

ECONOMIA MORAL DE LA ASISTENCIA MÉDICA. LA REDUCCIÓN HOSPITALARIA EN LA GRANADA DEL SIGLO XVI

Moral Economy of Healthcare. Hospital Consolidation in 16th Century Granada

JOSÉ VALENZUELA CANDELARIO*

RESUMEN

La Corona hispana promovió durante el último tercio del siglo XVI distintas iniciativas de reducción y centralización hospitalaria en el territorio de Castilla. Se ha pretendido caracterizar la significación y el alcance contemporáneos de dicha clase de reformas. Una de ellas, planteada de forma reiterada y saldada finalmente en fracaso, tuvo por marco la ciudad y el arzobispado de Granada. Su estudio constituye el objetivo principal de este trabajo. Frente a las innovaciones proyectadas en Granada por los agentes de la Corona operaron de manera decisiva los prelados Juan Méndez de Salvatierra y Pedro de Castro. Este último bloqueó las realizadas de manera independiente por Joan Alonso de Moscoso y Fernando Niño de Guevara, obispo de Guadix y presidente de la Chancillería, respectivamente. La impregnación clientelar de la asistencia curativa hospitalaria y la salvaguarda del pluralismo institucional de ascendiente eclesiástico por parte del arzobispado hicieron inviable la reforma reductora. Los hospitales de Juan de Dios y de Santa Ana, referentes respectivos de la caridad mendicante y de la piedad contrarreformista, constituyeron los pilares maestros de ese dispositivo y los puntales frente a la centralización.

Palabras Clave: Hospitales, Caridad, Asistencia, Siglo XVI, Iglesia de Granada.

ABSTRACT

During the last third of the 16th century, the Spanish Crown promoted different initiatives to rationalise and centralise hospital services in Castile. Our aim was to characterise the contemporary significance and extent of this type of reform. One reform that was repeatedly proposed and eventually ended in failure was attempted in the city and archbishopric of Granada; its investigation constitutes the specific objective of this study. Prelates Juan Méndez de Salvatierra and Pedro de Castro acted decisively against the innovations planned by agents of the Crown. Pedro de Castro blocked reforms independently proposed by Joan Alonso de Moscoso and Fernando Niño de Guevara, Bishop of Guadix and President of the Chancellery, respectively. The client-centred approach of hospital healthcare alongside the defence of ecclesiastical hospital institutions by the archbishopric, made hospital consolidation unfeasible. The Hospitals of *Juan de Dios* and *Santa Ana*, which represented mendicant charity and counter-reform piety, respectively, were key pillars of this resistance against centralization.

Key words: Hospitals, Charity, Healthcare, Sixteenth Century, Church, Granada.

* Universidad de Granada. Trabajo realizado en el marco del proyecto HUM2005-05233, financiado por la Dirección General de Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda el estudio de las tentativas de reducción hospitalaria realizadas en la ciudad de Granada durante el último tercio del siglo XVI. Como es sabido, esa clase de iniciativas fueron apadrinadas por la Corona hispana con un alcance geográfico general y, aun cuando pudieron considerarse inexcusables e inminentes, fueron largamente aplazadas en la mayoría de las ciudades y los obispados que las acometieron¹. Me propongo, pues, analizar las razones del fracaso cosechado en Granada, y, asimismo, exponer una propuesta explicativa e integradora de la variada casuística que ofrece la historiografía modernista hospitalaria.

En general, los procesos culminados de centralización de hospitales han sido interpretados alegando los anhelos contemporáneos de *optimización* de recursos y de racionalización administrativa y asistencial del dispositivo de caridad y, correlativamente, el abandono de esas reformas se ha atribuido a la firme expresión del dominio de la razón jurídica (oposición de los patronos de las fundaciones implicadas y conflictos de jurisdicción sobrevenidos) y la tradición cultural (vigencia de una caridad y una religiosidad medievalizantes), conservadoras del orden social². Sin embargo, la enorme contingencia asociada a los intentos de reforma de la institución hospitalaria realizados en las ciudades castellanas a lo largo de ese siglo (los casos muy diferentes de Toledo, Santiago, Zamora o Granada, donde no hubo reducciones³, y los de Sevilla, Madrid, Valladolid, Salamanca o Medina del Campo, donde sí se produjeron⁴) debería por sí sola hacernos desconfiar de

1. MARTZ, L., *Poverty and Welfare in Habsburg Spain. The Example of Toledo*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983, que también ofrece algunas informaciones acerca del proceso emprendido en Granada, *pássim*.

2. Véanse ARRIZABALAGA, J., "Poor relief in Counter-Reformation Castile: An overview", en GRELL, O.P., CUNNINGHAM, A. y ARRIZABALAGA, J. (eds.), *Health care and poor relief in Counter-Reformation Europe*, London, Routledge, 1999, pp. 151-176, pp. 164-169; MARCOS MARTÍN, A., "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 (Sécls. XVI-XVIII)*, Lisboa, Edições Colibri, 2004, pp. 97-131, p. 124. Asimismo, BARREIRO MALLÓN, B. y REY CASTELAO, O., *Pobres, Peregrinos y Enfermos. La red asistencial gallega en el Antiguo Régimen*, Santiago de Compostela, Consorcio de Santiago, 1998, p. 194; LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M. L., "Hospitales en las iglesias de patronato regio en la edad moderna: la diócesis de Granada", en ABREU, *Igreja, Caridade...*, pp. 67-96, p. 71.

3. Acerca de dichas iniciativas, véanse MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 147 y 160-163; BARREIRO MALLÓN y REY CASTELAO, *Pobres, Peregrinos y Enfermos...*; FLYNN, M., *Sacred Charity. Confraternities and Social Welfare in Spain, 1400-1700*, London, Macmillan, 1989, pp. 103-104.

4. GARCÍA ORO, J. y PORTELA SILVA, M^a J., "Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato", *Cuadernos de Historia Moderna*, 25, 2000, pp. 87-124, pp. 102-109 y 117-119; MARCOS MARTÍN, A., "El sistema hospitalario de Medina del campo en el siglo XVI", *Cuadernos de*

las tesis que imputan ese tipo de cambios a una especie de designio genérico, atribuido a alguna clase de agencia central (a la Iglesia o a la Corona, o a ambas instancias de consuno) o grupo social concreto, según los casos, generador de resultados homogéneos y homologables⁵. La cautela debe extremarse por cuanto con dicha clase de explicaciones parece aludirse a la existencia transhistórica de una suerte de racionalidad administrativa o burocracia de tipo *weberiano* que hubiera podido dictar resoluciones de obligado cumplimiento en este campo, algo inimaginable en esas fechas⁶. Por similares motivos, también habríamos de cuestionar las, en general, poco consistentes hipótesis explicativas de signo *funcionalista*, aquellas que prejuzgan la existencia de una clase de procesos de ajuste automático y determinista entre las nuevas realidades y necesidades sociales y las acciones políticas concomitantes⁷. En la Monarquía Hispánica la teoría y la práctica administrativas operaron, más bien, bajo las coordenadas de las actuaciones de justicia —y el ejercicio de la jurisprudencia, por tanto—, y mostraron una tendencia preservadora de la organización social⁸.

Llegados a este punto, conviene delimitar la significación y el alcance contemporáneos de las medidas de centralización hospitalaria acometidas en Castilla, que bien podrían haber sido sobredimensionados por la historiografía.

Investigación Histórica, 2, 1978, pp. 341-362; CARMONA GARCÍA, J. I., *El sistema de hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*, Sevilla, Diputación Provincial, 1979 y MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 79-80 y 81-85.

5. Por ejemplo, la apelación a la llamada *revolución asistencial* europea de los años 1520, inspirada, según se dice, por las elites ciudadanas y humanistas cristianas y acontecida tanto en los países católicos como en los reformados. Sobre el rico debate historiográfico de alcance europeo relativo a estas cuestiones, véase la valiosa revisión realizada por BOLUFER PERUGA, M., “Entre Historia Social e Historia Cultura: la Historiografía sobre pobreza y caridad en la Época Moderna”, *Historia Social*, 43, 2002, pp. 105-127.

6. Mucho más que en las colecciones de ordenanzas reales, las instituciones encuentran su definición y modo de ser y de proceder en los compendios doctrinales y de jurisprudencia del derecho común, DESCIMON, R., SCHAUB, J.F. y VINCENT, B., “Avant-propos”, en *Les figures de l'administrateur. Institutions, réseaux, pouvoirs en Espagne, en France et au Portugal, 16^e-19^e siècle*. Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1997, pp. 8-16.

7. Acerca de estas cuestiones, véase RUBIN, M., “Imagining Medieval Hospitals: Considerations on the cultural meaning of institutional change”, en BARRY, J. y JONES, C. (eds.), *Medicine and Charity before the Welfare State*. London, Routledge, 1991, pp. 14-25. No debe postularse la existencia de un sistema o red de medicina benéfica institucional en la Edad Moderna que pueda sobrepasar en sus operaciones los límites que establecen la selección y la admisión de enfermos: distintas clases de enfermos y necesitados dependen de distintas clases de hospitales, incluso padeciendo las mismas enfermedades, SIENA, K. P., *Venereal Disease, Hospitals and the Urban Poor. London's "Foul Wards", 1600-1800*, Rochester, 2004, University of Rochester Press, p. 5.

8. Con sus métodos y tiempos propios, ajenos al arbitrio de la oportunidad y la ocasión, véase HESPANHA, A.M., “Paradigmes de légitimation, aires de gouvernement, traitement administratif et agents de l'administration”, en DESCIMON, SCHAUB y VINCENT, *Les figures de l'administrateur...*, pp. 19-28, pp. 20-21.

Vayamos a ello. A mi juicio, un planteamiento adecuado de la investigación en este campo debería poner a prueba la fiabilidad de la siguiente cadena de argumentos. 1º. El estímulo de las reformas hospitalarias estuvo inscrito en el cuadro general de los cambios culturales que con ritmos y acentos muy diversos estuvo promoviendo el lento decurso de la Reforma Católica desde sus inicios tardomedievales y en su ulterior configuración como proceso de confesionalización⁹. De esta guisa, cualquier posible reforma habría debido contar con el patrocinio eclesiástico y asentarse en la exaltación de las *buenas obras* de misericordia¹⁰. Dicho de otro modo, el proyecto confesional de centralización hospitalaria habría contenido en su mismo diseño el germen de su fracaso; esa clase de influjos culturales habrían hecho predominar hasta fechas muy tardías las formas asistenciales de ascendiente medieval, regidas por patronatos particulares y eclesiásticos, que habrían admitido ocasionalmente algún tipo de reducción, siempre idiosincrásica y de alcance muy limitado, y por completo dependiente de los equilibrios sociales existentes y de las disposiciones e intereses de los prelados involucrados¹¹. 2º. En este campo de estudio no cabe menoscabar el protagonismo social y cultural de las elites y los patriciados locales, los poderes sociales que ejercen la jurisdicción —eclesiástica o temporal— a que se hallan sometidas las instituciones asistenciales en la sociedad corporativa. Por tanto, con una relativa independencia de los cambiantes patrocinios centrales —Corona y Papado—, las iniciativas de reducción hospitalaria debieron sobrepasar los

9. Confesionalización como “esfuerzo de consolidación doctrinal, institucional y disciplinar” de la confesión católica promovido por los poderes eclesiástico y temporal, según BORROMEO, A., “Felipe II y la tradición regalista de la Corona española”, en MARTÍNEZ MILLÁN, J. (dir.), *Felipe II (1527-1598). Europa y la Monarquía Católica. Tomo III. Inquisición, religión y confesionalismo*, Madrid, Editorial Parteluz, 1998, pp. 111-137, p. 117. Acerca de la Reforma Católica y la beneficencia, véase PULLAN, B., “The Counter-Reformation, medical care and poor relief”, en GRELL, CUNNINGHAM, ARRIZABALAGA, *Health care and poor...*, pp. 18-39, que incluye las consolidaciones de los años 1580 en ese proceso de largo aliento, pp. 18-20. GARCÍA ORO y PORTELA SILVA, “Felipe II y el problema hospitalario...”, caracterizan los procesos de reducción hospitalaria como un capítulo de la reforma religiosa.

10. FLYNN, *Sacred Charity...*, pp. 109-114. La consideración de la caridad como una virtud teologal, como la más sublime expresión de la doctrina evangélica de las buenas obras, naturalmente compatible con alguna clase de discreción en su práctica, siempre fue un preclaro signo de identidad del catolicismo tridentino, véase MARCOS MARTÍN, “La Iglesia y la beneficencia...”, p. 119, y, asimismo, PULLAN, *The Counter-Reformation...*, pp. 18-39.

11. Véase FLYNN, *Sacred Charity...*, pp. 109-114, que subraya la peculiaridad hispana en el escenario europeo, esto es, la pervivencia de una tradición autóctona medievalizante y descentralizadora en materia de misericordia y justicia social, a la que no habría sido ajena el escaso desarrollo capitalista. Más recientemente, GRELL, O. P., “The Protestant imperative of Christian care and neighbourly love”, en GRELL, O.P. y CUNNINGHAM, A., (eds.), *Health Care and Poor Relief in Protestant Europe 1500-1700*, London, Routledge, 1997, pp. 43-65, destaca el protagonismo de la religión como estímulo de la reforma.

filtros interpuestos por los mencionados patriciados, que les imprimieron el sello propio de las dinámicas autóctonas de patronazgo y clientelismo, de estructura descentralizada durante el siglo XVI¹², y operativas en términos materiales y clasistas¹³, y también simbólicos y culturales. Al fin y al cabo, las obras de caridad acarrearán una clase de intercambios, eventualmente variables (donaciones condicionadas a la honra y a la respetabilidad de los beneficiados más que a sus propias necesidades materiales, por ejemplo), que no descuidan en modo alguno los vínculos clientelares (donaciones que acrecientan el prestigio y el honor de los benefactores y estimulan la creación de clientelas)¹⁴. 3º. El reconocimiento de las pugnas y los conflictos entablados entre las elites locales, seculares y eclesiásticas, por hacerse con el control de las principales instituciones asistenciales constituye un elemento crucial para explicar los cambios acontecidos o los bloqueos de eventuales mudanzas en las prácticas filantrópicas, tanto en la dotación institucional como en la propia composición social de los beneficiarios de la asistencia¹⁵. Dicha investigación resulta, pues, obligada, máxime, tratándose, como es el caso, de unas elites acomodadas en los patronatos de unas fundaciones poseedoras de unos bienes y unos servicios muy preciados aunque escasamente extendidos en la población. Así las cosas, los aspectos curativo-asistenciales habrían cobrado un inesperado protagonismo en el diseño y planteamiento de las reformas hospitalarias, probablemente uno de un mayor calado que el que podrían haber tenido las políticas generales de pobres —la ordenación de la limosna y la mendicidad—, a las que con frecuencia ha apelado la historiografía como principales estímulos de esa clase de reformas¹⁶.

