

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA BENEFICIENCIA.

HOSPITALES Y MATRONAS EN ESPAÑA ENTRE LAS ÉPOCAS MEDIEVAL Y CONTEMPORÁNEA.

Mercedes Arjona Cosano
Diplomada en Enfermería

Introducción

La elección del tema del trabajo que a continuación se expone no ha sido para nada casual, pues presenta, a nuestro juicio, un gran grado de interés. En primer lugar, debemos señalar que nuestro trabajo gravita entorno al tema de la beneficencia entre los siglos XVIII y XX. Posteriormente, hemos tratado de incluir temas afines como es el caso del papel que desempeñaban los hospitales, así como las matronas, durante los siglos anteriormente citados.

Respecto a la metodología utilizada, hemos de señalar que realizamos un vaciado bibliográfico, encontrando un número reducido de obras. Así pues, para realizarlo se requirió la utilización de Internet en busca de mayor información (Dialnet, búsquedas con Google, etc.), algo que se recoge al final de este documento, como podrá verse posteriormente, en la bibliografía y recursos web utilizados.

Antes de comenzar la exposición de nuestro trabajo, nos parecería más correcto introducir unas pinceladas sobre los términos beneficencia, hospital y matrona, los cuales son objeto de nuestro análisis (hablaremos de las matronas a nivel nacional, y en el caso de los hospitales, nos ceñiremos a la comunidad riojana).

El primer término, el vocablo de beneficencia, según el Diccionario de la Real Academia Española, vendría del latín (*beneficentia*) y tendría el significado de “hacer bien” o sería el “conjunto de instituciones y servicios benéficos”.

El vocablo hospital deriva del latín (*hospitalis*), y aparece recogido en el Diccionario de la R.A.E. como el establecimiento designado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza. Esta acepción es más corriente en la actualidad, pero para la realización de nuestro trabajo nos convendría más la siguiente: “casa que sirve para recoger pobres y peregrinos por tiempo limitado”.¹

Continuando con la misma obra, el término matrona, proveniente también del latín, englobaría a

las mujeres “especialmente autorizadas para asistir a las parturientas”. Estaría íntimamente conectado con el vocablo obstetricia (del latín *obstare*: estar al lado), la partera sería entonces la acompañante de la parturienta, a la que prestaría su ayuda.²

En la elaboración de este artículo, nos hemos marcado como objetivos conocer la realidad de la beneficencia (y todo lo que ésta conlleva), además de observar como se producen los cambios en ella, debido a que ésta se ve afectada por los distintos acontecimientos históricos. Debemos incluir aquí el papel que desempeña la matrona, la cual, también se ve afectada por los cambios sociales, algo que acabará por profesionalizarla.



Beneficencia, Hospitales y matronas en la España bajomedieval

La beneficencia era una perspectiva según la cual una persona que tiene (tierras, dinero, bienes...), el benefactor, brinda un bien o un servicio a quien no lo tiene. En esta relación de desigualdad, quienes reciben son objetos de caridad y no sujetos de derechos. Históricamente, la aparición de este modelo se origina en la Edad Media, siendo fundamentalmente la Iglesia quien se ocupa de la atención de los indigentes, los pobres y los marginados, con la colaboración de fieles, motivados por sentimientos religiosos y piadosos.

La imagen que se tenía de la pobreza no tenía nada que ver con la que se tiene actualmente. El pobre era tratado como una figura social y económica. La caridad estaba institucionalizada, y permitía que descendiesen las discordancias en el reparto de las riquezas, justificaba la actitud personal del privilegiado y le reportaba un prestigio social. Los hospitales pueden interpretarse como un medio indirecto que permite al sistema proseguir y mantener su concentración de riqueza y poder.

El hospital era una pieza más de un conjunto articulado de la beneficencia que sirvió en la sociedad medieval y moderna para facilitar en unos pocos privilegiados el proceso de concentración de la riqueza, de prestigio social y de liderazgo ideológico.

