios necesarios, y estaba también presente diariamente durante las comidas y las cenas. Su presencia junto a las enfermas era continua. Tenía también importantes obligaciones de carácter burocrático: registraba en libros separados las entradas de enfermas en el hospital y sus fallecimientos cuando se producían; tomaba nota de los escasos bienes que declaraban las ingresadas en el momento de la admisión en el hospi-

⁵³ *Constituciones...* 1716, Título III, constitución IV.

⁵⁴ Las Constituciones de 1801 se detienen en este punto. Entre las obligaciones del rector respecto a las enfermas destacan: “su confortación y asistencia en la hora de la muerte, teniendo el mayor cuidado en acordar con el médico, según el estado y tiempo de la fiebre, la buena sazón de confesarlas, para que no se frustren los santos e interesantes fines con que fue expedida la Bula Pontificia que del caso trata” (Título V, constitución VI).

⁵⁵ *Constituciones...* 1716, Título V, constitución IV.

⁵⁶ *Constituciones...* 1716, Título III, constitución VI.

tal, así como de las mandas de las que fallecían, dando cuenta del cumplimiento de las mismas al hermano mayor. También debía llevar un libro donde se anotaran las memorias de misas y limosnas a favor del hospital y la hermandad, y de velar por su cumplimiento, así como de las libranzas hechas por los contadores para el mantenimiento del hospital. También debía llevar inventario de todo lo que había en la sacristía, iglesia y enfermería del hospital.

Dada la complejidad de las obligaciones del rector, las constituciones de 1801 establecen la existencia de un vicerrector o capellán, sacerdote secular con las mismas condiciones personales que el rector, que desempeñe el cargo “por el tiempo que la hermandad tenga a bien”⁵⁷, cuya obligación principal era administrar los sacramentos y otros auxilios espirituales a las enfermas y sustituir al rector en caso de ausencia o enfermedad.

El personal del hospital a principios del siglo XVIII estaba constituido por un médico, un barbero sangrador, una enfermera y un portero, que recibían un “salario y raciones que a la hermandad pereciere, conforme a la carestía y abundancia de los tiempos”⁵⁸, de las rentas del hospital. La enfermera era nombrada por el rector, aunque necesitaba la aprobación posterior del hermano mayor. Además, si era necesario, se recurría a un cirujano, al que se le abonaban los servicios prestados, por eso las constituciones de 1716 aconsejan: “para escusar este segundo gasto se procurará siempre que aya médico cirujano”, y añade que deben preferirse en las contrataciones a los que reúnan estas dos condiciones⁵⁹. Los estatutos de 1801 regulan que la contratación de los médicos se convoque por edictos públicos en la puerta del hospital y se prevea un tiempo para que los hermanos se informen de las cualidades de los aspirantes, que eran elegidos en Junta General⁶⁰. Los médicos estaban obligados a prestar asistencia no sólo a las enfermas del hospital, sino también al personal del mismo, que recibía atención sanitaria en el mismo centro, si era necesario⁶¹. Además

⁵⁷ *Constituciones... 1801*, Título V, constitución XIV.

⁵⁸ *Constituciones... 1716*, Título IV, constitución XIII.

⁵⁹ *Constituciones... 1716*, Título IV, constitución XIV.

⁶⁰ *Constituciones... 1801*, Título VI, constitución I.

⁶¹ El 13 de mayo de 1787 “Petronila de Vargas Machuca, enfermera, entró enferma en su

de intervenir de manera decisiva en los ingresos de enfermas en el hospital, cuya decisión era competencia del rector y hermano mayor, decidían sobre el tratamiento, convalecencia y alta de las enfermas. Pasaban visita en el hospital dos veces al día, mañana y tarde, y estaban obligados a prescribir por escrito las medicinas y remedios que debían aplicarse a las enfermas, así como a controlar los alimentos que ingerían. Parece que a principios del siglo XIX la figura del cirujano había dejado de ser circunstancial y se había impuesto ya la contratación de uno de estos facultativos que había sustituido al barbero sangrador de anteriores etapas y pasaba visita en sala diariamente junto con el médico, realizando las operaciones prescritas por este último.