12. MARTÍNEZ MILLÁN, J., “Introducción: la investigación sobre las élites de poder”, en *Instituciones y Elites de Poder en la Monarquía Hispana durante el siglo XVI*, Madrid, Ediciones de la Universidad Autónoma, 1992, pp. 11-24.

13. THOMPSON, I.A.A., “Cortes y ciudades: tipología de los Procuradores (extracción social, representatividad)”, en *Las Cortes de Castilla y León en la Edad Moderna. Actas de la Segunda Etapa del Congreso Científico sobre la Historia de las Cortes de Castilla y León*, Valladolid, Cortes de Castilla y León, 1989, pp. 191-248.

14. Véase KIDD, A. J., “Philantropy and the ‘social history paradigm’”, *Social History*, 21, 1996, pp. 180-192, que recapitula la teoría antropológica. Asimismo, VINCENT, B., “Pauvreté, marginalité et dépendance dans le Royaume de Grenade (XVI^e-XVIII^e siècles)”, en BARRIOS AGUILERA, M. y GALÁN SÁNCHEZ, Á. (eds.), *La Historia del Reino de Granada a debate. Viejos y nuevos temas. Perspectivas de estudio*, Málaga, Centro de Ediciones de la Diputación Provincial de Málaga, 2004, pp. 473-484.

15. CAVALLO, S., *Charity and power in early modern Italy. Benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995.

16. Consúltese a este respecto la revisión anteriormente citada de Mónica Bolufer Peruga, pp. 111-114.

2. *LOS ANTECEDENTES. LA REDUCCIÓN DE LA HOSPITALIDAD DE PATRONATO REAL. LA IMAGEN DEL HOSPITAL GENERAL*

La ciudad de Granada acogió desde finales de la segunda década del siglo XVI un proceso de centralización hospitalaria promovido por la Corona hispana¹⁷. Dicho proceso se realizó en dos tiempos. En 1526, sin concitar ninguna oposición, se consumó la de los dos hospitales fundados por los Reyes Católicos —de la Alhambra (1501) y de los Reyes (1504)—; pasados nueve años, y habiéndose forzado por parte de las principales autoridades del Reino granadino la opinión contraria del concejo, se produjo la anexión de la casa de los inocentes, una institución de origen nazarí y contemporánea tutela municipal (aunque de patronazgo igualmente regio). Como justificación de la reforma, se había alegado en ambos casos una motivación de índole económica y asistencial: de la reunión surgiría un hospital más suntuoso y mejor dotado, que acrecentaría su cobertura y prestaría una mejor asistencia material a los pobres y a un menor coste; la nueva institución se proyectaba entonces como un hospital general, que ofrecería socorro y curaciones a toda clase de pobres y diversificaría sus cometidos fundacionales (limitados a la asistencia de enfermos de bubas, la dispensa de limosnas de pan y, tras la última refundación, al albergue y custodia de pobres inocentes y locos).

La anterior inspiración había latido igualmente en las peticiones de reasignación al hospital Real de la fracción de los diezmos eclesiásticos, realizadas por los agentes de la Corona al tiempo que preparaban la centralización de las fundaciones de patronato real¹⁸. La referida aportación decimal venía siendo acaparada por el hospital de Santa Ana, la institución establecida por el instrumento de fundación de la catedral granadina de 21 de mayo de 1492, que a la sazón había dispuesto la elección de un administrador de la fábrica de la Iglesia y el hospital, e instituido su financiación a partir de dicha renta eclesiástica¹⁹.

Desde luego, los tiempos en Castilla parecían proclives a las reformas que abocaran a la creación de hospitales generales. Tanto las Cortes de Toledo

17. Para conocer los detalles, véanse mis dos trabajos, VALENZUELA CANDELARIO, J., “El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (I). Las fundaciones reales y la reunión hospitalaria (1501-1526)”, *Dynamis*, 23, 2003, pp. 193-219; y “El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (II). Oficiales y sirvientes en un hospital general (1526-1535)”, *Dynamis*, 24, 2004, pp. 213-241.

18. VALENZUELA CANDELARIO, “El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (I). Las fundaciones reales...”, pp. 207-209.

19. En concreto, la cantidad equivalente a la suma de la undécima parte de los diezmos de la ciudad y su distrito y la décima parte de la fracción correspondiente a hospitales de los diezmos de las otras poblaciones del arzobispado, el llamado rediezmo, SUBERBIOLA MARTÍNEZ, J., *Real Patronato de Granada. El arzobispo Talavera, la Iglesia y el Estado Moderno (1486-1516)*. *Estudios y documentos*, Granada, Caja General de Ahorros y Monte de Piedad, 1985. Véase, asimismo, LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, “Hospitales en las iglesias...”, pp. 67-68.

de 1525 como las de Segovia de 1531 las promovieron²⁰, concibiéndolas en el marco general de las políticas de regulación de la limosna y la asistencia, y de represión de la vagancia, la mendicidad y el vagabundeo²¹. Los propios procuradores granadinos (posiblemente los de las Cortes de Madrid de 1534) quisieron proseguir esa senda y ampliar el alcance de la reforma centralizadora en su ciudad²². He aquí los términos y el contenido de su propuesta: el hospital Real habría de ser la institución beneficiaria de la reforma; “çiertos ospitales de cofradías e personas particulares” que cada día “se acreçientan en rentas e limosnas”, los establecimientos que deberían ser reducidos; y en cuanto a las alegaciones realizadas para justificar los cambios, nuevamente los motivos utilitarios de orden económico y asistencial: el déficit de “propios e rentas” que soportaba el hospital Real, su conocida aportación al “bien público” y el mejor empleo de los bienes asistenciales. Aun sin haber sido nombrados, esos “çiertos” hospitales no habrían podido ser otros que los del *Corpus Christi* y de la Caridad, regidos respectivamente por las hermandades de misericordia del mismo nombre, y el hospital de Peregrinos, de fundación particular, los únicos que reunían esas condiciones en esas fechas²³. El hospital del *Corpus Christi* había

20. La propuesta genérica defendía la coexistencia en cada población de un hospital general y de algún otro destinado a albergar personas enfermas de males contagiosos, véase GARCÍA ORO y PORTELA SILVA, “Felipe II y el problema hospitalario...”, pp. 89-90.

21. La propia *Instrucción de la orden que se a de tener en el cumplimiento y execución de las leyes que hablan sobre los pobres* de 24 de agosto de 1540 reguló la asistencia hospitalaria bajo consideraciones de esta índole: “(...) encargamos a los perlados y a sus prouisores y mandamos a las nuestras justicias, a cada uno en sus diócesis y jurisdicción, y a los administradores y patronos y otros qualesquier personas a cuyo cargo esté la administración de los dichos ospitales que hay en las dichas ciudades, villas y lugares destos nuestros reynos, se informen de la renta que tienen los dichos hospitales (...) y trabajen que estas se gasten en curar y alimentar los que fueren pobres”, Archivo Municipal de Almería, *Sobre Carta de su Magestad a favor de los pobres con la ynstrucción sobre los baga mundos y otras cosas. Año de 1540*, leg. 921, nº 40 (impresa).

22. Tal es el contenido de una petición realizada al emperador, según se expresa en una carta real fechada en 5 de enero de 1535. El emperador encargó la realización de la oportuna investigación, Archivo Municipal de Granada, *Carta real para que el corregidor de Granada remita información al consejo sobre la petición de la ciudad de que ciertos hospitales y cofradías que en ella hay se incorporen al Hospital Real*, leg. 175, pieza 4,

23. Son escasos los estudios existentes sobre los hospitales granadinos de la Edad Moderna (si exceptuamos la abundante bibliografía apologética dedicada al Hospital de San Juan de Dios). Existe un estudio monográfico sobre el hospital del Corpus Christi, MÁRTIR ALARIO, M^a.J., *Historia de la Cofradía y hospital del Corpus Christi de Misericordia y Animas Benditas del Purgatorio de la ciudad de Granada, durante el siglo XVI*, Granada, 1985 (memoria de licenciatura). Sobre el Hospital Real, el ya clásico, FÉLEZ LUBELZA, C., *El Hospital Real de Granada*, Granada, Universidad de Granada, 1979 y mis propios trabajos, los ya citados y “Cura de almas y caridad en el Hospital Real de Granada (1526-1580)”, *Chronica Nova*, 30, 2003-2004, pp. 595-626. Ofrecen informaciones puntuales sobre distintos hospitales: MARÍN LÓPEZ, R., “Notas sobre hospitales de la ciudad de Granada en la Edad Moderna: San Lázaro y Santa Ana”, en CORTÉS PEÑA, A.L., LÓPEZ-GUADA-

sido levantado en 1523, en la parroquia de San Gil, con la finalidad de ofrecer sustento y curación a todos los pobres enfermos —sin serlo de bubas, de lepra o incurables— que se pudiera; para sufragar dicha asistencia se contaba con las colectas y las contribuciones de los hermanos (hasta 1535 eran más de 100), y con las limosnas recibidas, sobre todo por la celebración de misas de ánimas y por la custodia de los entierros de ajusticiados²⁴. El hospital de la Caridad, fundado en 1513 y activo en la misma parroquia de San Gil desde 1532²⁵, estaba destinado a curar mujeres enfermas de calenturas; sus cofrades sufragaban parcialmente sus gastos²⁶. Por su parte, el pequeño hospital de Peregrinos, establecido en el año 1501 por Juan Muñoz con el nombre de “la Madre de Dios” y levantado en la calle Calderería, tenía como cometido singular la acogida de “peregrinos y viandantes” durante un breve espacio de tiempo²⁷. Ni el hospital de San Lázaro ni el de Santa Ana (también llamado Mayor y de la Encarnación), las otras dos fundaciones activas en la ciudad en esas fechas, habrían podido ser aludidos en la petición de los procuradores. El primero de ellos pertenecía al Patronato Real, asistía a pobres enfermos del mal así llamado y se financiaba mediante un juro situado en la renta de habices, asignado por la reina doña Juana por carta de provisión de 26 de mayo de 1511²⁸. Por su parte, el hospital de Santa Ana era de obediencia eclesiástica, como ya sabemos.

LUPE MUÑOZ, M.L. y LARA RAMOS, A. (eds), *Iglesia y Sociedad en el Reino de Granada (ss. XVI-XVIII)*, Granada, Universidad de Granada, 2003, pp. 249-263; LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M.L., *La labor benéfico-social de las cofradías en la Granada Moderna*, Granada, Universidad de Granada, 1994.

24. MÁRTIR ALARIO, *Historia de la Cofradía...* Según registró el arzobispo de Granada don Juan Méndez de Salvatierra a finales de 1586, el hospital había sido fundado por tres “hombres particulares” de la ciudad, que obtuvieron la oportuna bula del Papa en 1517, para erigirlo en la parroquia de San Gil, “con fin de criar allí niños espósitos”; al no poder realizar esta hospitalidad, debido a su alto coste, “començaron a curar heridos”, Archivo General de Simancas (AGS), PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39,

25. LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, *La labor benéfico-social...*, p. 83.

26. AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39.

27. *Ibid.*

28. Archivo de la Diputación Provincial de Granada (ADGr), *Carta y Provisión de la Reina doña Juana , dada en Sevilla de 26 de mayo de 1511* [según la copia realizada en Granada el 16 de noviembre de 1523], *Traslados del Real Privilegio de 1511, y sucesivas conformaciones reales, concediendo al hospital un juro de 26.740 maravedís anuales situados contra la renta de habices*, lib. 1846. El arzobispo Méndez de Salvatierra realizó a finales de 1586 una breve descripción del establecimiento: “Avía en tiempo de moros un hospital en la puerta de biua rrambla donde se curaban los enfermos de fuego de San Lázaro y luego que los rreyes católicos ganaron esta çiudad los pasaron a donde agora están fuera dela çiudad, que será poco más de un tiro de arcabus dela puerta delvira; y la católica rreina doña Juana le dexó veynte e seis mill maravedís, AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39. La referencia es incorrecta: el traslado a un emplazamiento extramuros de la ciudad se habría producido en torno a 1515, véanse GARCÍA PEDRAZA, *Actitudes ante la muerte...*, p. 845; VALENZUELA CANDELARIO, “*El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (II). Oficiales y sirvientes...*”, p. 222.

Sea como fuere, ni la propuesta de reasignación de los diezmos de hospitales del arzobispado ni la reforma auspiciada por los procuradores tuvieron un curso favorable en esas fechas. El arzobispado mantuvo el hospital de Santa Ana alejado de cualquier intromisión foránea, y lo propio hicieron los patronos y cofradías titulares del resto de instituciones, que probablemente debieron contar con la protección de esa misma instancia eclesiástica²⁹. Tampoco habría sido ajena al fracaso de esta última iniciativa la pujanza adquirida en la ciudad por las citadas cofradías. Como apunta Amalia García Pedraza, los aspectos rituales y de representación social asociados a sus actividades religiosas y espirituales —la participación en cortejos fúnebres y las celebraciones de misas a demanda en sus capillas— constituyeron el principal fundamento de las respectivas obras de caridad y la mejor garantía de su permanencia³⁰.

En efecto, la doctrina evangélica de las buenas obras y los simbolismos y representaciones asociados a ella venían cimentando las donaciones y legados testamentarios conducentes a la dotación de hospitales a lo largo y ancho de Castilla³¹. Fueron hechos distintivos de la época. Precisamente en Granada, en torno a 1537, fraguó la idea hospitalaria de Juan de Dios³², una idea muy enraizada, como es sabido, en el movimiento evangélico promovido por el maestro predicador Juan de Ávila, e igualmente relacionada con los planteamientos sobre la limosna y la mendicidad del teólogo dominico y catedrático de vísperas en Salamanca Domingo de Soto³³. Juan de Ávila llegaría a proponer en esas fechas

29. Las fundaciones de caridad del Reino de Castilla, exceptuadas las de Patronato Real, estaban sometidas a la jurisdicción de la Iglesia, MARCOS MARTÍN, “La Iglesia y la beneficencia...”, p. 128. En esas fechas la Iglesia granadina reclamó sin éxito la participación del hospital Real en los pagos del subsidio repartido “entre las iglesias y clérigos y hospitales” del arzobispado, véase VALENZUELA CANDELARIO, “El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (I). Las fundaciones reales...” Sabemos que por cédula del Obispo de Canarias, Comisario de la Santa Cruzada, de 20 de marzo de 1512, se había comunicado a los jueces y colectores de la décima del arzobispado de Granada que el hospital Real, como su homólogo de Sevilla, estaba exento de pagar el subsidio, ADGr, *Libro de Hacienda del Hospital Real*, lib. 6993, fols. 48-48v. (es una copia).