Los hospitales de la época solían ubicarse en la entrada de las ciudades o bien en el centro de la urbe junto a la catedral. En la Península Ibérica algunos autores han señalado tres tipos de hospitales: una primera modalidad sería el hospital tipo basilical, que era semejante en su disposición a una iglesia, un ejemplo fue el hospital del rey de Burgos. Una segunda modalidad fue el hospital de tipo palaciego que se llama así porque solía ubicarse en las casa-palacio de algún miembro de la nobleza, generalmente los miembros de la nobleza cuando daban su última voluntad legaban sus casas municipales para que en ellas se edificase un hospital. Esta tipología poseía un elevado número de estancias y también de dependencias como un comedor, una cocina, una despensa, un granero, un horno y una huerta. Una tercera modalidad fue el hospital con forma de cruz griega que solía tener cuatro patios en sus extremos. Junto a estos hospitales de grandes dimensiones también existieron otros más pequeños que se solían ubicar en cualquier casa de la ciudad.

Los hospitales tenían funciones sanitarias y también practicaban la caridad y en ellos se acogían a los enfermos y a las personas que necesitaban alojamiento como mendigos, peregrinos, huérfanos o ancianos. Con el paso de los años fueron restringiendo su entrada a los pobres y se convirtieron en algo parecido a lo que son hoy en día, sitios para curar ciertas dolencias.

Ciertos hospitales de la Edad Media estuvieron especializados en el tratamiento de ciertas dolencias. En algunos se daba cabida a enfermos psíquicos, este fue el caso de uno de ellos fundado en Londres en 1403. En 1409 se fundó también otro para disminuidos psíquicos en Venecia. En Córdoba en la primera mitad del siglo XV, un miembro de la aristocracia cordobesa fundaría otro recinto hospitalario para enfermos psiquiátricos conocido como "Hospital de la sangre de Jesucristo".

En el medioevo, a la hora de hablar de dichos centros, destacaremos dos reinos: en La Rioja existía, por aquel entonces, un hospital por cada 28 pobres, y por cada 266 vecinos, mientras que en el reino de Castilla la ecuación

reflejaba otros datos: un hospital por 33 pobres, y por cada 900 vecinos.³

Los pobres eran más numerosos allí donde se acumulaban dichos recintos. Existían en esta época pequeños centros rurales, que servían de punto intermedio entre los de mayor entidad y, aquellos que poseían asistencia sanitaria. En ellos se proporcionaba refugio, luz y pan al pobre o enfermo, y se le encaminaba al centro sanitario. El hilo conductor de este reparto hospitalario es la herencia jacobea medieval que ha permanecido físicamente.

Los 35 hospitales sanitarios o asilos, con los que contaba La Rioja, eran los más dotados y lo que más posibilidades tuvieron de subsistir. Algunos irán arruinándose, y otros repartirán sus rentas en socorros domiciliarios.

La Iglesia, a la vez que los estamentos privilegiados, se erigió en el soporte fundamental de la beneficencia, redistribuyendo los bienes acumulados por vías parafiscales o voluntarias. En La Rioja sólo patrocina el 8% de los hospitales en solitario, y el 12% junto con la autoridad civil. Sobresale más la autoridad municipal, que abarca en exclusiva al 24% de los hospitales y comparte otro 12% con la Iglesia.⁴

Otra manera de hacer beneficencia que no se ha reconocido como tal era la solidaridad popular de los necesitados agrupados en hermandades y cofradías que cuentan con sus propios centros sanitarios. Son resortes comunitarios de autodefensa, en concejos o asociaciones populares, que buscaban llenar lagunas asistenciales.

Las rentas son de origen propio en el 65% de los hospitales, consistentes en fincas rústicas, urbanas y censos. Sólo los mayores cuentan con rentas enajenadas de la Corona, juros, etc.

El personal asistente es un simple hospitalero en el 84% de las casas, el cual solía vivir con su familia en dicho lugar, y se encargaba de abrir las puertas según el horario. Generalmente es un pobre del lugar y recibe habitación, alguna finca para labrar, exención de cargas concejiles y exiguas cantidades de dinero o grano. En el 16% el personal está más especializado, contando con administrador o mayordomo. Éste supervisa los ingresos y gastos del hospital. Podemos situar, además, la presencia de los enfermeros, cocineros, capellanes y sepultureros.