También establecía el hospital un concierto con un boticario “de cuya botica se den las medicinas necesarias para las enfermas y convalecientes”, que presentaría cuentas semanales de los remedios proporcionados, anotadas en un libro por el rector y pagadas anualmente por el mayordomo⁶². Dada la condición de establecimiento benéfico del hospital, las constituciones dicen que se ha de procurar obtener de dicho establecimiento la correspondiente rebaja, “entretanto no se establezca en la casa la botica suficiente para su consumo”⁶³. No tenemos noticias de que el Hospital de la Caridad llegara a tener su propia botica, al menos durante el Antiguo Régimen.

Además del personal sanitario, el hospital contaba con personal subalterno y de servicio, cuya contratación era competencia de la Junta General de la Hermandad, a propuesta del hermano mayor. Los estatutos de 1716 hablan solo de una enfermera y un portero; a principios del siglo XIX el personal de servicio se había multiplicado, y se le dedica el título VII de las constituciones, bajo el epígrafe: “De la familia y el portero”. “Los sirvientes del hospital –dice su constitución primera– deberán ser por ahora ocho, a saber: la enfermera mayor o ama de llaves, la enfermera y las dos ayudantes; una de estas con destino a velar las enfermas; la coci-

cuarto” (*Libro donde se asientan las enfermas que entran a curarse en este Hospital de la Charidad y Refugio de Granada que da principio en enero de 1781...*, núm. 207; en Archivo de la Hermandad de la Caridad y Refugio de Granada).

⁶² *Constituciones...* 1716, Título IV, constitución XV.

⁶³ *Constituciones...* 1801, Título VI, constitución VIII.

nera y la ayudante de cocina; la costurera y una lavandera”⁶⁴. Todas ellas han de ser “de muy buenas costumbres y de suficiente edad, sin enlace que las distraiga”, es decir, solteras, para evitar cargas familiares que dificultaran sus servicios al hospital. Contratadas por el hermano mayor, tenían también obligación de residir en las casas del hospital del que “ninguna saldrá sin muy urgente causa”. Como puede observarse, este hospital, como otros de la época, imitaba el modelo de vida monástica en lo que se refiere a su personal⁶⁵. La enfermera mayor o ama de llaves, se ocupaba de la custodia y suministro de ropas, alimentos y medicinas. La otra enfermera y una de las ayudantes se ocupaban de asistir a las enfermas durante el día, mientras que la ayudante, llamada veladora, realizaba el turno nocturno, desde las diez de la noche hasta las seis de la mañana⁶⁶. En cuanto al portero, tenía variadas ocupaciones: el cuidado y aseo de la iglesia del hospital, realizar los encargos que la hermandad, hermano mayor y rector le hicieran, convocar a los hermanos para las juntas de la hermandad, controlando las asistencias y dando cuenta de quienes se excusasen, estar presente a la entrada durante la celebración de las juntas, traer diariamente los víveres y medicinas para el consumo diario del hospital y controlar el acceso al mismo de las personas ajenas a la institución, cerrando las puertas del edificio, tanto la principal, como los dos postigos secundarios, a las nueve de la noche en invierno y a las diez en verano, hasta la nueva apertura a la mañana siguiente⁶⁷.

La supervisión del hospital estaba encomendada al hermano mayor y a dos hermanos distribuidos por turnos semanales, los cuales tenían que visitar a las enfermas diariamente a la hora de las comidas. Las constituciones describen minuciosamente la forma en que deben asegurarse de que las enfermas reciben el más adecuado y mejor tratamiento médico: “Los hermanos que por semanas asistieren a su comida, procurando verlo y preguntando a las mismas enfermas; y si les falta algo, o en la cura y ser-

⁶⁴ *Constituciones...* 1801, Título VII, constitución I.

⁶⁵ DOS GUIMARÃES SA, I. (2013). “Habitar: del espacio a los objetos”. En Máximo García Fernández (dir.). *Cultura material y vida cotidiana moderna: escenarios*. Madrid: Sílex, p. 118.

⁶⁶ *Constituciones...* 1801, Título VII, constitución III.