30. GARCÍA PEDRAZA, *Actitudes ante la muerte...*, p. 831.

31. Véanse MARTZ, *Poverty and Welfare...*, p. 38. Asimismo, LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, “Hospitales en las iglesias...” y MARCOS MARTÍN, “La Iglesia y la beneficencia...”

32. Véase SÁNCHEZ MARTÍNEZ, J. (O.H.), “*Kénosis-Diakonia*” en *el itinerario espiritual de San Juan de Dios*, Madrid, Fundación Juan Ciudad, 1995, pp. 170-178.

33. Véase MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 38-44, Michel CAVILLAC [Pérez de Herrera, Cristóbal. *Amparo de pobres*. Edición, Introducción y Notas de Michel Cavillac. Madrid, Espasa Calpe, 1975] ha subrayado la conexión entre la práctica hospitalaria de los Hermanos y las tesis de Soto (p. CIX). En la ajustada caracterización realizada por Jean Vilar (Le picarisme espagnol: de l’interference des marginalités sublimation esthétique), Soto habría recogido “una inmensa ola de comportamientos espontáneos (...) en su empeño por una caridad pasional, a la española”, cita tomada de VINCENT, B., “Ciudades y marginalidad”, en FORTEA PÉREZ, J. I. (ed.), *Imágenes de la diversidad. El mundo urbano en la Corona de Castilla (S. XVI-XVIII)*. Santander, Universidad de Cantabria, 1997, pp. 347-361, p. 358.

que la Iglesia fusionara las fundaciones de las cofradías de caridad (que —según decía— dilapidaban en costosas pompas y celebraciones las limosnas destinadas a los pobres) en uno o dos hospitales en cada ciudad, y que los obispos controlaran sus finanzas³⁴. Por su parte, Juan de Dios desarrolló una acción caritativa “universal, total y radical”, según la calificación propuesta por José Sánchez Martínez, mediante la institución de un hospital general al que confirió su nombre y su carisma³⁵. Ese carácter general y el hecho de no restringir la entrada a sus dependencias a ninguna clase de necesitados habrían sido las razones de la enorme devoción que despertó en la ciudad y el motivo de reunir desde fechas muy tempranas una ingente cantidad de limosnas y legados testamentarios³⁶.

Aunque nacidos del mismo tronco —la doctrina de las buenas obras de misericordia—, los hospitales de las cofradías del Corpus Christi y de la Caridad y el hospital de Juan de Dios se desplegaron en la ciudad contrastándose mutuamente en los medios y en los fines asistenciales, y en las formas de sociabilidad exhibidas. Constituyeron una representación señera en la ciudad del pluralismo hospitalario de inspiración católica.

3. EL MARCO JURÍDICO DE LA REFORMA HOSPITALARIA

La principal aportación del Concilio de Trento (1545-1564) en materia de ordenación de las obras de caridad fue sin duda el refuerzo de la jurisdicción eclesiástica: la ejecución de las disposiciones y mandas piadosas, las visitas a los hospitales (a excepción de los sometidos al Patronato Real) y el desarrollo

34. Se trata de una propuesta realizada en 1551 y destinada a los asistentes al Concilio de Trento, FLYNN, *Sacred Charity...*, p. 102.

35. Tal caracterización está basada en el testimonio de su primer biógrafo, Francisco de Castro, véase SÁNCHEZ MARTÍNEZ, *Kénosis-Diakonia...*, pp. 91-93. El alcance de la hagiografía ha alcanzado nuestra época: PÉREZ ESTÉVEZ, R. M^a., “Las cortes y los marginados: pobres en Castilla en el siglo XVI”, en *Las Cortes de Castilla y León en la Edad Moderna. Actas de la Segunda Etapa del Congreso Científico sobre la Historia de las Cortes de Castilla y León*, Valladolid, Cortes de Castilla y León, 1989, pp. 283-313; GARCÍA PEDRAZA, *Actitudes ante la muerte...*; ARRIZABALAGA, J., “Locura y asistencia hospitalaria en los Reinos Hispánicos (1400-1700)”, en FUENTENEbro DE DIEGO, F., UERTAS GARCÍA-ALEJO, R. y VALIENTE OTS, C. (eds.), *Historia de la Psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, 2003, Frenia, pp. 583-606, en buena medida por basarse en testimonio del citado biógrafo, que GÓMEZ MORENO, M., *San Juan de Dios. Primicias históricas suyas*, Madrid, 1950, Provincias Españolas de la Orden Hospitalaria, recoge íntegra.

36. Así lo afirmaron los hermanos de la Congregación de Juan de Dios y de los testigos presentados a iniciativa de ellos en el pleito promovido por los Jerónimos en el año 1572, a que haremos alusión más adelante, SÁNCHEZ MARTÍNEZ, *Kénosis-Diakonia...*, pp. 292 y 293 y 323. Véase GARCÍA PEDRAZA, *Actitudes ante la muerte...*, pp. 831-844. Ni Juan de Ávila ni el arzobispo Pedro Guerrero avalaron esa espontaneidad en el ejercicio de la caridad, véase MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 41-42.

de cualquier posible reforma institucional (inclusive la transferencia de los fondos a nuevos usos) fueron actuaciones confiadas a los obispos, aunque en este último punto, el Concilio también ofreció un posible amparo a los patronos de los establecimientos que mostraran alguna oposición a dicha clase de cambios, fuera por un mandato expreso de las cartas fundacionales o bajo el amparo de la tradición³⁷. En el ámbito de la Monarquía Hispánica, una vez activados los mecanismos para la aplicación de los decretos conciliares³⁸, los pronunciamientos e iniciativas favorables a la reducción hospitalaria cobraron un renovado vigor. La secuencia de las actuaciones es bien conocida³⁹: la iniciativa correspondió al rey Felipe II, que inscribió las medidas reductoras como un capítulo más de la Reforma religiosa que venía promoviendo en esas fechas, y a la sazón, apeló a Roma en petición de la preceptiva licencia papal que autorizara las novedades. Sendas bulas promulgadas por Pío V, de 6 de diciembre de 1566 y 9 de abril de 1567, dieron los correspondientes visos de legitimidad a la reforma; la segunda la encomendó a los prelados y limitó su alcance a los hospitales que “tienen tan magras rentas anuales que apenas sirven para sostener a los oficiales y administración, que ofrecen poca o ninguna hospitalidad y que son incapaces de cumplir los deberes y estatutos fundacionales”⁴⁰. Por su parte, las Cortes de Madrid de 1566, y en particular los procuradores de Granada, Burgos, León y Valladolid, incluyeron entre sus peticiones al monarca el apoyo a las medidas reductoras⁴¹. En esa senda, la Corona reiteró su posición mediante la libranza desde finales de 1567 de un buen número de provisiones que encargaban a los ordinarios la realización de investigaciones sobre los hospitales existentes en sus respectivas diócesis y la elaboración de un dictamen sobre la eventual ejecución de la reducción⁴².

37. Véanse MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 37 y 49-50, y MARCOS MARTÍN, “La Iglesia y la beneficencia...,” pp. 128-130.

38. Sobre estos asuntos, véase FERNÁNDEZ TERRICABRAS, I., “Felipe II y el clero secular. La aplicación del concilio de Trento”, Madrid, Sociedad Estatal para la Conmemoración de los Centenarios de Felipe II y Carlos V, 2000.

39. *Ibid.*, pp. 131-132 y 147; asimismo, GARCÍA ORO y PORTELA SILVA, “Felipe II y el problema hospitalario...”, pp. 99-102.

40. Cita tomada de MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 61-62.

41. Las Cortes de Castilla solicitaron en numerosas ocasiones la consolidación hospitalaria, sobre todo entre 1518 y 1576, aunque dejando bien claro la necesidad de salvaguardar los grandes y acaudalados hospitales que, según la consideración de los procuradores, sí proporcionaban servicios útiles, *ibid.*, p. 37. Véase asimismo, GARCÍA ORO y PORTELA SILVA, “Felipe II y el problema hospitalario...”, pp. 89-90 y 100-102. Sin embargo, también se hicieron proclamas favorables a la creación de nuevos establecimientos y contrarias a las reducciones (en las de Valladolid, 1555, por ejemplo, donde se alegó el respeto a la voluntad contraria de los fundadores y la eficacia de los establecimientos separados), PÉREZ ESTÉVEZ, “Las Cortes y los marginados...”, pp. 296-297.

42. Entre el 31 de diciembre de 1567 y el 4 de marzo de 1568 se despacharon más de una treintena de provisiones reales a los obispados y las ciudades, GARCÍA ORO y PORTELA SILVA, “Felipe II y el problema hospitalario...”, pp. 100-101.

La Iglesia no se anduvo a la zaga en la preparación de las actuaciones jurídicas que habrían de guiar una posible reducción hospitalaria. En Granada, aun con escaso éxito inicial, pues no recibió la preceptiva aprobación real ni fue consiguientemente publicado, el concilio provincial celebrado a iniciativa del arzobispo don Pedro Guerrero entre el otoño de 1565 y el invierno subsiguiente recogió en sus constituciones las cláusulas tridentinas⁴³. Su título 72, *De religiosis et piis domibus*, reafirmó la jurisdicción eclesiástica de los hospitales trascendiendo incluso los términos de los decretos tridentinos. De hecho, eliminó todas las restricciones a las visitas de hospitales y cofradías por parte de los ordinarios y estableció la autoridad de la Iglesia en las causas que pudieran plantearse contra cualesquiera personas, legas o eclesiásticas, que ejercieran la administración o el patronazgo de los hospitales⁴⁴. Pese a la completa subordinación de la Iglesia del antiguo Reino de Granada al Patronato Real, no hubo una operación coordinada entre el arzobispado y la Corona respecto al planteamiento y el desarrollo de la centralización hospitalaria en la ciudad, ciertamente a causa de la imposición por el concilio provincial de una merma de la jurisdicción real⁴⁵. A la larga, su doctrina constituiría una barrera infranqueable a cualquier clase de reforma que no contara con el beneplácito de la mitra.

En efecto, las constituciones del concilio provincial pudieron hasta cierto punto prevalecer al amparo del sínodo diocesano de 1572, convocado como aquél por el propio Guerrero⁴⁶. El título XIII de las Constituciones Sinodales del Arzobispado⁴⁷, la normativa de gobierno de la diócesis, recuperó dos prescripciones del fallido concilio provincial con el objetivo tácito de fortalecer el conjunto hospitalario. En adelante, la fundación de cualquier clase de hospital exigiría la precedente licencia del prelado y la correspondiente dotación de rentas propias y de estatutos de gobierno. Por otra parte, el sínodo sentó el precepto jurídico en materia de admisión de enfermos en los hospitales de la diócesis, un hecho de enorme trascendencia futura, como se verá más abajo. Se negó la entrada a los vagabundos y a las personas de mal vivir (ordenando incluso que los hospitales habilitasen cárceles y estableciesen los procedimientos de expulsión pertinentes, en previsión de que aquélla se hubiera producido), y también a los enfermos

43. PÉREZ DE HEREDIA Y VALLE, I., "El Concilio Provincial de Granada de 1565. Edición crítica del malogrado Concilio del Arzobispo D. Pedro Guerrero", *Anthologica Annua*, 37, 1990, pp. 381-842.

44. *Ibid.*, pp. 738-739. El título 72 del texto manuscrito se corresponde con el título 45 del texto editado. Véase, asimismo, FERNÁNDEZ TERRICABRAS, *Felipe II y el clero secular...*, p. 144.

45. Acerca de la defensa de los derechos del Patronato Real por parte de la Corona, FERNÁNDEZ TERRICABRAS, *Felipe II y el clero secular...*, pp. 72-73 y 123-132. Asimismo, MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 49-50.

46. Los textos son idénticos en algunos casos, PÉREZ DE HEREDIA, "El Concilio Provincial de Granada...", p. 393.

47. Lo recoge MARÍN LÓPEZ, "Notas sobre hospitales de la ciudad de Granada...", pp. 259-260.

pueriles, excepto si pagaban sus estancias —“las medicinas y lo demás” que se gastara— y ofrecían “alguna limosna” (también se encareció la redacción de testamentos por parte de los enfermos acogidos)⁴⁸. Este conjunto normativo define el marco asistencial característicamente contrarreformista, el constituido por la siguiente tríada de ingredientes básicos: represión de la mendicidad, práctica discreta de la caridad y refuerzo de la disciplina moral de los necesitados (aun sin especificarse en las constituciones sinodales, el programa máximo en materia de moral exigiría la imposición de una hospitalidad de género, a imitación de los hospitales de Santa Ana y de la Caridad, que ya la practicaban)⁴⁹.

No deberíamos establecer, sin embargo, una estricta correlación entre la norma diocesana —la palabra escrita— y la práctica asistencial desarrollada en la ciudad en esas fechas, y difundir una imagen monolítica de la caridad confesional. Tanto el arzobispo Guerrero como su predecesor Gaspar de Ávalos prestaron, como es sabido, una inestimable protección a la obra hospitalaria de Juan de Dios⁵⁰, la cual se hallaba muy alejada en su planteamiento y en su práctica cotidiana de la ofrecida corrientemente en la ciudad⁵¹. De hecho, Guerrero había contribuido muy activamente, desde principios de la década de los cincuenta, a afianzarla en unas dependencias más apropiadas a su contemporánea dimensión asistencial y muy notoria relevancia social; en concreto, llegó a persuadir a los frailes jerónimos para que cedieran el terreno y sufragaran una nueva edificación (en compensación los frailes se hicieron con el patronazgo del propio hospital)⁵². Esa preponderancia social de la obra de misericordia de los llamados *hermanos* de Juan de Dios recibió la oportuna sanción jurídica a través de la bula *Licet ex debito*, dictada por el papa Pío V el primer día de enero de 1571, que aprobó la creación de la Congregación de la Hermandad Hospitalaria

48. La dotación de hospitales mediante legados testamentarios, auténtico rescoldo de la piedad medieval, sería una de las formas más apreciadas de realizar las obras de misericordia, véase FLYNN, *Sacred Charity...*, pp. 34-39.