En otro orden de cosas, y comentando ya el papel de las comadronas, hemos de señalar que eran mujeres autodidactas, que no tenían ninguna preparación, ni entrenamiento, ni educación especial. Ejercían el arte de la obstetricia siguiendo las normas empíricas recibidas por la tradición oral a través de las parteras más antiguas, y de su propia experiencia. Y gracias a su habilidad, monopolizaron la asistencia al parto hasta el S XVIII.⁵



Será a partir del siglo XV cuando comiencen a desarrollarse en España referencias legales sobre la formación y práctica del oficio de matrona. Es por ello que se editaron cartillas la cuales resumían los conocimientos fundamentales, se realizarían prácticas demostrativas, etc.⁶

Ya en 1498 los Reyes Católicos promulgaron una Pragmática que regulaba el ejercicio profesional de las matronas. La institución encargada de hacerla cumplir era, el Real Tribunal del Protomedicato, que las examinaba y aprobaba. Este hecho demuestra la preocupación que sentía la Monarquía castellana por fijar unos niveles de conocimientos cuanto menos mínimos para que una mujer pudiera ejercer dicha práctica.⁷

El aprendizaje del oficio se hacía directamente junto a una experta, asumiendo ésta una función docente. Se ejercía habitualmente por tradición familiar o por relaciones de proximidad (madre, hija, nieta, sobrina...). Las parteras aprendían el oficio desde joven junto a sus familiares ya veteranas y comenzaban a sustituirlas paulatinamente conforme iban adquiriendo formación y destreza, hasta independizarse por completo. El aprendizaje se realizaba por transmisión repetitiva.

Para que fuesen recibidas a examen debían cumplir unos requisitos, así por ejemplo, en Cataluña, debían tener 25 años cumplidos y habiendo practicado dos años; en Aragón se requería 35 años; el Colegio de Madrid sólo admitían a mujeres casadas, y siempre con el consentimiento del marido.⁸

Entre las condiciones personales y obligaciones que debía de poseer una buena matrona se recomendaba: perspicacia de las potencias racionales y de los sentidos externos, agilidad de todos los miembros, manos delgadas y tacto fino.⁹

Pero según el lugar en el que actuasen se debían poseer ciertas cualidades. Así, por ejemplo, en Aragón debían de ser cristianas viejas, sin mezcla de judíos ni moros.

Y en cuanto a las obligaciones, las resumiremos en los siguientes puntos: aplicarse fielmente al ejercicio de su arte, no cooperar ni dar consejo para abortar, asistir a los pobres (mediante la beneficencia), no mandar medicamentos a las embarazadas sin consejo del médico, llamar al cirujano cuando fuese necesario, enseñar a las discípulas que quieran practicar con ella.

Además, era obligación saber administrar el sacramento del bautismo, por lo que se les requería que fuesen honestas, de buena fama, y ni de corta ni de crecida edad.

Decadencia y descomposición del hospital del medievo

En la Edad Moderna, con la paulatina desaparición de las sociedades feudales, aparece en escena la llamada beneficencia pública, ejercida por los ayuntamientos, y convirtiendo la asistencia caritativa a los pobres en el primer plan municipal de beneficencia pública. Con el tiempo, el Estado profundizó este tipo de intervención, creando entidades encargadas de proporcionar fondos públicos para la atención de nuevos destinatarios: los ancianos, los niños, los enfermos, los pobres en general, manteniendo la visión asimétrica entre benefactor y beneficiario. No sólo el Estado adoptó esta modalidad, sino que muchas organizaciones de la Sociedad Civil realizaron beneficencia.