⁶⁷ *Constituciones...* 1801, Título VII, constituciones IV-VII.

vicio ay negligencia; y si el médico las visita a horas convenientes y si las sangrías se hazen a tiempo, para que si hubiere falta se remedie”. También se preocuparán del resto de los aspectos de su hospitalización, en especial de las comidas: “examinarán si las enfermas están bien asistidas, si se les da de comer y cenar lo que piden y deben tomar (según sus accidentes), si los guisos están bien sazonados, y si los abastos son los mejores, como que se trata con inapetentes, y que el objeto de los fundadores siempre aspiraría a lo mexor, para que se logre la más perfecta curación de las pobres que se acojen al hospital buscando consuelo y alivio”. Otros dos hermanos, también por turnos semanales, se encargaban de pedir limosna por las calles y casas de Granada, para contribuir a sufragar los gastos del hospital, aunque éste se mantenía sobre todo con los abundantes bienes y rentas procedentes de donaciones, acumulados a lo largo de su vida: tierras, censos, obras pías y patronatos de legos sobre todo⁶⁸.

Las constituciones hacen hincapié en que el hospital no debe ser turbado en su sosiego y tranquilidad por personas ajenas a la propia institución, especialmente en horario nocturno. Las reglas impresas en 1716 prohíben de forma expresa que “ninguna persona (fuera de los dichos rector, y ministros y enfermas) puedan habitar ni dormir noche ninguna en el dicho hospital”⁶⁹. Esta prohibición supuso el cambio de ubicación del colegio de doncellas huérfanas que había compartido casa con el hospital, pues tenía arrendados unos locales en sus casas, lo que suponía unas rentas adicionales al mismo.

4. La asistencia sanitaria a finales del setecientos

Para conocer la realidad del Hospital de la Caridad y Refugio de Granada, más allá del análisis de sus constituciones, hemos procedido a la explotación y estudio de algunas de sus ricas fuentes primarias, en concre-

⁶⁸ El Catastro de Ensenada le regula 27.790 reales de ingresos anuales (LÓPEZ MUÑOZ, M. L. (1991). “Las cofradías y hermandades de la ciudad de Granada en el Catastro de Ensenada”. *Revista del Centro de Estudios Históricos de Granada y su Reino*, 2.º Época, 5, p. 234).

⁶⁹ *Constituciones... 1716*, Título IV, constitución XVI.

to los datos correspondientes a ingresos y fallecimientos de enfermas en el hospital entre 1746 y 1804, lo que nos ha permitido reconstruir las series completas para todo el periodo, excepto el año 1759, en que no hemos podido calcular la cifra de hospitalizaciones. Además hemos procedido a la explotación exhaustiva de una muestra de dos años completos, 1787 y 1804⁷⁰. Los resultados obtenidos en ambos muestran una gran coherencia.

Entre 1746 y 1804 –58 años, descontado 1759– fueron asistidas en el hospital granadino un total de 35.665 enfermas pobres, una cifra muy importante, que arroja una media de 743 mujeres hospitalizadas cada año. De esta alta cifra de ingresadas, solo fallecieron en el hospital 2.908 enfermas, lo que supone un porcentaje bastante bajo, inferior al 10 por ciento de los ingresos, concretamente del 8,15 por ciento del total, lo que parece desmentir el lugar común que suele repetirse de que en el Antiguo Régimen se iba a los hospitales a morir⁷¹. Al menos en el Hospital de la Caridad y Refugio de Granada la mayoría de las mujeres que pasaron por él salieron curadas y restablecidas. Podemos considerar, por tanto, que la asistencia sanitaria en esta institución fue más que aceptable y, a juzgar por los resultados, puede calificarse de buena o muy buena incluso.

Esta buena asistencia hospitalaria se basaba en primer lugar en la posibilidad de que las enfermas pasaran en cama el tiempo necesario para el restablecimiento. La estancia media de las enfermas en el hospital, los dos años de la muestra, alcanza una cifra parecida, algo más alta en 1787, en que las enfermas estuvieron algo más de 12 días ingresadas, mientras que en 1804, en que se produjo un número mayor de ingresos, la estancia no llega a los 11 días. A estas estancias, habría que sumar los periodos de convalecencia, que no hemos podido determinar por falta de documentación sobre éstas, y que supondrían como mínimo ocho días. De modo que la estancia media de las enfermas en el hospital de la Caridad

⁷⁰ *Libro donde se asientan las enfermas... 1781...; Libro donde se apuntan las enfermas que entran a su curación en este Hospital de la Caridad y Refugio de esta ciudad de Granada para el año 1799...; Libro donde se sientan las hermanas enfermas que mueren en el Hospital de la Caridad y Refugio de esta ciudad de Granada, que da principio en enero del año de 1787...* (Archivo del Hospital de la Caridad y Refugio de Granada).