49. Como ha señalado MARTZ, *Poverty and Welfare...*, p. 11, la aversión de Juan Luis Vives hacia la miseria, la ignorancia y el pecado, situaciones enraizadas en los pobres, se convirtió en un sólido principio de la caridad contrarreformista. Véase, asimismo, PULLAN, *The Counter-Reformation...*

50. Véase SÁNCHEZ MARTÍNEZ, *Kénosis-Diakonia...*, pp. 170-178.

51. GARCÍA PEDRAZA, *Actitudes ante la muerte...*, pp. 831-844.

52. Su sucesor en la mitra, Juan Méndez de Salvatierra, nada sospechoso de mostrar ninguna veleidad hacia los hermanos hospitalarios, como tendremos ocasión de comprobar, recordó ese hecho ofreciéndole el mayor protagonismo: Guerrero había concertado con los frailes jerónimos, “a cuya distribución estaría mucha cantidad de dineros que avía dexado el Obispo Quixada, que lo fue de Guadix, para que lo gastasen en una obra pía como les paresçiere”, la edificación de un hospital en las antiguas dependencias del monasterio, y “quedáronse por esta rrazón los frayles con el patronazgo y administración del dicho hospital”, AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39. Méndez de Salvatierra precisó que la nueva edificación “se entregó al dicho Juan de Dios y sus compañeros”, pero sabemos que el traslado sólo se produjo en 1553, y que Juan de Dios había fallecido tres años antes.

de Juan de Dios⁵³. En adelante, sus miembros estarían sometidos, bajo la regla de San Agustín, a la exclusiva jurisdicción del ordinario de la diócesis donde se hallasen instalados, y podrían pedir limosna sin ningún tipo de limitación. Ello supuso, además, la completa desvinculación del hospital de Juan de Dios granadino de la tutela de los frailes jerónimos —lo que en la práctica significó un incremento de su autonomía—, no sin haberse resuelto previamente el pleito que éstos promovieron ante la jurisdicción eclesiástica contra la recién creada Congregación⁵⁴. Resulta improbable que tanto el dictado de la bula como el sentido de la sentencia favorable a la Congregación no hubieran contado con el conocimiento o la aquiescencia del poderoso arzobispo granadino, que al menos sobre el papel vería acrecentada su jurisdicción en el campo asistencial. Conviene saber que Guerrero fue valedor de un modelo de aplicación del Concilio fundamentado en la ampliación de la autonomía y la jurisdicción de los preladados en sus respectivas diócesis⁵⁵.

La jerarquía eclesiástica granadina había admitido, además, un ejercicio de la caridad ambivalente y multiforme en sus manifestaciones institucionales, alejado de la ortodoxia. En esas fechas, el hospital de Juan de Dios ofrecía una asistencia universal y de muy amplia cobertura, poco complaciente con los postulados tridentinos y las constituciones sinodales. Según la mencionada bula *Licet ex debito*, que recogía la información ofrecida por Rodrigo de Sigüenza, hermano mayor del hospital granadino, esta fundación asistía a 400 necesitados de continuo y gastaba más de 16.000 ducados anuales⁵⁶; por su parte, el clérigo y presbítero Ambrosio Maldonado, antiguo rector del hospital de Juan de Dios y testigo de la Congregación en el pleito promovido por los Jerónimos, apuntó en su respuesta al interrogatorio que en ese hospital

“recogen a todo genero de pobres, de qualesquier enfermedades que traygan, sin desechar a nynguno ny avellos de reçevir con pareçer de medico ny otra declaraçion alguna”⁵⁷.

53. La citada bula aparece reproducida en PARRA Y COTE, A. (O.H.), *Bulario de la Sagrada Religión de Hospitalidad del N.P.S. Juan de Dios: con utilísimas reflexiones y advertencias*. Granada, Hermanos de San Juan de Dios, 1987 (repr. facs. de la ed. de Madrid, 1756, Imprenta de Xavier García), pp. 16-24.

54. Dicho pleito se inició en 1572 y se falló el año siguiente. Véase SÁNCHEZ MARTÍNEZ, *Kénosis-Diakonia...*, pp. 165-189, que reproduce los cuestionarios respectivos presentados por los Hermanos de Juan de Dios y los frailes Jerónimos, y la sentencia dada por el provisor del arzobispado, pp. 285-426.

55. Alejado, por tanto, de los modelos respectivos del papado y la monarquía hispánica, FERNÁNDEZ TERRICABRAS, *Felipe II y el clero secular...*, pp. 145 y 161.

56. El *Motu Propio* de 8 de agosto de 1571 redujo las cifras a 250 enfermos y 10.000 ducados anuales, PARRA y COTE, *Bulario de la Sagrada Religión...*, pp. 28-39.

57. Cita tomada de SÁNCHEZ MARTÍNEZ, *Kénosis-Diakonia...*, p. 383.

Ciertamente, las actuaciones eclesiásticas no parecieron encaminarse hacia la reducción hospitalaria. La posterior ordenación por el arzobispo Méndez de Salvatierra de sendas constituciones de gobierno para los hospitales de Santa Ana y de Juan de Dios redundaron en esa dirección contraria. De hecho, estos dos hospitales reflejaron a la perfección el pluralismo contemporáneo de la asistencia de patronazgo eclesiástico. Aquél imponía un buen número de restricciones al acceso, en línea con las prescripciones conciliares y sinodales; éste, en cambio, abría sus puertas sin ninguna clase de restricciones ni limitaciones. Bajo la jurisdicción del arzobispo de Guerrero pudieron complementarse mutuamente, distinguiendo y segregando la pobreza vergonzante y la pobreza mendicante. Queda por saber si ese faceta de complementariedad asistencial pudo resistir el afianzamiento de la doctrina tridentina en la ordenación hospitalaria.

4. LA JURISDICCIÓN DIOCESANA Y LAS PRÁCTICAS CLIENTELARES

Sea como fuere, la doctrina jurídica de la Iglesia no confluyó con los principios reformistas manejados por la Corona. La reforma hospitalaria planteada por la Corona tras la clausura del Concilio ni siquiera fue tramitada por el arzobispo Guerrero en su diócesis. Según recordó su sucesor en la mitra granadina, don Juan Méndez de Salvatierra⁵⁸, a la provisión real que le fue enviada con ese encargo en septiembre de 1568, “pareçe no averse respondido”, quizá —advertía—

“porque entonçes se levantaron los moriscos de este reyno o porque en este arçobispado ay tan pocos hospitales y tan proues que paresçe no ser neçesaria tal reduziòn”.

Fuera o no cierta la apreciación del arzobispo Méndez, la propuesta de la Corona habría tenido que concitar en todo caso los correspondientes apoyos eclesiásticos, tal como legisló el Concilio de Trento, algo que realmente no se produjo. De hecho, la clase de hospitales existentes en la diócesis granadina —de muy pobres rentas, según el propio Méndez— habrían sido los más firmes candidatos a la reducción, tal como se había indicado en las citadas bulas, sobre todo una vez terminada la guerra.

Los testimonios incluidos en las respuestas al interrogatorio presentado por los hermanos de Juan de Dios con ocasión del pleito suscitado por los frailes jerónimos mencionado anteriormente ofrecen algún indicio sobre los motivos

58. Dicha referencia se halla en su dictamen confeccionado en respuesta a una cédula de 30 de octubre de 1586, AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39.

reales del referido desistimiento. A la pregunta vigésima del interrogatorio, relativa a las condiciones de admisión de los enfermos en los distintos hospitales de la ciudad, el testigo ya citado Ambrosio Maldonado señaló lo siguiente: en los hospitales de la Caridad, *Corpus Christi* y en otro que prefiere no nombrar,

“sabe que no se reçiben enfermos sin que primero aya parecer del medico e consentimyento del retor e hermano mayor. Y en llegando un villete o encomyenda de oydor o de alcalde o de otra persona semexante, prebiene e a prevenydo al que tiene mayor neçeçidad. E, sy alguna persona tiene el prioste enferma en su casa e de sus deudos, sabe este testigo que la enbia y es admytida, y el otro enfermo, que tiene mas necesidad, padeçe. Y se an muerto esperando las dilaciones e determynaçiones para ser reçevido. E para unos ay cama e para otros nunca la ay”⁵⁹.

Por su parte, el testigo Rodrigo Alonso de Ysla, igualmente clérigo y presbítero, añadió a esa lista los nombres de Santa Ana y Real, “y lo mysmo a oydo dezir que pasa en los demás”, excepto en el de Juan de Dios⁶⁰. La dependencia clientelar debió ser consustancial a la práctica realizada en la mayoría de hospitales granadinos. En relación con el hospital Real, el propio arzobispo Méndez de Salvatierra lo advirtió sin ninguna clase de tapujos unos años más tarde:

“sucede estar çinquenta enfermos a la puerta del hospital, como en la pesçina de Siloe, y no rreçibirse ninguno hasta que milagrosamente vaca una cama, y entonçes no se da al más nesçessitado sino al que tiene más fabor”⁶¹.

Sus cuatro visitantes, el oidor más antiguo en la Chancillería, el capellán mayor de la Capilla Real, el prior del monasterio de San Jerónimo, y un veinticuatro de la ciudad, en representación de sus respectivas instituciones de origen, se desempeñaban como auténticos patronos distribuyendo los favores asistenciales⁶².

Aun cuando la situación bélica y los desgarros sociales asociados no hubieran constituido el escenario más apropiado para acometer ninguna clase de reforma hospitalaria, los principales motivos del bloqueo de la iniciativa centralizadora habrían sido en realidad la absoluta incardinación de la caridad confesional en las redes de patronazgo locales y la imposición por parte de la jerarquía eclesiástica de un modelo plural de ordenación hospitalaria, cuyos elementos

59. Cita tomada de SÁNCHEZ MARTÍNEZ, *Kénosis-Diakonia...*, pp. 382-3.

60. *Ibid.*, p. 418.

61. AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39.

62. Véase VALENZUELA CANDELARIO, *Cura de almas y caridad...*, pp. 607-613.

nucleares habrían sido inicialmente los hospitales de Santa Ana y de Juan de Dios. El levantamiento morisco, aducido como causa por el prelado Méndez, habría servido más bien de coartada para explicar dicho bloqueo.

5. *LOS PROYECTOS ECLESIAÍSTICOS DE REFORMA Y REDUCCIÓN HOSPITALARIA*

Al igual que su predecesor, Méndez de Salvatierra tampoco dio trámite a una cédula real, fechada en agosto de 1584, que le había encomendado preparar la centralización hospitalaria en su arzobispado; como justificación de su inoperancia alegaría después el mismo motivo sugerido por él para explicar la de su predecesor: el escaso número y la pobreza de las fundaciones granadinas. Una nueva cédula, librada el 30 de octubre de 1586, que le reiteró el encargo (centralizar el dispositivo en uno o dos hospitales si el beneficio de la “hospitalidad” y el “bien público” lo exigieran, preservándose en lo posible “la voluntad y memoria de los fundadores”), sí obtuvo una respuesta —su propio dictamen, que ofrece la anterior noticia y reproduce la segunda cédula, y otro escrito firmado por el provisor de la diócesis don Antonio Barba, que incluye un plan de reducción hospitalaria (“aunque no milite en esta ciudad la razón que para hacer estas reducciones a auido en Seuilla”, pues son pocos y pobres los de Granada)⁶³. Méndez facilitó información sobre el conjunto hospitalario de la diócesis y dictaminó que cinco de sus unidades, los hospitales Real, de Juan de Dios, de Santa Ana, de la Caridad y de los Convalecientes de Navas, habrían de mantenerse al margen de la centralización (el provisor Barba añadió el de San Lázaro a la lista⁶⁴), pues en ellos se hacía “buena hospitalidad”, aunque deberían ser reformados (para corregir sus administraciones y acrecentar el número de asistidos, y “para que los enfermos sean mejor curados”). Barba, por su parte, propuso la reducción de los otros cinco establecimientos ubicados en la ciudad, los hospitales de Ramírez de Alarcón, de Corpus Christi, de San Sebastián, de los Peregrinos y del Albayzín (habría habido otro, de la Hermandad de la seda, del que Méndez de Salvatierra sólo refirió el nombre, y Barba ahorró comentario alguno).

63. AGS, PE, leg. 39, *Los hospitales de Granada y El orden que a de auer para la redusción de estos hospitales desta ciudad de Granada*, respectivamente. Como base jurídica de la reforma, la cédula aportó las indicaciones de las referidas bulas papales de 1566 y 1567.

64. Aunque no volvió a referirse a él en el escrito, AGS, PE, *El orden que a de auer para la redusción de estos hospitales desta ciudad de Granada*, leg. 39.

5.1. *El conjunto hospitalario útil*

No habrían sido ese tipo de consideraciones asistenciales, empero, las únicas que debieron contar para avalar la mencionada lista de descartes realizada por los eclesiásticos. La simple mención de los fundadores de sus tres principales unidades (Real, de Santa Ana y Juan de Dios), los Reyes Católicos, Hernando de Talavera, el primer arzobispo de Granada, y Juan de Dios, habría hecho presagiar una irrefrenable vocación de intemporalidad en cada caso. En la fecha, constituían, respectivamente, la representación asistencial más insigne del Patronato Real en la ciudad, la casa matriz del dispositivo hospitalario del arzobispado y la institución más señera de la Congregación del mismo nombre. Las otras dos unidades liberadas del proceso, los hospitales de la Caridad y de Convalecientes de Navas, tuvieron una consideración más instrumental en los planes eclesiásticos. El primero, de origen y titularidad cofrade, como ya sabemos, gozaba de un amplio arraigo entre las clases privilegiadas granadinas; el de Navas mantenía, por su parte, una relación muy estrecha con el hospital de Santa Ana, lo cual habría justificado, como veremos más abajo, su presencia en la lista de exclusiones del arzobispado.