Llegado a este punto debemos destacar la importancia de la pobreza en el Antiguo Régimen. Los pobres de la Edad Media podían llevar una vida austera, con un miedo constante al hambre y la enfermedad. Sin embargo, por lo general estas personas no se encontraban completamente desamparados; es decir, abandonados a su suerte, porque las redes de solidaridad de la sociedad medieval los acogían y ayudaban a su supervivencia. Ya en el tránsito a la modernidad, y como herencia del medioevo, la minoría privilegiada era la que se encargaba de la indigencia, siendo el pobre una figura social y económica. El pordiosero era una profesión reconocida, mientras que la caridad permitía equilibrar una sociedad en la que el poder y las riquezas estaban repartidos entre unos pocos. Todo esto cambiará cuando las clases privilegiadas encuentran un duro competidor: la burguesía.¹⁰

En esta época, los hospitales se ven reducidos en un 65%, iniciándose el desmantelamiento del sistema hospitalario de La Rioja, Nájera y Santo Domingo, los cuales han perdido el 85 y 70%, de sus unidades hospitalarias.

Ahora bien, aunque ha habido un cambio importante (la relación hospitales/vecinos se ha multiplicado por tres), la asistencia no desciende en esa misma proporción, así, el número de desposeídos por cada hospital se multiplica por doce.

La reducción continúa acentuándose en el siglo XVIII. Se producirá un retroceso en los ámbitos rurales y tradicionales, la marginación de la pobreza irá en aumento, provocando que el pobre no posea una consideración personal, sino más bien, que la pobreza se considere ahora como la resultante, no de un sistema, sino de una incapacidad individual. Es por ello, que la pobreza caerá en la marginación.

La desaparición no afectará tanto a los centros que practican la hospitalidad sanitaria y asilar. Al contrario que la pobreza, la enfermedad no será una realidad tan desechable. La evolución general del sistema hospitalario sería la siguiente: centros dedicados a peregrinos hasta el siglo XVI, a pobres hasta el XVIII y a enfermos preferentemente en el XIX. En este siglo, la beneficencia se orientará hacia la instrucción pública, la enfermedad y a miembros de la sociedad impedidos por razones ajenas a la pobreza (viudas, imposibilitados, ancianos).

En el siglo XIX, en el orden sanitario, el aumento del intervencionismo estatal supuso la quiebra definitiva de un modelo asistencial que estuvo vigente durante siglos y que desde fines del siglo XVIII manifestó de forma más patente su transformación y desaparición. La sucesiva reglamentación sanitaria emitida, y el aumento de la capacidad de los poderes estatales por hacerla cumplir, traerían importantes cambios en la organización y prestación de los cuidados en España.¹¹

Asimismo, los hospitales verán transformadas sus estructuras administrativas, económicas, asistenciales y su papel social. En cuanto a la administración, el Estado ha ido extendiendo su protectorado sobre la beneficencia particular. Clasifica los establecimientos como generales, provinciales, municipales, y particulares. La Ley de Beneficencia de 1849, y la posterior entrada en vigor de su Reglamento en 1852, diferenciaba los establecimientos sanitarios en públicos y privados, contemplando que en cada capital de provincia se procurará que haya por lo

menos un hospital de enfermos, una casa de Misericordia, otro de Huérfanos y Desamparados y otro de Maternidad y niños Expósitos.¹²



Además la entidad y estructura económica hospitalaria experimentaron un profundo cambio, siendo el factor transformador principal la desamortización que se realizó sobre la beneficencia, por parte de Godoy y de Madoz. Algo que hizo que se transformara la estructura económica, que pasa de estar constituida por propiedades y censos a consistir en deuda pública. Tampoco los rendimientos mejoraron, asimismo, la infravaloración de las propiedades en un mercado ya saturado y la constante devaluación del capital en las reconversiones no mejoró la situación económica de la beneficencia.

Se imposibilitó las ayudas hacia algunos hospitales, negándoseles los trabajos eventuales de mantenimiento, las ofertas de tierras en renta, los préstamos de grano, de créditos, etc., potenciándose el desvío hacia los socorros domiciliarios, aunque bien es cierto, que se crearán nuevos establecimientos hospitalarios.