⁷¹ SANZ SAMPELAYO, J. F. (1980), p. 192.

y Refugio de Granada podría rondar los 20 días, una estancia importante para el siglo XVIII, que explica los buenos resultados sanitarios de la institución. De todos modos, la casuística podía ser muy variada. Respecto a la hospitalización, sin contar la convalecencia, hallamos algunas mujeres que permanecen más de 60 días en el hospital, mientras que otras fallecen a las pocas horas de su ingreso.

Ingresos y defunciones del Hospital del Refugio de Granada (1740-1804).

Años	Ingresos	Defunciones	%
1746-1750	2.728	314	11.51
1751-1755	2.950	291	9.86
1756-1760*	2.471	200	8.09
1761-1765	3.453	229	6.63
1766-1770	3.030	159	5.25
1771-1775	2.801	177	6.32
1776-1780	2.767	188	6.79
1781-1785	3.397	260	7.65
1786-1790	3.053	285	9.34
1791-1795	3.023	258	8.53
1796-1800	3.245	280	8.63
1780-1804**	2.747	267	9.72
TOTALES	35.665	2.908	

*Solo 4 años, sin datos de 1759; ** Solo 4 años

Examinadas las cifras de hospitalizaciones y muertes de este periodo distribuidas por quinquenios, se observa que sólo en el periodo entre 1746-1750 las muertes superaron el diez por ciento de los ingresos. El más bajo porcentaje de defunciones se produjo en las décadas de los 60 y 70, donde los fallecimientos estuvieron por debajo del 7 por ciento del total de hospitalizaciones. De todos modos, las diferencias no son muy grandes.

Los ingresos de enfermas se distribuían de manera bastante uniforme a lo largo de los meses en los dos años que hemos estudiado, lo que impide hablar de estacionalidad en los ingresos en el hospital. La posibilidad de acceder al mismo estaba siempre condicionada por la disponibilidad de camas vacantes; aunque en las enfermedades más comunes hubiera una cierta estacionalidad, esta no se refleja apenas en el ritmo de acceso al hospital. Si se observa una mayor estacionalidad en la distribución de las muertes a lo largo del año, en ambos años puede detectarse una mayor mortalidad en los meses de invierno, como suele ser habitual. En 1804 se detecta así mismo un número de defunciones relativamente alto a partir de los meses de verano, y con especial significación en el otoño. Eran los primeros estragos de la epidemia de fiebre amarilla que asoló Andalucía en este año y el siguiente.

Los registros de hospitalización de las enfermas, así como los de fallecimiento, proporcionan bastante información sobre las mismas. Las constituciones de 1801 prescriben la obligación de que ambos asientos se hagan “cuidando nunca falte en estas partidas la expresión del estado, naturaleza, vecindad y demás artículos de filiación”⁷², pero en realidad estos datos se venían recogiendo ya desde mediados del siglo XVIII. De su explotación podemos extraer abundante información que ayuda a ajustar el perfil de las mujeres que acudían al hospital de la Caridad y Refugio.

La distribución es bastante homogénea entre casadas, solteras y viudas. En los dos años estudiados hay un ligero predominio de las solteras sobre el resto (superan el 35 %). En cualquier caso, las mujeres que acudían a curarse o a morir al hospital eran sobre todo mujeres solas –sol-

⁷² *Constituciones... 1801*, Título II, constitución VI.

teras o viudas—, más de las dos terceras partes; la presencia de las casadas es mucho menor.

En ambos años predominan también las mujeres que no tienen hijos: mujeres solteras y casadas y viudas sin hijos van al hospital en mayor medida que las casadas o viudas con hijos. Parece que las mujeres con hijos acudían menos al hospital y en mayor medida pasaban las enfermedades en su casa, atendidas por su familia.