Reparemos brevemente en las magnitudes económicas y en los cometidos asistenciales de ese conjunto *útil*, valiéndonos sobre todo del informe del prelado Méndez. Con diferencia, el hospital mejor dotado era el de Juan de Dios, que contaba un año con otro con una renta de dos cuentos y 237.750 maravedís, 600 fanegas de trigo y 200 de cebada, procedente de distintos patronatos, memorias y bienes raíces, y de las limosnas recibidas⁶⁵. Se beneficiaba, de hecho, de la mayoría de legados testamentarios de cristianos viejos que realizaban ese tipo de ofrendas, sin existir distinciones en razón del género o la posición social⁶⁶, y prestaba asistencia a “todos los enfermos así hombres como mugeres de todas las enfermedades” que llegaban a sus puertas⁶⁷. Por su parte, el hospital de Santa

65. Más de un cuento sólo en limosnas (900.000 maravedís de las ordinarias), AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39. Incluso aceptó menores esclavizados como donativo, al menos en 1571 cuando su hermano mayor Juan López recibió tres niños de limosna, véase MARTÍN CASARES, A., *La esclavitud en la Granada del siglo XVI. Género, raza y religión*, Granada, Universidad de Granada, 2000, p. 315.

66. Según refleja GARCÍA PEDRAZA, *Actitudes ante la muerte...*, p. 94, cristianos viejos del total de 150 que dieron limosna en la segunda mitad de la centuria. Esta historiadora alega como explicación de esa predilección (y de la propia fundación del establecimiento), la deficiente hospitalidad granadina contemporánea, en particular la del hospital Real, pp. 828-838.

67. Dicha aglomeración de enfermos ha podido ser cuantificada: entre los años 1589 y 1591 el hospital admitió a 3.699 personas, la mayoría originarias de Andalucía, en su mayor parte hombres solteros, de entre 15 y 35 años, marginales y muy pobres, sin familia, trabajo o domicilio fijo, y afectados de toda clase de sufrimientos y enfermedades, VINCENT, “Pauvreté, marginalité...”, pp. 476-478.

Ana había dispuesto durante los últimos años (por término medio entre 1582 y 1584) de una renta de 333.000 maravedís, 500 fanegas de trigo y 300 de cebada, procedente en su integridad de la fracción de hospitales de los diezmos de la ciudad y el consabido rediezmo⁶⁸; dicha renta era, no obstante, complementada con la muy generosa aportación (entre 500 y 600.000 maravedís anuales) de la fracción decimal correspondiente a los hospitales de la “vega, sierra y siete villas”, donde no se podía hacer “verdadera hospitalidad” (por la poca vecindad y escasos bienes asignados en los repartos), según el arzobispo⁶⁹; destinaba entre treinta y treinta y cuatro camas a la cura de “hombres de todo género de enfermedades, eçebto de bubas y heridas”. El hospital Real, la institución de mayor prestancia y abolengo de la ciudad, y la más emblemática en las proclamas de sus autoridades, contaba, sin embargo, con una renta de magnitud sólo equiparable a la del hospital de Santa Ana. Según la cuenta correspondiente al año 1584, había logrado recaudar 862.249 maravedís, 1.580 fanegas de trigo, 300 de cebada y 360 gallinas, con cargo a las rentas de los juro fundacionales y a la explotación de los censos y bienes adquiridos con posterioridad. Su carga asistencial era aún menor que la de aquél: únicamente habilitaba veinticuatro camas, dieciséis y ocho, respectivamente, para hombres y para mujeres, para realizar las curas del mal de bubas, su especialidad asistencial, y custodiaba a unos veinte “locos” por término medio, a los que ofrecía comida —una libra de carnero y dos de pan— y vestido —“de sayal”; asimismo, repartía anualmente 1.105 fanegas de trigo y otras 66 de cebada como limosna⁷⁰.

Las otras dos fundaciones excluidas por el arzobispo de una eventual medida centralizadora, los hospitales de la Caridad y de Convalecientes de Navas, carecían de la entidad patrimonial de los anteriores. El de la Caridad se hallaba vinculado a una cofradía llamada de la “Congregación”, cuyo instituto era “sacar proues presos de la cárcel y casar guérfanas”, y estaba a cargo de un clérigo que ejercía de rector. El último balance contable había dado una cifra anual de ingresos de 307.827 maravedís y 22 fanegas de trigo, correspondientes en su mayor parte a la actividad rentista y censalista de la fundación (también recogía limosnas y aportaciones de los cofrades, que “son de los más preñcipales y rricos desta çiudad”); disponía habitualmente de veinte camas para curar mujeres “enfermas de calenturas y otras enfermedades no contaxiosas”, aunque también cubría las

68. Véase la nota 19.

69. En las siete villas, la ciudad de Santa Fe, los lugares de Puente de Pinos y Albolote, y “en cada lugar”, hay dispuestas unas casas en las que “se haze hospitalidad de paso”. El gasto allí realizado, que incluye limosnas para la asistencia a los enfermos en sus propias casas, asciende a 400 ducados, “poco más o menos”, y corre a cargo de la correspondiente fracción decimal, AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39.

70. Su administración fue blanco de la crítica del prelado: sólo destinaba poco más de la mitad del numerario al cuidado y la manutención de los enfermos, desatendía a los dementes y eran conocidos los desfalcos causados por sus últimos mayordomos, *ibid.*

mencionadas obligaciones de la cofradía. Por su parte, el hospital de Convalecientes de Navas, fundado y dotado en marzo de 1557 por Francisco de Navas, y erigido en la parroquia de Santa Ana, permanecía muy vinculado a la Iglesia granadina⁷¹. De hecho, acogía ordinariamente a pobres convalecientes, “que no fuesen de enfermedades contraxiosas”, que salían del hospital de Santa Ana y por un tiempo no superior a los diez días. Disponía de doce camas. Su hacienda, por valor de 297.661 maravedís, procedía de la renta de bienes inmuebles y de censos, aunque desde 1563 sufría notorios quebrantos a causa de haberse visto involucrado el hospital en numerosos pleitos (a juicio del arzobispo, el gasto estaba ordenado y se cumplía la voluntad del testador⁷²).

El arzobispo Méndez sólo apeló a la suficiencia económica y a la utilidad (y en el caso del hospital de Navas también adujo la existencia de una cláusula fundacional que vinculaba los bienes legados al cumplimiento de los fines originarios), las conocidas razones jurídicas, para justificar su lista de descartes. Desde el arzobispado, empero, el licenciado Antonio Barba, su provisor, expuso otros argumentos de muy profundo calado, en defensa sobre todo de la autonomía del hospital de Santa Ana (ni el hospital Real, eventual beneficiario de la centralización, ni el de Juan de Dios habrían estado amenazados —éste, una vez reformado, sería, según Barba, de “mucha utilidad y prouecho en esta región de Granada porque a él acuden casi todos los enfermos desamparados”—; tampoco lo habría estado el de San Lázaro, por su particular idiosincrasia⁷³). Hagamos un breve inciso en la alegación realizada por el provisor.

El hospital de Santa Ana no debería anexionarse al de Juan de Dios, “de cuya administración no se tiene satisfacción” y donde hay ya muchos enfermos —aseveraba Barba—, porque “no serían tan bien regalados” los enfermos que allí acudieran, y, al tiempo, se vería limitada la entrada de “muchos pobres honrados por no verse sujetos a los hermanos [de Juan de Dios]”. Tampoco debería anexionarse al hospital Real —proseguía—, porque se originarían “otros grandes y mayores inconvenientes”, fundamentalmente un “perjuizio” a la “jurisdicción del prelado”, y un importante incremento del gasto⁷⁴. Acerca de la exclusión

71. Su fundador dispuso que tras el fallecimiento de su esposa se desempeñara como patrón el “prior que es o fuere de Granada”, *ibid.*

72. Destinaba en torno a la cuarta parte de la renta anual al pago de salarios y, asimismo, costeaba con 20.000 maravedís anuales dos capellanías dotadas por el fundador “para que se le dixesen ciertas misas en la Yglesia de la señora Santa Ana”), *ibid.*

73. Su exclusiva dedicación a la asistencia de los enfermos homónimos, de quienes se exigía un riguroso y absoluto aislamiento (la lepra constituía la más pura representación de la desgracia individual), su pertenencia al Patronato Real y su exclusión del proceso de centralización llevado a cabo en la década de los años 1520, habrían excusado mayores explicaciones.

74. Se incumpliría el principal objetivo de la reducción —“lo que su santidad y su magestad pretenden de ahorrar gastos”—, pues “aurá de auer dos administradores diferentes y oficiales, médicos y çirujanos, y quando fuesen unos mismos aurá de ser con acrescentamiento de salarios,

de los hospitales de la Caridad y de los Convalecientes de Navas, las razones invocadas por el provisor fueron puramente instrumentales, en correspondencia con el valor que obtendrían —según su propio plan— una vez efectuada la reforma y la reducción planteadas. El primero de ellos no habría de reducirse —argumentaba— “porque no hay otro en que se curen mugeres”; el segundo, por su complementariedad y por su cercanía respecto al hospital de Santa Ana, pues los enfermos de éste —precisaba—,

“quando se leuantan de las camas se reciben en él para conualescer, porque el hospital que no tiene conualescencia está muy detestado y por falta de ella vienen a morir muchos y a no sanar y a recaer y [vuelven] a los primeros hospitales”.

Los argumentos del provisor Barba anuncian la existencia de un plan propio, eclesiástico, de reforma y reducción hospitalaria, de sólidos fundamentos doctrinales. Como avance, la Iglesia ya había creado un espacio normativo específico (en aplicación de los mandatos sinodales), las Constituciones de gobierno, ordenadas por el propio arzobispo Méndez, para los hospitales de Santa Ana y de Juan de Dios (de noviembre de 1580 y enero de 1585, respectivamente)⁷⁵, dos piezas claves del conjunto hospitalario. Hay que subrayar, en todo caso, que el prelado actuó de una manera profundamente voluntarista en relación con el hospital de Juan de Dios, que, como sabemos, permanecía regentado por la Congregación de la hermandad del mismo nombre, constituida desde 1572 con su jerarquía interna y su correspondiente autonomía funcional⁷⁶.

Tomadas conjuntamente, como una pieza única, constituyen un clarísimo exponente doctrinal de la piedad institucional tridentina, por cuanto contienen un diseño general de la acción hospitalaria —material y espiritual— y la norma

de suerte que vernía a ser el mismo gasto”, AGS, PE, *El orden que a de auer para la redusción de estos hospitales desta ciudad de Granada*, leg. 39.

75. *Regla y Constituciones, para el Hospital de Ioan de Dios, desta ciudad de Granada. Por... don Ioan Mendez de Salvierra Arçobispo della...* Impresas en Granada... en casa de Hugo de Mena, 1585 (ordenadas tras la visita realizada por el provisor Barba el año anterior, según se reconoce en la epístola que las antecede). *Tanto de las Constituciones del Hospital maior de Santa Ana de esta Ciudad de Granada sacado de las originales que están en el Archivo de la Santa Metropolitana Iglesia de ella con la pieza 25. Fechas a 10 de nobiembre, año 1580*, Archivo Histórico Diocesano de Granada, Libros archivo 54 (1). MARÍN LÓPEZ, “Notas sobre hospitales de la ciudad de Granada...”, pp. 260-262, ofrece información sobre una *Tabla de lo que han de guardar los oficiales del Hospital de Santa Ana de Granada*, que sitúa a mediados del siglo XVI. (No hay grandes diferencias entre ellas en lo tocante a la admisión de enfermos y los cometidos espirituales).

76. Según precisó en una fecha posterior el propio Méndez, al preparar las referidas constituciones había previsto “que se comunicasen primero con las personas que tenían más afición al dicho hospital, y así las vido el licenciado don Luis de Mercado, oydor en esta Audiencia, el cual las consultó con los letrados del dicho hospital”, AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39.

moral que desde esas fechas quiso imponer en sus hospitales la jerarquía eclesiástica granadina, una jerarquía que se mostraba perfectamente acomodada a la pluralidad y a los escalafones existentes en el mundo de la pobreza. A título de ejemplo, podemos singularizar dos aspectos muy emblemáticos de las mismas —los relativos a la admisión hospitalaria y a los trasvases de dinero y de otros bienes—, que perfilan con claridad lo que bien podríamos calificar como un breviario de economía moral (y también política), relativa, en este caso, a la enfermedad y a la muerte sobrevenida en los hospitales eclesiásticos.

En primer lugar, la regulación de la entrada. En el hospital de Santa Ana se habría de proceder del siguiente modo:

“Al recibir los enfermos es obligado el médico a mirar y examinar con mucha atención [que] la enfermedad no sea contagiosa, incurable o larga, que las tales aun en duda se han de remitir a otros Hospitales, por que en éste no se deben admitir sino es la de calenturas o cámaras o cosa semejante, y examinada la enfermedad ha de advertir a el Rector cuál es en conciencia la más prezisa, por que aquél sea admitido, no enbargante qualquiera intercesión o favor, salbo quando ocurriere algún pobre que se haia visto en honra y no puede escusarse de venir al hospital, que en tal caso parecerá charidad vien ordenada que este se anteponga al otro, en quien no concurren semejantes cosas, aunque en la nezesidad y enfermedad le haga alguna ventaja, pues de el labrador robusto y hecho a trabajar podrá sufrirlos menos mal que el hombre ciudadano y regalado”⁷⁷.

El hospital restringía, pues, la admisión a los pobres afectados de enfermedades agudas y no contagiosas (diarreas y calenturas)⁷⁸, la clase de padecimientos poco susceptibles de ser identificados con la marginalidad, y practicaba la mayor discreción en la oferta asistencial, privilegiando la entrada de vergonzantes. Por su parte, el hospital de Juan de Dios habría de operar en ese trámite del siguiente modo:

“Juntarse an por la mañana, el hermano mayor, rector, enfermero mayor, y algunos enfermeros de las salas, y recebirse an aquellos enfermos que estuieren a la puerta con parecer del médico, y con licencia del hermano mayor (...) [pero] no se admitirá esclauo captiuo, si no fuere obligándose su amo a pagar los gastos que se hizieren, y con los heridos no se guardará esta orden, sino se recibirán luego

77. Constitución número 5, *Tanto de las Constituciones...*, fols. 7-7vltto.

78. Las *Constituciones del hospital de Santa Ana de la çiudad de Granada* (AGS, PE, leg. 39) precisan esas restricciones: “en este hospital ay costumbre de no reçeibir enfermedades contagiosas ni largas, como son las de bubas, tísicos, y dropicos, eticos, quartanarios y otros de esta suerte, ni cassos de cirugía”. Ese documento es una nueva redacción de la Constituciones compuesta probablemente a finales del siglo XVI.

auiendo cama (...) y lo mesmo se hará con otro qualquier enfermo, auiendo assi mesmo peligro sin esperar al médico”⁷⁹.