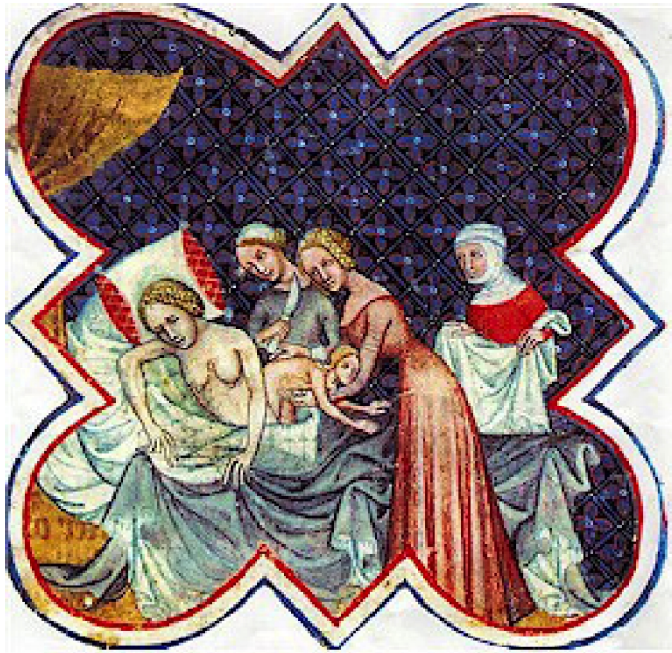
Se ha producido un gran cambio: los hospitales ya no se encuentran enraizados en su medio rural o urbano, ni participaban del mismo ciclo agrícola, ahora son una oficina de limosnas o un frío centro sanitario.

Además de la desamortización, otro factor ha contribuido al desmantelamiento institucional: la política de agregaciones que tuvo su influencia en el caso riojano desde la segunda mitad del siglo XVIII, unido todo ello a la adversa coyuntura de la primera mitad del XIX, provocó esta labor destructiva: crisis de subsistencia inicial, guerra de la Independencia y las propias guerras civiles contribuyeron a arruinar algunos hospitales. El abandono de los patronos particulares apoyó este proceso, quizás como consecuencia de que sus fundaciones no tenían ya una función.

Es por ello, que existiría una nueva organización: un solo hospital, el provincial de Logroño, acapara más del 23% de los gastos. Los hospitales municipales-particulares serían aún el 82,6%, pero sólo gastan el 58,5%. Los asilos serían tres, y representarían el 18% del gasto. En relación ingresos/población los provinciales acogen en Logroño al 0,45% de la población y en todo el país al 0,51%.¹³

Debemos señalar, como rasgo de gran interés que el número de asistidos es mayor en el género masculino que en el femenino, algo que nos sugiere que la mujer poseía, ya entonces, mayor resistencia biológica y social a la necesidad, a pesar de que el número de viudas era siempre mayor.

El sistema hospitalario riojano se convertirá en poco capaz y efectivo asistencialmente. Tal vez la razón estribaría en la fuerte y rica herencia hospitalaria que actuaría como lastre ante las adaptaciones exigidas y en el entorno riojano que tampoco se encaminaría al ritmo general en la evolución demográfica, económica y social.



En el caso de las matronas, será a mediados del siglo XVI cuando se extendió por Europa una corriente que pretendía exponer y divulgar los conocimientos obstétricos y ginecológicos como lo demuestran los libros que aparecen sobre conocimientos materno-infantiles. Estos tratados tuvieron gran éxito y difusión, ya que se escribieron en su mayoría en romance o lengua vulgar, es decir la que hablaba el pueblo y no en latín, lengua de los eruditos. La redacción de estas obras corrió a cargo de médicos varones cuyo objetivo era enseñar a las mujeres aspectos de su profesión, ya que no existía una enseñanza oficial, ni control, ni examen de las mujeres que ejercían como matronas.

Estas publicaciones motivaron que poco a poco se fueran introduciendo varones en el campo de la obstetricia. El primer tratado en lengua castellana es el de Damián Carbón, mallorquín que en 1541 publicó el **Libro del Arte de las Comadres**, obra con la que pretendía aconsejar a las comadronas sobre la salud de las preñadas, paridas y criaturas.¹⁴