También proporcionan los registros de entrada información sobre el número de hijos que tenían las mujeres que eran madres, ya fueran casadas o viudas —al menos en los años de muestra no hemos hallado hospitalizada ninguna mujer soltera con hijos—. También en este caso hay una gran coincidencia en los datos de los dos años estudiados. La mayoría de las mujeres tienen un solo hijo. Las madres de un hijo único superan el treinta por ciento de las mujeres con hijos hospitalizadas —el 34,59 en 1787 el 30,03 en 1804—. Algo más bajo es el porcentaje de las que tienen dos hijos —el 27,07 y el 27,72 respectivamente—. Desciende algo más aún el número de mujeres que son madres de tres hijos: el 17,29 y el 19,47 respectivamente. Las que tienen cuatro hijos apenas superan el diez por ciento en ambos años y las que tienen más de cuatro hijos presentan valores mucho menores. Unos datos bastante en consonancia con los valores demográficos generales de las sociedad granadina en aquel momento, donde el número de hijos vivos por familia no era muy alto.

En cuanto a la edad de las enfermas, es una información que también se suele consignar en los registros, aunque no siempre. En las hospitalizaciones de los primeros meses de 1787 falta este dato en muchos casos, lo que supone la ausencia en casi el 10 por ciento de los registros de este año. En 1804 la falta de este dato es mucho menos significativa. Apenas fueron hospitalizadas niñas menores de diez años —son casi inexistentes en 1787, y en 1804 suponen algo más del 3 % del total—. En el resto de los grupos de edad, las hospitalizaciones son bastante homogéneas, descendiendo significativamente entre las mayores de 60 años, debido a que pocas mujeres alcanzaban estas edades, muy elevadas para una época en que la esperanza de vida era bastante baja.

En los registros se consigna la parroquia de la que eran feligresas las enfermas, lo que nos permite conocer su lugar de residencia. El hospi-

tal de la Caridad y Refugio acogió sobre todo mujeres residentes en Granada, en los dos años estudiados éstas superan el 85 por ciento del total. El factor de proximidad contó de forma determinante en las hospitalizaciones. Las que no vivían en la capital, lo hacían en pueblos cercanos: Santa Fe, Churriana, Atarfe, Belicena, Peligros, Maracena, Armilla, Alfacar, etc. En los dos años Santa Fe destaca sobre todos los demás en el número de enfermas ingresadas.

En cuanto a la parroquia de residencia, de las que vivían en Granada capital, en los dos años estudiados la parroquia de San Ildefonso fue la que más enfermas envió al hospital (22 % en 1787 y casi el 10 % en 1804). No es extraño que en esta parroquia, extramuros de la ciudad, se reclutaran muchas de las hospitalizadas, durante el siglo XVIII era de las más populosas de Granada y su población, de clases trabajadoras y con abundantes inmigrantes procedentes del campo, experimentó una notable expansión en esta centuria. Le seguían, en orden de importancia, parroquias como las Angustias (ubicada en otra de las zonas de expansión de la ciudad), o de áreas cercanas al hospital: El Sagrario, San Andrés, etc.

También recogen los libros de enfermas el lugar de bautismo de éstas, lo que nos sirve para conocer dónde habían nacido. Algo más de la mitad eran naturales de Granada (52% en 1787 y 54,7% en 1804). El resto procedían en su mayoría del Reino de Granada, e incluso del obispado de Granada. Las demás eran andaluzas en su mayoría, y de las provincias castellanas más cercanas. La presencia de nacidas en la Corona de Aragón e incluso de alguna nacida en el extranjero es testimonial. Datos que corroboran la escasa movilidad de la población en el Antiguo Régimen.

En los registros de ingreso y en los de fallecimiento del año 1804 se consignan también, en un número importante de casos, otros datos que, aunque no se exigían en las constituciones, son de un gran interés: la profesión del marido y la enfermedad causa del ingreso. El primer dato nos permite conocer la procedencia socioprofesional de al menos 423 enfermas, algo más del 60 por ciento del total de las ingresadas ese año.

La mayoría de los maridos de las enfermas del Hospital de la Caridad tenían profesiones que se pueden ubicar en el sector primario (42 %), dedicadas a las actividades de la agricultura y la ganadería, lo que demuestra algo que es bien sabido, cómo incluso en un importante núcleo