La proverbial y ya legendaria universalidad de la hospitalidad ofrecida por la hermandad de Juan de Dios hallaba, como se ve, algunas limitaciones en el documento del prelado, que pretendía privilegiar la indicación médica y ordenaba de forma explícita la admisión exclusiva de enfermos. Habría sido, no obstante, una reforma vana, que no llegó a concitar ninguna aceptación por parte de los hermanos hospitalarios. El propio arzobispo Méndez hubo de reconocer, pasados dos años de la publicación de las constituciones, la ausencia de criterios que ordenaran y limitaran la entrada de enfermos en ese hospital, lo cual —aseveraba—, tenía unas consecuencias nefastas, puesto que, “como son tantos [los enfermos], ay poco regalo ni cuydado dellos y ansí mueren muchos”⁸⁰.

En cuanto a la regulación de los trasvases económicos, una y otra constituciones contemplaron las situaciones generadas en los respectivos ámbitos y circunstancias asistenciales, enormemente dispares en su contraste. Veámoslo con sendos ejemplos muy significativos. El veedor del hospital de Santa Ana tendría encomendada la custodia y el apunte en el libro correspondiente de los bienes (dinero y vestidos) llevados por los enfermos, “porque suceden casos, así de casamientos como de maiorazgos y haciendas en que viene a ser de mucha inportanzia la fèe y autoridad deste libro”⁸¹. En el hospital de Juan de Dios habrían de regularizarse tanto los aspectos relacionados con la petición y la recogida de limosnas, la actividad fundamental de los hermanos, como los relativos a la gestión del importante patrimonio inmobiliario legado por los particulares. Como vemos, la caridad tridentina asimiló y sistematizó sin ninguna controversia el variado trasfondo económico de la pobreza, una realidad ésta que también comportaba un correlativo referente moral: la segregación de la pobreza vergonzante y la pobreza mendicante.

No fue ésta, empero, la única clase de segregación de que hizo bandera normativa la caridad contrarreformista. Las referidas constituciones también ordenaron, en este caso sin abordar situaciones económicas heterogéneas, la segregación sexual en sus ámbitos respectivos, incondicional y profundamente sexista en el hospital de Santa Ana, que sólo admitía hombres, y sólo arquitectónica en el de Juan de Dios, que habilitaba dependencias separadas.

79. Título 9, Primera Constitución, *Regla y Constituciones...*

80. AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39.

81. *Tanto de las Constituciones...*, fol. 11-11v.

5.2 *El plan de reforma y reducción hospitalaria*

Como he señalado antes, el proyecto eclesiástico planteó una reestructuración completa del conjunto hospitalario de la ciudad. Sus mentores parecieron actuar de forma coordinada, como si hubieran establecido previamente un reparto de papeles. El arzobispo Méndez de Salvatierra dispuso los planes de reforma del hospital Real⁸² y del hospital de Juan de Dios; el provisor Barba, por su parte, preparó la reorganización del de Santa Ana y presentó un plan de centralización, en el que el hospital de la Caridad se configuraba como la institución matriz a la que se habrían de anexionar los otros cinco suprimidos, y el de Juan de Dios actuaba como el principal elemento coadyuvante (probablemente se había tenido en cuenta el fracaso del intento de ordenación promovido por el arzobispo Méndez al otorgarle sus constituciones de gobierno).

El grupo afectado lo integraban los hospitales de menor renta y menor capacidad asistencial de la ciudad. Según recogió el arzobispo en su dictamen, dos de ellos eran de patronato particular (el de Peregrinos, fundado en 1501, como ya sabemos, y el de San Sebastián, erigido en 1551 en la colación de la iglesia Mayor por el ganadero Pero Hernández de Arganta), otro, el de Convalecientes de Ramírez de Alarcón, estaba subordinado al Patronato Real (había sido creado en la parroquia de Santa Escolástica mediante un legado testamentario realizado en agosto de 1564 por el oidor en la Chancillería del mismo nombre), y el cuarto, el hospital del *Corpus Christi*, fundado, como ya sabemos, en 1523, permanecía vinculado a la cofradía del “Sacramento y ánimas del purgatorio” de la parroquia de San Gil. Se mencionaba otro más, el hospital del Albaycín, donde “los naturales deste rreyno solían hazer hospitalidad”, que en esas fechas estaba desmantelado (se contaba únicamente con el valor tasado de su inmueble, en torno a 600 ducados)⁸³. En conjunto disponían de veintiuna camas⁸⁴ y de una hacienda que no alcanzaba los 500.000 maravedís, situada en su mayor parte en distintos tipos de censos (si bien en el caso del hospital del Corpus Christi,

82. Dicho plan atendía sobre todo a la corrección de los muy graves desarreglos administrativos y contables que venían enturbiando su ya muy deficiente actividad asistencial; en línea con los preceptos tridentinos, el redactor evitó colisionar con el Patronato Real y se limitó a sugerir la adopción de distintas medidas económicas, administrativas y asistenciales que consideró inexcusables, entre ellas, la ordenación de unas Constituciones de gobierno y la realización de visitas extraordinarias, *ibid.*

83. Acerca de la cofradía y el hospital de la Resurrección, fundados en torno a 1558, muy respaldados por los testadores cristianos nuevos, véase GARCÍA PEDRAZA, *Actitudes ante la muerte...*, pp. 881-913, donde se ofrece la hipótesis de una refundación del antiguo Hospital General de Moriscos bajo ese nombre.

84. El del Corpus, cuatro, el de San Sebastián, tres (y asistía a 16 o 17 enfermos por término medio cada año), el de Peregrinos, ocho, y el de los Convalecientes de Ramírez de Alarcón, seis, AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39.

el grueso de sus ingresos dependía de la recogida de limosnas por los cofrades, numerosos y activos en esas fechas⁸⁵). Los ingresos se consumían en buena medida en el pago de salarios. A excepción del hospital de Ramírez de Alarcón, que recibía los “convalecientes que salen de otros”, constituían un muestrario de la hospitalidad más tradicional y regresiva: recoger “peregrinos y viandantes”, a los que sólo se les ofrecía “camas [y] luz, por tres noches” (hospital de Peregrinos), curar heridos, sufragar una misa cantada mensual y una fiesta, y costear misas por los cofrades y sus difuntos (hospital del Corpus Christi), ofrecer asistencia preferente a ganaderos o “merchantes” enfermos (hospital de San Sebastián). Había pues razones que justificaran la reducción, conforme a los planteamientos *utilitarios* adoptados por la Corona. El prelado Méndez las expuso en su dictamen: en el caso del hospital de Peregrinos, “porque la hospitalidad que se haze es poca y se haze de ordinario a bagamundos y gente que no lo meresçe”; algo similar se alegaba respecto al del *Corpus* —“en los heridos se gasta muy poco, porque las camas de hordinario están vazías y aunque no lo estén como la cura de los heridos consiste en dieta el gasto es muy poco”— y en relación con el de Convalecientes de Ramírez de Alarcón, donde es cosa segura —precisaba Méndez— que no hay pobres, ni se cumple la voluntad del fundador⁸⁶.

Contra todo pronóstico, el proyecto de reducción patrocinado por el arzobispado eludió el respeto de las cláusulas institucionales de dos de los hospitales afectados, el de Peregrinos, cuyo corriente patrón era Juan Vázquez de Salazar, secretario del rey Felipe II, y el de Ramírez de Alarcón, que tenía por patronos al oidor más antiguo de la Chancillería y al prior del monasterio de Santa Cruz la Real. En el primer caso, su fundador había vinculado la dotación al riguroso cumplimiento de los fines por él establecidos; en el segundo, el legado original había determinado que sus bienes habrían de ser “seglares” y prohibía expresamente cualquier clase de intromisión por parte del prelado en su administración⁸⁷.

El plan del provisor Barba ideó la concentración de las rentas de los establecimientos reducidos en el hospital de la Caridad, que permanecería vinculado a la cofradía homónima, si bien reservó para el prelado la competencia del nombramiento de un administrador, un clérigo, que tuviera cuenta de su hacienda y su gobierno⁸⁸. Asumió, asimismo, otras dos inquietudes asistenciales característi-

85. GARCÍA PEDRAZA, *Actitudes ante la muerte...*, p. 855.

86. Según precisaba, su rector, Juan de Villaverde, nombrado vitalicio por el propio fundador, gasta la renta “en sus propios gustos” y tiene muy “alcanzado” al hospital (hasta 548.620 maravedís adeudados en el año 1583), AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39.

87. *Ibid.*

88. AGS, PE, *El orden que a de auer para la redución de estos hospitales desta ciudad de Granada*, leg. 39. Su viabilidad económica estaría garantizada: una renta anual de 553.573 maravedís, y el producto de la venta de las casas de los hospitales suprimidos, un total estimado de 6.400 ducados, según el dictamen del arzobispo, *ibid.*

camente contrarreformistas, la indicación médica de los cuidados hospitalarios y la segregación de género: el nuevo hospital habría de ofrecer asistencia a “todas las mugeres enfermas de todas las enfermedades”⁸⁹, y habría de recibir a las mujeres recogidas en el hospital de Juan de Dios, puesto que —según se alegaba— ese establecimiento estaba administrado por “hombres moços y no todos bien morigerados” que causaban “mal exemplo”. Con ese diseño, la reducción obtendría el mayor respaldo social y económico (el nuevo hospital se beneficiaría de las “limosnas que juntarán los cofrades de la charidad, que será mucha, y la que dexarán las mugeres principales en sus testamentos viendo tan buena obra”) y cobraría un significado auténticamente cristiano. No en vano, como reconocía el propio provisor, con la reducción se cumplirían tres objetivos: establecer un buen gobierno que haga crecer la hospitalidad de hombres y mujeres, “sacar las mugeres que están en el Hospital de Juan de Dios”, y garantizar un uso correcto de las rentas hospitalarias, impidiendo los “muchos pecados” que los “administradores y priores y mayordomos” cometen al malgastarlas.

Tal modo de proceder habría exigido, sin embargo, unas actuaciones previas de alcance general en relación con la Congregación hospitalaria de Juan de Dios. El arzobispo Méndez las planteó en su dictamen, como he indicado más arriba. Antes de presentarlas, he de adelantar que los hermanos de Juan de Dios no gozaron de ninguna clase de estima ante ese prelado (que se diferenciaba claramente de sus predecesores). En efecto, su informe incluyó un breve relato acerca de la aún muy corta historia del hospital en el que sobresalen los parabienes respecto a la vida y la obra del fundador, y sobre la tutela del hospital ejercida por los frailes Jerónimos, y se acumulan las críticas conforme se rememora la paulatina adquisición de autonomía por parte de los hermanos (era tal el grado de “aborreçimiento” suscitado por ellos que del hospital se decía “públicamente” que no era sino un “vodegón de vagamundos y [una] sepultura de proues”⁹⁰); la creación de la Congregación en 1571 no había corregido, según su criterio, ese tipo de desviaciones:

89. En cuatro dependencias diferenciadas “conforme a las enfermedades que tuieren”. En concreto, las siguientes: “una de calenturas y cámaras y de otras enfermedades agudas, otra de heridas, otra de incurables y otra de convalescientes, según la forma y manera que después de bien mirado y consultado con médicos y personas experimentadas y prácticos pareciere”, AGS, PE, *El orden que a de auer para la redución de estos hospitales desta ciudad de Granada*, leg. 39.

90. La bula que aprobó la Congregación de la Hermandad Hospitalaria, *Licet et debito* (1-1-1571), citada más arriba, reconoció en parte ese estado de cosas, calificándolo como motivo principal de la creación de la propia Congregación hospitalaria. Dicha censura ha alcanzado la historiografía contemporánea, MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 40-44, recoge testimonios muy críticos sobre la hermandad hospitalaria. Véase, asimismo, PÉREZ ESTÉVEZ, “Las Cortes y los marginados...” En cambio, SÁNCHEZ MARTÍNEZ, *Kénosis-Diakonia...*, eleva el prestigio de la congregación y los ideales de caridad que representa.

“debe aver pocos lugares en España —remachaba— donde no se ayan castigado algunos destos [hermanos] por ymbusteros que con falças apariençias sacan el dinero a los fieles (...) porque casi todos estos son gente muy rraez y la escoria del pueblo”.

En línea con esas apreciaciones, Méndez propuso tres actuaciones interrelacionadas de naturaleza jurídica, dos de las cuales trascendían el ámbito local granadino. La primera, también en la secuencia temporal, la tendría que adoptar el rey Felipe II y no era otra que ordenar el cierre del “camino de Roma” a los hermanos de Juan de Dios⁹¹. En segundo lugar —proseguía—, se debería situar a la Congregación bajo la jerarquía directa de los ordinarios de las diócesis donde se hallase instalada, máxime cuando éstos, “conforme a derecho”, tienen la obligación de “acudir a los probes y hospitales”⁹². Por último, y referida específicamente al hospital granadino, la reforma por parte del Consejo Real de las “condiciones” que se le habían exigido a la Congregación para desempeñar la hospitalidad. Concretamente, el arzobispo estimaba conveniente la presencia de un administrador al frente del establecimiento nombrado por él o sujeto a su tutela.

No hubo en esas fechas, en todo caso, ninguna posibilidad de obtener ante la curia romana una reforma en la dirección indicada por el arzobispo Méndez, aun cuando la Corona hispana pudiera haberse mostrado muy receptiva a ese intento⁹³. Como había advertido el propio prelado, la Congregación estaba experimentando en esas fechas una importante transformación jurídica y se hallaba ya muy extendida. De cara a su independencia, el papa Sixto V había aprobado, mediante breve de 1º de octubre de 1586, la institución de la Orden hospitalaria de Juan de Dios, que agrupaba a hermanos y hospitales bajo la disciplina de la Regular Observancia, y había acordado convocar Capítulo general donde se eligiera Superior y se establecieran las constituciones de gobierno de la Orden; aunque el breve no había derogado “la jurisdicción y autoridad” de los ordinarios, concedida por la bula de Pío V de 1571, ésta habría de quedar muy limitada en adelante, al habersele atribuido a los Superiores de la Orden la competencia para realizar visitas a sus hospitales⁹⁴. Por lo demás, el mencionado

91. En la fecha en que escribía —precisaba el arzobispo—, ya se había mandado congregarse el capítulo general de los hermanos en Roma, que debería celebrarse en mayo de 1587, para elegir General de la orden, AGS, PE, *Los hospitales de Granada*, leg. 39.