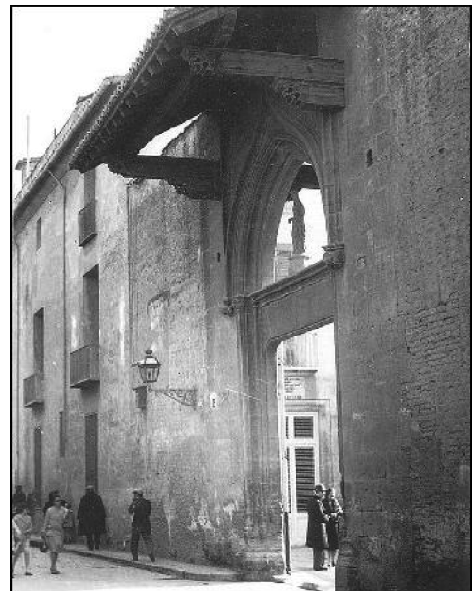
En 1621 se publica el **libro Del Parto Humano** de Francisco Núñez, volumen que contiene remedios muy útiles y usuales para los partos difíciles, y con otros muchos consejos pertenecientes a las enfermedades de los niños.¹⁵

De todas maneras parece ser que hasta el siglo XVII la falta de formación de las parteras era la tónica general. A lo largo de este siglo la figura masculina se fue introduciendo en la profesión lo que propició la necesidad de mejorar la enseñanza de las matronas y en 1750 Fernando VII promulgó una Ley que regulaba su ejercicio, exigiendo un examen para ejercer su profesión. Consecuencia de esta disposición es la publicación de la **Cartilla del arte de partear** de Antonio Medina,

médico de la familia real y examinador del Real Tribunal del Protomedicato, por la que fueron examinadas las matronas a partir del año 1752. Este libro se constituyó en el texto oficial para responder al examen.

Como hemos podido observar, la cooperación en la formación de matronas, reflejaba el interés público de una asistencia de localidad en los partos, todo esto iba encaminado a alcanzar una mayor preparación, algo que hizo que los requisitos de formación se volvieran progresivamente más rigurosos. Es por ello que a partir de 1789, ya en los albores de una nueva época histórica, el Real Colegio de Cirugía de Madrid, estableció que ninguna vecina de esa villa podría presentarse a examen de matrona sin haber recibido las enseñanzas correspondientes.

Consolidación de las nuevas instituciones en el siglo XX.



La distribución de los hospitales avanzaría hacia el equilibrio y la racionalidad, consolidándose (en La Rioja) cuatro hospitales provinciales, treinta y ocho particulares dependientes en un tercio de ayuntamientos, en otro tercio de la unión ejecutivo-Iglesia, ocho serán privados y cuatro exclusivamente eclesiásticos. La beneficencia particular se hundió en el año 1907, la que resta estaría en manos municipales en un 68%, quedando el papel de la Iglesia en algo residual.

La composición del capital de los hospitales particulares de La Rioja en 1907 aún guardaría restos de su vieja estructura: 0,21% en fincas rústicas, 1,96% en fincas urbanas, 3,93% en censos, 24,25% en títulos financieros y 69,65% en deuda pública.

La actividad asistencial de los provinciales nos vendría dada en el número de camas y las estancias en ellas causadas. Las 915 camas eran superiores en varias

veces al total de los particulares y rebasaba la media nacional (116 camas por hospital provincial). También la utilización y rendimiento social de las mismas es superior: las logroñesas están ocupadas 345 días al año y las nacionales sólo 264.¹⁶

En lo referido a las matronas, será en el último tercio del siglo XIX, y en lo que respecta al asistencia sanitaria, se había creado el cuerpo de Beneficencia Domiciliaria Municipal, dependiente de los Ayuntamientos, y dentro del mismo una sección de matronas, responsables de la asistencia domiciliaria a la parturienta y al recién nacido. Cada matrona tenía a su cargo un determinado número de distritos de los que se responsabilizaba las 24 horas del día.

La asistencia a la parturienta pobre se lleva a cabo por las matronas pertenecientes a la Beneficencia Municipal.