urbano, como era la Granada de entonces, el campo tenía mucho peso en sus actividades económicas. Dentro de este sector primario, la agricultura tenía un mayor peso que la ganadería, en más del 90 % de estos casos la profesión que se registra es sobre todo “del campo”, o con cierta frecuencia “jornalero” y en mucha menor medida “hortelano” y “labrador”. Menor significación tenía la ganadería, que aparece con expresiones como “pastor”, “ganadero”, “mayoral de cabaña”, “esquilador”. El sector secundario supone algo más del 34 %. La actividad industrial representa más de la tercera parte de las profesiones conocidas, como corresponde a una ciudad con importante significación en este campo. Al lado de profesiones de la industria textil sedera —que aparece con expresiones como “de la seda”, “torcedor de seda”— aparecen otras propias de la industria textil, de paños y lienzos —“tejedor de paños”, “tejedor de lienzos” “tejedor” sin más, “tundidor”, “lencero”, “tintorero”, “linero”—, o de la importante industria del cuero: “curtidor”, “corambrero”, “talabartero”. También está presente el abigarrado y multicolor mundo de los gremios, en muy variadas actividades: “mediero”, “sastre”, “cordonero”, “monterero”, “zapatero”, “alpargatero”, “calderero”, “almirecero”, “cerrajero”, “alfarero”, “tornero”, “herrero”, “sillero”... No faltan tampoco los relacionados con el mundo de la construcción, que junto con el textil era el más importante en el Antiguo Régimen, con profesiones como: “albañil”, “carpintero”, “pintor”, “fontanero”, “cantero”, etc. En cuanto al sector terciario, tiene un porcentaje más bajo, aunque relativamente importante, se acerca al 20 por ciento del total. Apenas aparece el mundo del comercio, al menos como actividad especializada. Solo aparecen ingresadas las viudas de un mercader y de un corredor. Es lógico, pues esta actividad por lo general alcanzaba un nivel económico que no necesitaba acogerse en un hospital de pobres como éste. El resto se corresponden con una ciudad que era un importante núcleo administrativo, con un elenco de instituciones muy importantes tanto del Estado como de la Iglesia. De todos modos, las mujeres procedentes de este sector lo eran del mundo de los dependientes y subalternos de estas instituciones, no de los funcionarios de las mismas. Al lado de un número importante de esposas o viudas de sirvientes, las encontramos de cocheros, barberos, peluqueros, militares, junto a alguna con marido dependiente de rentas, escribano, receptor, procurador, factor

del voto, maestro de escuela, etc. La posibilidad de caer en la pobreza para los que ejercían estos oficios subalternos era algo real en el Antiguo Régimen. Hay que señalar también la sola presencia de la esposa de un mendigo, lo que parece indicar que el mundo de la marginalidad absoluta no tuvo mucha cabida en el hospital que, a nuestro juicio, se destinó más a una pobreza digna y en cierto modo honorable, más acorde con la significación social de sus patronos.

Por último, en 68 de las ingresadas en el hospital en 1804 se anota la afección que les aqueja. Es un importante dato que nos permite acercarnos, aunque sea con una pequeña muestra, al mundo de la enfermedad y a cómo se denominaba esta. En 25 casos, más de una tercera parte, el mal que se anota es el “tabardillo”, nombre con el que se solía denominar al tifus, enfermedad que hizo estragos en el verano de este año. Le seguían en importancia (nueve casos) las “calenturas”, afecciones febriles que aparecen matizadas con variados adjetivos: “calentura maligna”, “recesiva”, “inflamatoria” o “mesentérica”... También se recogen otras enfermedades asociadas a la fiebre: “tercianas”, “cuartanas”... En seis casos la enferma estaba aquejada de “hidropesía”, que parece corresponderse con algún tipo de infección. En otros casos se habla simplemente de un dolor indeterminado, o de debilidad, a veces se habla de “debilidad esencial” y tiene como resultado la muerte de la enferma. Quizá se trate de casos de anemia, que tengan que ver con la desnutrición. Otras enfermas estaban afectadas del estómago, indigestión, o una niña de cuatro años que estaba aquejada de “alferecía”, nombre con el que se denominaba entonces a las convulsiones y a la epilepsia.

Como se puede observar por la muestra estudiada, el Hospital de la Caridad y Refugio era una de las instituciones sanitarias más importantes de la Granada del Antiguo Régimen, que desplegó una importante actividad durante la segunda mitad del siglo XVIII y que contribuía a paliar el dolor y la enfermedad en un colectivo femenino aquejado por la pobreza. Pero no por una pobreza marginal propia del mundo de la exclusión social, sino por la pobreza estructural que afectaba a amplios colectivos, propia de una sociedad profundamente desigual como era la española en el Antiguo Régimen.