92. Según el prelado, la supresión de los Provinciales y el General de la congregación (y eran conocidas las recientes medidas de disoluciones y reformas de distintos órdenes religiosos) representaría, además, una importante medida de ahorro económico en beneficio de los pobres, dada la enorme expansión geográfica de dicha congregación, *ibid.*

93. MARTZ, *Poverty and Welfare...*, p. 43.

94. PARRA Y COTE, *Bulario de la Sagrada Religión...*, pp. 62-70, reproduce el breve.

Capítulo, reunido en Roma, en junio de 1587, aprobó finalmente las anunciadas constituciones, de alcance ya universal para la Congregación y para el conjunto de sus hospitales⁹⁵.

Como se puede apreciar, la propuesta de reducción y reforma hospitalarias patrocinada por el arzobispado granadino pretendió fundamentalmente fortalecer la jurisdicción eclesiástica del dispositivo asistencial y acrecentar el ya de por sí muy valioso patrimonio institucional de la Iglesia (el arzobispado disponía en su seno de una caja única y organizaba una vasta actividad asistencial, sobre todo en la ciudad de Granada⁹⁶). Se quiso, por tanto, preservar la independencia del hospital de Santa Ana (su reforma fue concebida como un puntal frente a una eventual iniciativa reductora), someter el hospital de Juan de Dios a la autoridad del arzobispado y reforzar la cofradía de la Caridad, titular del hospital homónimo resultante de la centralización proyectada, que habría de estar igualmente controlada por el prelado⁹⁷. Los planes eclesiásticos expresaron de manera ejemplar el modelo asistencial propugnado por la Iglesia de la Contrarreforma. Al pilar jurisdiccional, se añadieron otros, dos igualmente maestros, la preservación de la pluralidad institucional y la reafirmación de la segregación de género. Incluso como una concesión a la más pura ortodoxia confesional, se propuso una medida de exclusión social de hondo y renovado arraigo entre las clases emergentes del reino: que se aplicase a los administradores de todos los hospitales la norma exigida por el Patronato Real al proveer las prebendas y los beneficios de las iglesias, concretamente que no se nombraran “sino a limpios” —de sangre, debe entenderse.

95. Véase la edición de las mismas en *PRIMITIVAS Constituciones del Hospital de Juan de Dios en Granada, año 1585. Hechas en el Primer Capítulo General por las provincias de España e Italia en Roma, año 1587. Y hechas en el Primer Capítulo General de la Congregación Española en Madrid, año 1611*. Madrid, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 1977.

96. Según el dictamen del arzobispo, la renta decimal de los hospitales eclesiásticos, administrada por el mayordomo general del arzobispado, sufragaba la crianza de niños expósitos (350.000 maravedís anuales), los gastos del Colegio de Santa Catalina (83.000 maravedís y 180 fanegas de trigo), el reparto de limosnas entre los pobres de las siete villas y de los lugares y parroquias de la ciudad de Granada (90.000 maravedís y 280 fanegas de trigo, durante las pascuas de navidad y resurrección) y “entre las viudas e proues avergonçantes” de las parroquias granadinas (40 fanegas de trigo cada mes) y otras “costas” no cuantificadas “de acarreo de pan y otras que se gastan en el beneficio desta hacienda”, AGS, PE, *Los Hospitales de Granada*, leg. 39.

97. En la senda marcada por el concilio, las cofradías constituirían unos instrumentos muy dóciles y maleables en manos de las autoridades civiles y eclesiásticas para la defensa del orden social, la religiosidad popular y la lucha contra las actitudes heterodoxas, véase LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, M.L., “Expansión y control de las cofradías en la España de Carlos V”, en CASTELLANO CASTELLANO, J.L. y SÁNCHEZ-MONTES GONZÁLEZ, F. (coords.), *Carlos V. Europeísmo y universalidad*, Madrid, Sociedad Estatal para la Conmemoración de los Centenarios de Felipe II y Carlos V, 2001, vol. V, pp. 377-416, pp. 404-405.

Muy probablemente a causa de esa clase de condicionamientos jurisdiccionales (y quizás también por no haberse respetado las cláusulas fundacionales contrarias a la reducción de dos de los hospitales afectados), la propuesta eclesiástica quedó en eso, en una simple propuesta que no concitó el respaldo de la Corona. En efecto, como apreció, pasados unos años, el presidente de la Chancillería de Granada, don Fernando Niño de Guevara, al examinar los principales avatares del proceso frustrado de reforma que acabo de presentar, el escollo a la centralización lo habría representado el hospital eclesiástico de Santa Ana. Tal como ordenó la cédula real de 30 de octubre de 1586 —precisó Niño—, el arzobispo Méndez de Salvatierra, el corregidor Arévalo de Zuazo y los diputados comisionados por la ciudad se reunieron para tratar el asunto de la reducción. Mas,

“no se hizo nada —concluyó— por encontrarse luego en la reducción del hospital de Santa Ana y como son tan ynterésados los Arçobispos en repartir lo que sobra, con dificultad quieren venir en ella”⁹⁸.

A juicio del presidente de la Chancillería, el arzobispo de Granada habría optado en su diseño de reforma por la defensa de un modelo hospitalario puramente descentralizado, con el grueso de sus unidades organizadas bajo la jurisdicción eclesiástica. A la sazón, conviene subrayar que Méndez de Salvatierra, muy próximo a lo jesuitas y al cardenal Gaspar de Quiroga, venía manteniendo en esos años una estrecha vinculación clientelar con *patrones* papistas en la Corte, y habría sentido un gran entusiasmo ante los proyectos contemporáneos de creación de Casas de Misericordia⁹⁹, desde luego, como se desprende de su actuación en Granada, matizado con la condición de que se establecieran bajo la jurisdicción de la Iglesia.

En todo caso, el prelado Méndez no fue la única autoridad interesada en esas fechas en mantener el dispositivo asistencial bajo la disciplina del arzobispado. En las Cortes de Madrid de 1586, los procuradores de Granada, al igual que los de Salamanca, Córdoba y Soria, quisieron bloquear las proyectadas reducciones hospitalarias¹⁰⁰.

98. AGS, PE, *Presidente de la Chancillería de Granada al Consejo Real, 26 de octubre de 1593*, leg. 39.

99. Véase EZQUERRA REVILLA, I. J., “La reforma de las costumbres en tiempos de Felipe II: las *Juntas de Reformación* (1574-1583)”, en MARTÍNEZ MILLÁN, *Felipe II (1527-1598)*..., t. III, pp. 179-208, p. 189. Según afirma CAVILLAC, M., “La reforma de la beneficencia en la España del siglo XVI: la obra de Miguel Giginta”, *Estudios de Historia Social*, 10-11, 1979, pp.7-59, Méndez y el corregidor Francisco de Carvajal habrían avalado la fundación en Granada de un Casa de Misericordia durante el invierno de 1581, promovida por el veinticuatro Baltasar de Torres, p. 19. Yo no he obtenido ninguna noticia a ese respecto.

100. PÉREZ ESTÉVEZ, “Las Cortes y los marginados...”, p. 297.

6. EL PROYECTO DE LA CORONA. LA CONFRONTACIÓN DE JURISDICCIONES

Como sugería el anterior testimonio de Fernando Niño, había habido esos años un modelo alternativo de reforma hospitalaria en la ciudad de Granada. Apenas pasado un lustro, una nueva tentativa promovida por la Corona recogió precisamente ese estímulo y tuvo ya como referentes principales a los hospitales más representativos del Patronato Real y del arzobispado en la ciudad. En efecto, por cédula real de 9 de noviembre de 1592, el monarca emplazó al nuevo prelado, don Pedro de Castro, y al presidente de la Chancillería, don Fernando Niño de Guevara, a que recogieran información detallada acerca del hospital de Santa Ana y se pronunciaran sobre “si sería conueniente que se juntase e incorporase con el Hospital Real”¹⁰¹. Conviene recuperar la cronología y el ritmo de las actuaciones realizadas desde esa fecha. También resultará de utilidad advertir previamente acerca de la concreta adscripción del prelado granadino en el escenario del poder político contemporáneo: Pedro de Castro se había forjado una muy sólida posición al servicio de la Corona —había precedido a Niño de Guevara en la presidencia de la Chancillería granadina¹⁰²—, pero una vez asentado en la mitra (su nombramiento tiene fecha de 6 de diciembre de 1589) se comportó como un firme defensor de la jurisdicción eclesiástica¹⁰³. En esa disposición, mostró una gran renuencia a proseguir la iniciativa centralizadora, aun cuando guardara las formas y aparentara colaborar en el empeño. Pasemos, ahora, a los hechos.

El 28 de marzo de 1593 nuestro arzobispo se dirigió al rey Felipe II para informarle acerca del estado de absoluto abatimiento de las haciendas de las iglesias y hospitales de su diócesis y manifestarle su incapacidad para ponerle coto por sí solo¹⁰⁴. Aunque el objetivo principal de su misiva hubiera sido recabar

101. La cédula se reproduce en la respuesta, AGS, PE, *Presidente de la Chancillería de Granada al Consejo Real*, 26 de octubre de 1593, leg. 39.

102. Castro fue presidente entre los años 1578 y 1585; Fernando Niño, desde 1584 a 1596. Acerca de la faceta gubernativa de dicha institución, véase GÓMEZ GONZÁLEZ, I., *La justicia, el gobierno y sus hacedores. La Real Chancillería de Granada en el Antiguo Régimen*, Granada, Comares, 2003.

103. Véase BARRIOS AGUILERA, M., “Don Pedro de Castro y el Sacromonte de Granada en el *Místico Ramillete* de Heredia Barnuevo (1741). Estudio Preliminar”, en HEREDIA BARNUEVO, D. N., *Místico Ramillete. Vida de D. Pedro de Castro, fundador del Sacromonte*. Granada, Universidad de Granada, 1998 (edición facsímil), pp. XXII-XXIV.

104. El desastre era mayúsculo: mayordomos, contadores, tesoreros y arrendadores adeudaban “muchas cantidades” y habían administrado mal los bienes y las finanzas del arzobispado. AGS, PE, *Arzobispo de Granada a su Magestad*, 28 de marzo de 1593, leg. 39. Según una investigación patrocinada por don Fernando Niño de Guevara, la deuda acumulada por personas legas contra las fábricas de las iglesias y los hospitales de la diócesis ascendía a nueve cuentos y 273.208 maravedís, 28.650 fanegas de trigo y 8.514 de cebada, véase la provisión real de 16 de septiembre de 1595, que

el auxilio de la justicia real, Castro pareció querer alertar igualmente sobre su intención de paralizar el proceso de centralización y salvaguardar el patrimonio hospitalario eclesiástico. Ya en el verano, en su respuesta a la cédula de 9 de noviembre mencionada anteriormente, mostró su contrariedad ante un eventual desmantelamiento del hospital de Santa Ana, alegando un motivo ya utilizado por su predecesor:

“juntarle con el Hospital Real no conuiene en ninguna manera porque no tiene esta ciudad otro hospital de regalo y cuidado sino es este, que aunque ay el de Joan son tantos los pobres que en él se curan que no puede tenerse este cuidado”.

Sobre el hospital Real, que él mismo había visitado hacía varios años, tampoco guardaba una buena opinión —“no se gouierna bien”—, y mantenía importantes reservas de carácter higiénico que también obraban en contra de la centralización (no sabía si el “mal contagioso” que en él se curaba era de “las enfermedades que admiten “communió” o si, por el contrario, “puede la una pegarse a la otra y matar los enfermos”)¹⁰⁵. Empero, además de vindicar la dignidad y la calidad de las atenciones curativas prestadas en el hospital eclesiástico —el único argumento—, el prelado granadino maniobró entre bambalinas cuestionando la necesidad y la justificación de la propia medida reductora. En efecto, el oficio incorporado a la anterior comunicación, fechado el 10 de agosto y dirigido al secretario del Consejo de Cámara Juan Vázquez de Salazar, incluyó una anotación autógrafa acerca del carácter del encargo que se le había encomendado y de las circunstancias en las que se le realizó:

“no la e embiado antes [la información sobre el hospital de Santa Ana] porque no pensé que esto tenía prisa, antes pensaua que auía cesado como avía buuelto a su yglesia el Señor Obispo de Guadix, electo de León, que fue el que mouió esta materia en la visita que hizo del Hospital Real”¹⁰⁶.

Ciertamente, el citado obispo de Guadix, Joan Alonso de Moscoso, había sido uno de los promotores de la reducción del hospital de Santa Ana o, cuando

dio el visto bueno a la información remitida por el presidente Niño de Guevara sobre esos hechos, reproducida por GARCÍA ORO, J., *La Iglesia en el Reino de Granada durante el siglo XVI: reyes y obispos en la edificación de la nueva Granada*, Granada, Editorial Ave María, 2005, pp. 542-544.

105. AGS, PE, *Arzobispo de Granada a Juan Vázquez de Salazar, 7 de agosto de 1593*, leg. 39. Acerca de esa visita, realizada en 1563, véase VALENZUELA CANDELARIO, *Cura de almas y caridad...*, pp. 616-619.

106. El había recibido el recordatorio de Vázquez de Salazar (“me manda que embie la relación que se me a mandado del hospital de Santa Ana o que escriba para quando la podré embiar”) el “29 del pasado”, AGS, PE, leg. 39.

menos, de la transferencia al hospital Real de la fracción decimal que aquel establecimiento venía recaudando desde su fundación¹⁰⁷. Pasados unos meses, en su memorial redactado con ocasión de su anunciada visita “*Ad Limina*”, Pedro de Castro pudo aclarar un motivo de esa desavenencia y de una animadversión que se adivina mutua: el obispo Moscoso, sufragáneo de la archidiócesis de Granada, había empleado tres años en su visita a la Capilla y al hospital Real de esa ciudad, con licencia, según él, del nuncio apostólico para ausentarse de su iglesia, la cual —subrayaba de Castro— “nunca yo la tuve por bastante ni aun el mismo [obispo] de Guadix”¹⁰⁸.

Con su reseña ante el Secretario del Consejo, el arzobispo granadino había mostrado el hastío que le provocaba la injerencia del prelado accitano y, al tiempo, pretendió neutralizar una reducción hospitalaria no querida por él¹⁰⁹.