La convocatoria de las plazas salía anunciada en el Boletín Oficial de la Provincia. Los documentos que debía aportar el aspirante eran los siguientes: solicitud, certificación de buena conducta, partida de bautismo, documento de vecindad, certificación de una profesora en partos, certificado de un profesor de medicina y cirugía, certificado del Título, expedido por la Facultad de Medicina de la Universidad en donde estudio el aspirante, haciendo constar, la calificación obtenida en los exámenes de reválida, papel de pagos al estado por derechos del título de matrona.¹⁷

Además de los requisitos exigidos, algunos de las aspirantes aportaban certificación de haber asistido gratuitamente a parturientas pobres, lo cual era tenido en cuenta por el correspondiente tribunal calificador.

Las matronas auxiliares y titular de la Beneficencia Municipal eran las responsables de la asistencia a las parturientas pobres, aquellas que sus medios económicos no les permitían acceder a las atenciones de una privada. La cantidad fijada que cobraba la matrona por llevar a cabo un parto (en la ciudad de Sevilla), en los años 80 del siglo XIX, era de 5 pesetas, debiendo abonar 2 pesetas la parturienta pobre y el resto el Ayuntamiento hispalense.

En ese ambiente de pobreza en que se movía la matrona de la Beneficencia, no sería infrecuente encontrar casos de dificultad para que esta profesional pudiese cobrar los honorarios que por el desempeño de su trabajo le correspondían. Lo normal era que se llegase a un acuerdo previo al parto entre la matrona y parturienta y su familia para fijar el importe del mismo (usualmente 20 reales), cantidad que se debía hacer efectiva a la matrona tras el nacimiento del niño.

En el siglo XIX, en el orden sanitario, el aumento del intervencionismo estatal supuso la quiebre definitiva

de un modelo asistencial que estuvo vigente durante siglos y que desde fines del siglo XVIII manifestó de forma más patente su transformación y desaparición. La sucesiva reglamentación sanitaria emitida, y el aumento de la capacidad de los poderes estatales por hacerla cumplir, traerían importantes cambios en la organización y prestación de los cuidados en España.

La asistencia a la mujer pobre embarazada por parte del Estado conoció un desarrollo muy importante en el siglo XIX. En los siglos precedentes, el parto y el puerperio no estaban conceptuados como enfermedad y por eso no necesitaban la ayuda de las instituciones de caridad existente, dedicada a cubrir otras necesidades. Así, eran inexistentes las prestaciones que recibían las madres pobres en los meses anteriores y posteriores al alumbramiento; la familia debía de correr con todos los gastos de la gestación y nacimiento, pago a la matrona por el seguimiento y parto del gestante. Sin embargo, a lo largo de la centuria decimonónica, el estado fue asumiendo el socorro a las mujeres pobres embarazadas, aliviando en parte los costos que ocasionaban los servicios prestados por la matrona en el parto: en este ámbito fue de gran importancia el nacimiento y desarrollo de la Beneficencia.

El creciente intervencionismo estatal en la asistencia de la mujer pobre embarazada se fue concretando en dos líneas fundamentales: 1) la creación de instituciones que ayudaban económicamente a la futura madre; 2) el aumento de control de la formación de las Matronas españolas.

Conclusiones

En los periodos anteriormente señalados, se produjo un cambio en las estructuras y en el mismo sistema hospitalario. La beneficencia, los centros sanitarios, así como el papel de las matronas irá adecuándose a la realidad social de la época.

Entre 1750 y 1850 se produce un gran deterioro en las estructuras de la beneficencia, siendo a partir de la última fecha anteriormente señalada, cuando se produce la destrucción del antiguo sistema. Ya en 1907 comienzan a observarse las nuevas estructuras hospitalarias (en La Rioja).

Todo este cambio, podría explicarse debido a que la pobreza acaba por excluirse dentro del sistema sanitario, el papel del pobre ya no está bien visto, en el hospital acabará por tratar únicamente a los enfermos, debido a que el pobre se contempla ya como algo extrínseco a la sociedad, a su vez, aparecen otras fuerzas productivas, se produce la caída del feudalismo, y el alzamiento de otras clases sociales, debemos destacar también la importancia de la revolución de los transportes y de la ciencia médica. A todo ello, habría que unir que se producen una serie de desamortizaciones que privan a la Iglesia y a los municipios de los bienes donados.