Prosigamos nuestra narración de los hechos. El otro interlocutor local de la Corona en ese asunto, el presidente de la Chancillería Fernando Niño de Guevara, casi empleó un año en preparar el informe solicitado —su escrito tiene fecha de 26 de octubre de 1593—, el cual, como era previsible, reclamó la ejecución de la reforma¹¹⁰. Tras ofrecer una cumplida y detallada información acerca del hospital de Santa Ana, Niño afirmó la conveniencia de reunirlo con el Real, “con la renta que tiene y con todo lo que está dicho que sobra dela delos demás hospitales del Arzobispado”, y proclamó igualmente la necesidad de llevar a cabo la reducción del resto de hospitales de la ciudad, puesto que —alegaba— hay “algunos donde no se haze hospitalidad ni sirue demás la renta que tienen, de comérsela el administrador y cofrades”. El presidente de la Chancillería no se anduvo con remilgos en la justificación de la medida centralizadora, y se situó conscientemente en un plano de abierta confrontación con el arzobispado: se concentró exclusivamente en justificar la reducción del hospital de Santa Ana. A

107. Ese mismo año había señalado lo siguiente: “quando se trate de la unión del hospital de Santa Ana con el Real de Granada, v. M. haga leer un memorial que yo dexé, en el qual se hallará al fin de él que la voluntad de los señores Reyes Católicos de gloriosa memoria fue que los diezmos de que al presente goza el hospital de Santa Ana los gozase el hospital Real (...) [debe serlo] por erección y fundación”, AGS, P.E, leg. 39, escrito no fechado.

108. Castró solicitó que se diera cuenta al Papa para que dictaminara sobre las referidas licencias de dispensa, véase MARÍN LÓPEZ, R., “Un memorial de 1594 del arzobispo de Granada D. Pedro de Castro sobre su Iglesia con motivo de la visita “*Ad Limina*”, *Revista del Centro de Estudios Históricos de Granada y su Reino* (2ª época), 7, 1993, 277-306, que reproduce dicho memorial (“Relación del Estado y Gobierno de la Iglesia Metropolitana del Arzobispado de Granada”), p. 297.

109. Tras citar al obispo Moscoso, Castro hizo alarde de las tareas pastorales que centraban su interés: “Acá haçe grandes calores, yo visito la ciudad y las parrochias por mi persona, y aunque el tiempo es reçio para lo hazer, agora no lo e podido excusar, porque no me queda otro tiempo en el año, que en refrescando por setiembre auré de bolver a visitar el Valle y Alpujarra”, *ibid.*

110. AGS, PE, *Presidente de la Chancillería de Granada al Consejo Real, 26 de octubre de 1593*, leg. 39.

esa sazón, adujo las consabidas razones de eficacia asistencial y de optimización de recursos económicos —el incremento del número de enfermos asistidos y el ahorro en salarios y en la manutención de empleados, toda vez que se desdoblarian esa clase de desembolsos y se incrementaría la hacienda del hospital Real¹¹¹—, un motivo de salubridad —la mejor ubicación del Real, extramuros de la población, en alto y bien aireado, con respecto al de Santa Ana, levantado en el lugar “más ruín” de la ciudad, junto al río Darro, “en medio y en lo más ondo y poblado” de ella¹¹²— y otros alegatos de orden estético y administrativo —su proximidad a la Chancillería trastornaba profundamente la muy grave y siempre noble actividad judicial:

“se vaçían muchas ymundiçias y se hazen otras cossas muy indezentes a la grandeza y authoridad de aquel lugar”, y se perturba “el secreto del acuerdo”.

La anexión del hospital de Santa Ana haría finalmente justicia —según decía— al mandato de erección del hospital Real, y restauraría la intención que guió el propio reparto de los diezmos promovido por los Reyes Católicos, pues no era justo ni conveniente —alegaba— que lo que estaba “aplicado para curar pobres y enfermos” se gastase en “alimentar y sustentar sanos”, santísima y liberalísimamente, por cierto, y sin expresa licencia papal y real¹¹³; de procederse así —remachaba—, el hospital Real saldría muy fortalecido: la centralización de fondos lo convertiría en “uno de los mejores de toda España, en grandeza de ediffiçios y riquezas”, para gloria perpetua de sus fundadores.

La posibilidad de efectuar la reducción del hospital eclesiástico aparecía, no obstante, cargada de dificultades. El propio Niño de Guevara las había identificado en una nota adjunta a su informe:

“no ha sido poco poder sacar de la Contaduría de la dignidad arçobispal los recaudos que an sido menester porque como el señor Arçobispo siente tanto que se trate de este negoçio, procura por todos los caminos que puede estoruarle o a lo menos dilatarle (...) y ansi conuiene que Vm no le deje de la mano”¹¹⁴.

111. La cuantía de dicho incremento se estimó en dos cuentos y 674.338 maravedís, *ibid.*

112. *Ibid.* Como señaló FÉLEZ LUBELZA, C. “Sobre la aparición de la “Arquitectura Pública”: la primera etapa constructiva del Hospital Real de Granada”, en *Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina*, Granada, Secretariado de Publicaciones, vol. 1, pp. 105-115, p. 111, la planta cruciforme del Real y su distribución de espacios solventaban las preocupaciones asistenciales y de salubridad de la época.

113. En esa línea, concluía lo siguiente: “sy ay monasterios pobres y gente nezessitada en esta çiudad y Arçobispado, a cargo de los prelados, está sustentarlos con su renta y hazienda, como lo an hecho y haze el que ahora lo es y hazen los demás prelados destos Reynos que no tienen esta ayuda de que dar limosna”, AGS, PE, *Presidente de la Chancillería de Granada al Consejo Real*, 26 de octubre de 1593, leg. 39.

114. AGS, PE, leg. 39 (nota sin fechar).

Y en el propio informe, concluyó de la manera siguiente: frente a la resistencia que pudieran mostrar el prelado y el cabildo catedralicio, el monarca tendría que hacer valer su condición de patrón universal de los hospitales eclesiásticos del reino de Granada —lo era de todas las instituciones dotadas “con sus diezmos”— para imponer la referida “unión”¹¹⁵.

La contundencia de los argumentos manejados por el presidente Niño, un buen conocedor de esa clase de asuntos —tiempo atrás había sido comisionado por el Consejo Real para ocuparse del “recogimiento de los pobres”¹¹⁶— apenas disfraza una determinación puramente voluntarista, de poca utilidad en la práctica política; pero sí expresa con claridad el firme empeño del servidor público —la representación máxima de la justicia del rey en la ciudad, en su caso— de congraciarse abiertamente con la autoridad central. La propia tentativa centralizadora parecía agotada, incluso llegada a destiempo ya en esos años. Como un signo de la nueva época, las Cortes convocadas en Madrid venían expresando desde el año 1592 serias dudas sobre la idoneidad del proceso de reducción hospitalaria, cuando no solicitando la disolución de las centralizaciones efectuadas y la creación de nuevas fundaciones¹¹⁷.

7. EL SIGNIFICADO DE LAS REDUCCIONES HOSPITALARIAS

Una atenta lectura historiográfica permite presentar la siguiente síntesis acerca del alcance y el significado contemporáneos de la reforma hospitalaria planteada en el reino de Castilla durante el último tercio del siglo XVI. Las reducciones afectaron sobre todo a hospitales escasamente dotados, poco activos y sin dedicación curativa; los que la tenían y se vieron implicados ejercieron de instituciones matrices de las anexiones (Medina del Campo, Sevilla, Palencia)¹¹⁸. En general, hubo centralización donde la Iglesia, es decir, el ordinario correspondiente, pudo dirigir el proceso de reforma y garantizarse el patronazgo de la

115. Si bien reconoció la posibilidad de tener que acudir nuevamente al pontífice: si no bastase “el breve y bulla general que ay para hazer estas uniones en todos los hospitales de España” —precisaba—, mándese por el rey traer “recaudos” para ello de Roma, “pues entendiendo su sactidad las razones que ay para hazerse los dará con mucha façilidad”, AGS, PE, *Presidente de la Chancillería de Granada al Consejo Real, 26 de octubre de 1593*, leg. 39.

116. Y como tal propuso aplazar la aplicación de los proyectos de institución de Casas de Misericordia de Miguel de Giginta, probablemente por hacerse con el mérito de la propia reforma, CAVILLAC, *La reforma de la beneficencia...*, p. 17.

117. GARCÍA ORO y PORTELA SILVA, “Felipe II y el problema hospitalario...”, pp. 116-117.

118. MARCOS MARTÍN, “La Iglesia y la beneficencia...”, p. 124 y CARMONA GARCÍA, *El sistema de hospitalidad pública...*, pp. 208-248.

institución resultante¹¹⁹. Sevilla es un caso paradigmático: la mitra y la jurisdicción eclesiástica ordinaria se hicieron con el patronazgo de los dos hospitales, del Amor de Dios y del Espíritu Santo, surgidos del proceso de reducción de otros 75 efectuado en los años ochenta (permanecieron ajenos a la reforma al menos otros catorce de distintos patronazgos)¹²⁰. Los árboles no deben ocultarnos el bosque: la conservación sin apenas retoques del patrimonio hospitalario existente fue la norma a lo largo de la centuria; al igual que lo fue la fundación por doquier de hospitales, una corriente cultural aparentemente irrefrenable, animada desde finales de siglo por una religiosidad de signo tradicional y contrarreformista. En Zamora, por ejemplo, donde las cofradías dominaban el escenario asistencial, la centralización fracasó por motivaciones de esa índole: su disolución conllevaba la pérdida de las donaciones particulares¹²¹. Fracasó igualmente en Toledo, pese a reunir todas las condiciones favorables, probablemente porque los siete principales hospitales de un total de veintisiete tenían cometidos médicos específicos y estaban sometidos a la jurisdicción eclesiástica (cuatro) o a la real (tres)¹²². El caso de Santiago reúne, por su parte, unos protagonismos y una cadencia muy similares a los de Granada (incluso la ciudad contaba con el mismo número de hospitales al acometerse la iniciativa postrera en 1571): allí también se confrontaron las jurisdicciones real y eclesiástica y se bloqueó la reforma¹²³.

Los hechos acaecidos en la ciudad de Granada ilustran las anteriores generalizaciones. Las reiteradas tentativas de reducción hospitalaria promovidas por la Corona se saldaron en fracaso, a causa de la oposición ejercida de forma sucesiva por los prelados Pedro Guerrero, Juan Méndez de Salvatierra y Pedro de Castro. El arzobispado disponía de un dispositivo asistencial propio (y un establecimiento de referencia, el hospital de Santa Ana) y de una fuente de financiación inagotable —la renta decimal—, que no quiso compartir o dividir. Frente al voluntarismo de la reforma patrimonial impulsada por los agentes de la Corona —Joan Alonso de Moscoso y Fernando Niño de Guevara— obró una jurisprudencia eclesiástica de sólidas raíces conciliares. La impregnación clientelar de la hospitalidad institucional, en un contexto en el que la asistencia curativa constituía un don de gran estima y demanda, y al tiempo muy escaso,

119. MARCOS MARTÍN, “La Iglesia y la beneficencia...”, pp. 126-127, ha apuntado el nuevo protagonismo eclesiástico tras la culminación de las reducciones y lo ha interpretado como una especie de usurpación de bienes llevada a cabo por la Iglesia.

120. Véanse CARMONA GARCÍA, *El sistema de hospitalidad pública...*, pp. 249-278 y MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 79-80.

121. FLYNN, *Sacred Charity...*, pp. 103-104 y MARTZ, *Poverty and Welfare...*, p. 84.

122. Según mi propia interpretación de los hechos. La información en MARTZ, *Poverty and Welfare...*, pp. 147 y 160-163.

123. BARREIRO MALLÓN y REY CASTELAO, *Pobres, Peregrinos y Enfermos...*, pp. 59-70 y 84-86.

hizo inviable una reforma centralizadora que hubiera tenido como principal y único beneficiario al hospital Real, una institución que ya se configuraba como una pieza básica de los mecanismos clientelares de la Monarquía, a través de la concesión de mercedes reales de pan¹²⁴. Por su parte, el hospital de Juan de Dios, “el hospital cristiano viejo por antonomasia”¹²⁵ y el auténtico paradigma de la caridad mendicante, ya se había consolidado como la representación más señera de la religiosidad tradicional (la plasmación de las buenas obras como vía de salvación). El ser objeto de una veneración pública generalizada garantizó su permanencia como institución independiente, sólo sometida a los episódicos intentos de control realizados por el arzobispado en la estela de los mandatos tridentinos¹²⁶.

Como una especie de epítome de lo antedicho, valga la siguiente exposición de objetivos realizada por el influyente Pedro de Castro en su memorial antes citado, redactado durante 1594 como instrumento de su planeada visita *Ad Limina* a la corte romana. El prelado situó la reforma en el terreno de la jurisprudencia, alejándose de cualquier presunción voluntarista:

“convendría consumir algunos de estos hospitales y unir los otros como lo manda el concilio, no ossa el prelado hacerlo por que luego ha de aver dificultades con la chancillería y consejo”¹²⁷.

Al parecer, la reforma hospitalaria seguía siendo querida y considerada cercana, pero también se vislumbraba sembrada de obstáculos. Aun cuando las palabras del arzobispo parecieran estar cargadas de ironía, así había acontecido desde antiguo, siempre que se había planteado.

124. Véase mi trabajo, actualmente en prensa, *Las Constituciones del Hospital Real de 1593 y 1632*. Sobre tal clase de mecanismos clientelares, véase MARTÍNEZ MILLÁN, J., “El Reino de Granada y Castilla. Perspectivas de estudio”, en BARRIOS AGUILERA, M. y GALÁN SÁNCHEZ, Á. (eds.), *La Historia del Reino de Granada a debate. Viejos y nuevos temas. Perspectivas de estudio*, Málaga, Centro de ediciones de la Diputación Provincial de Málaga, 2004, pp. 29-47, pp. 44-46.

125. GARCÍA PEDRAZA, *Actitudes ante la muerte...*, pp. 832-833.

126. Un breve de 13 de febrero de 1592 de Clemente VIII la había suprimido; en adelante, los hermanos sólo habrían de hacer voto de servir a los enfermos y deberían prestar obediencia a los ordinarios de los lugares donde se hallasen instalados. La referencia al breve, que no reproducción íntegra, se encuentra en PARRA y COTE, *Bulario de la Sagrada Religión...*, pp. 87-88 (Nota segunda. Breve de supression de Clemente Papa VIII).

127. Esta referencia fue eliminada en la redacción definitiva, revisada por la Cámara, y enviada a Roma. El arzobispo señaló asimismo que no se le había dejado visitar el hospital de Ramírez de Alarcón, al alegar sus administradores que era de patronazgo real, interpretación de la que discrepaba (una información igualmente eliminada en la redacción definitiva del informe), véase MARÍN LÓPEZ, “Un memorial de 1594...”, p. 291 (que reproduce el memorial).