A todo esto hay que unir que la labor desempeñada por la matrona también cambia, al igual que lo hace la beneficencia. En un primer momento, las matronas no tenían preparación alguna, algo que posteriormente variará, ya que es el mismo Estado el que le aporta un corpus doctrinal. A su vez, tendrá la oposición de una figura que le irá ganando terreno: el cirujano. Las matronas tendrán un papel muy importante dentro de la beneficencia, pues atenderán a las mujeres más pobres, aquellas que apenas tenían recursos.

Referencias bibliográficas y recursos web utilizados

- CARASA SOTO, P.: "Crisis y transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen: Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907". Cuadernos de investigación: Historia, Tomo 10, Fasc. 1, 1984, págs. 7-26. Descargado de la web: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=81563>
- CUADRI DUQUE, M^a J.: "Antecedentes históricos de la formación de matronas", *Hiades: Revista de la Enfermería*, números 5-6, 1998-1999. P. 268. Consultado en: <http://www.portalhiades.com/Otros%20enlaces/C%20H%C3%ADades/H%C3%ADades.htm>
- GARCÍA MARTÍNEZ, M. J.; GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. y VALLE RACERO, J. I., "Matrona y beneficencia en la Sevilla del XIX", *Hiades: Revista de Historia de la Enfermería* nº 2, Septiembre 1995. Pp. 55-56. Consultado en la web: <http://www.portalhiades.com/Otros%20enlaces/C%20H%C3%ADades/H%C3%ADades.htm>
- MANZANO ALONSO, I.: "Historia de las matronas". Consultado en <http://www.aexmatronas.org/web/documentos/Historia%20de%20la%20Matrona.pdf>
- SERRANO MONZÓ, I: "Apuntes Históricos de la profesión de matrona". A propósito de la exposición de Matronas y mujeres en la Historia, Pamplona, 28 de mayo a 2 de junio. Descargado de la web: www.matronasdenavarra.com/pdfs/historia.pdf
- SERRANO MONZÓ, I: "La formación de matrona a lo largo de la Historia". A propósito de la exposición de Matronas y mujeres en la Historia, Pamplona, 28 de mayo a 2 de junio. En: <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/formacion.pdf>

Notas

¹ Todas las acepciones recogidas en este documento están extraídas de la web de la RAE.: <http://www.rae.es/>

² MANZANO ALONSO, I.: "Historia de las matronas". Seleccionado de la página web: <http://www.aexmatronas.org/web/documentos/Historia%20de%20la%20Matrona.pdf>

³ CARASA SOTO, P.: "Crisis y transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen. Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907". P. 11.

⁴ Op. Cit. P. 14.

⁵ *Ibidem*.

⁶ CUADRI DUQUE, M^a J.: "Antecedentes históricos de la formación de matronas", *HIADES Revista de la Enfermería*, números 5-6,

1998-1999. P. 261.

⁷ Op. Cit. P. 262.

⁸ Op. Cit. Pp. 262-264.

⁹ Op. Cit. P. 265.

¹⁰ CARASA SOTO, P.: "Crisis y transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen. Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907". P. 11.

¹¹ GARCÍA MARTÍNEZ, M. J., GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. y VALLE RACERO, J. I.: "Matrona y beneficencia en la Sevilla del XIX", *HIADES Revista de Historia de la Enfermería* nº 2, Septiembre 1995. Pp. 55-56.

¹² Op. Cit. Pp. 43-44.

¹³ CARASA SOTO, P.: "Crisis y transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen.

Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907". Pp. 20-21.

¹⁴ CUADRI DUQUE, M^a J.: "Antecedentes históricos de la formación de matronas", *HIADES Revista de la Enfermería*, números 5-6, 1998-1999. P. 268.

¹⁵ *Ibidem*

¹⁶ CARASA SOTO, P.: "Crisis y transformación de la beneficencia del Antiguo Régimen. Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907". P. 23.

¹⁷ GARCÍA MARTÍNEZ, M. J.; GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. y VALLE RACERO, J. I., "Matrona y beneficencia en la Sevilla del XIX", *HIADES Revista de Historia de la Enfermería* nº 2, Septiembre 1995. Pp. 43-45.