



*IV Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres, 15 al 31-octubre-2012*

**IV CONGRESO VIRTUAL SOBRE  
HISTORIA DE LAS MUJERES.  
(DEL 15 AL 31 DE OCTUBRE DEL 2012)**



**EVOLUCIÓN DE HOSPITALES Y MATRONAS EN ESPAÑA.**

**EL PAPEL DE LA MUJER.**

**M<sup>a</sup> Mercedes Arjona Cosano**

# **Evolución de hospitales y matronas en España. El papel de la mujer.**

M<sup>a</sup> Mercedes Arjona Cosano

## **Introducción.**

Los términos beneficencia, hospital y matrona han sufrido numerosos cambios desde la antigüedad.

Así, la beneficencia y el hospital estuvieron conectados hasta bien entrado en siglo XIX, coordinados ambos por el papel predominante de la Iglesia.

Por otro lado, la matrona no estuvo ligada a los hospitales en los primeros tiempos. Su unión se desarrollaría en época contemporánea, cuando el papel de las comadronas tiene ya un peso importante, habiéndose entonces profesionalizado e instrumentalizado.

Mientras que la evolución del hospital marcaría el apoyo asistencial y caritativo en épocas medieval y moderna, sería con la llegada de las desamortizaciones al ente eclesiástico cuando se produjese una verdadera transformación hospitalaria, cuyo punto final de destino sería la institución tal y como hoy la conocemos.

A esto, se une la evolución que tiene la figura de la partera, la cual pasa de mera asistente, cuya formación estaría basada en la experiencia, tanto de la propia matrona como de sus antecesoras, a una posterior caída en desgracia tras el ascenso de los cirujanos como asistentes del parto.

Posteriormente, y tras dotar de formación a la figura de la comadrona se produciría una dignificación de esta profesional, la cual, tras un largo periodo como “autónoma”, se vería inserta dentro del sistema hospitalario actual.

## 1. ÉPOCA MEDIVAL.

### 1.1. *Los Hospitales del Medievo.*

En la Edad Media, el papel de los hospitales y de las matronas está íntimamente conectado a la beneficencia. La gente pudiente del Medievo brindaba una serie de servicios a las gentes más pobres de lugar. Estos servicios eran gestionados por la Iglesia, la cual se ocupaba de los indigentes, pobres y marginados.

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.<sup>1</sup>

Estas instituciones, además de funciones sanitarias, practicaban la caridad, acogían enfermos, ancianos, mendigos, peregrinos, etc.

Con el transcurrir del tiempo, los hospitales acogerían solamente a los enfermos, restringiendo, entonces, la entrada a los pobres.

Debemos destacar dos lugares que en esta época eran señeros a la hora de hablar de hospitales:

- En la Rioja existía un hospital por cada 28 pobres, y por cada 266 vecinos.
- Y, en el reino de Castilla, donde podían encontrarse un hospital por 33 pobres, y por cada 900 vecinos.<sup>2</sup>

La existencia de un hospital significaba la aparición de un gran número de pobres junto al lugar donde se ubicaba éste. Así, además de los hospitales de gran entidad, que en ocasiones cubrían las necesidades de varias poblaciones, existían otros centros de carácter rural, donde se prestaba refugio y asistencia sanitaria al enfermo.

---

<sup>1</sup> ARJONA COSANO, M<sup>a</sup> M.: *Evolución histórica de la Beneficencia*, Revista Arte Arqueología e Historia, 19 (2011), pp. 347-353.

<sup>2</sup> 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, 10 (1984), p. 11.

La Iglesia, junto a los estamentos privilegiados, serían los actores principales de la beneficencia, pues redistribuirían los bienes acumulados por vías parafiscales o voluntarias.

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.<sup>3</sup>

Los hospitales de beneficencia se alimentaban de las rentas tanto de los propios hospitales, como de las aportaciones que podía hacer los estamentos privilegiados (fincas urbanas, rurales, etc.). Sólo los hospitales de mayor envergadura podían contar con las aportaciones de la Corona, los juros, etc.

En lo que respecta al personal hospitalario, en la mayoría de estas instituciones se contaba con un hospitalero, el cual solía vivir con su familia en dicho lugar, y se encargaba de abrir las puertas según el horario. El papel de hospitalero, en gran medida, estaba reservado a un pobre del lugar, el cual recibía una habitación, alguna finca para labrar, exención de cargas concejiles y exiguas cantidades de dinero o grano. En otros lugares, se contaban con un personal más especializado, como un administrador o mayordomo, el cual supervisaría los ingresos y gastos del hospital. A todo ello uniríamos otras figuras hospitalarias como los enfermeros, cocineros, capellanes y sepultureros.

## **1.2. La matrona y su formación en la Edad Media.**

Una figura determinante en esta época era la comadrona o partera. Como en anteriores épocas, eran mujeres autodidactas, que no tenían ninguna preparación, ni entrenamiento, ni educación especial. Ejercían su trabajo 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.<sup>4</sup>

Tenían conocimientos sobre los cuidados de la mujer embarazada, de la parturienta, de su recién nacido, de los métodos anticonceptivos y abortivos.

---

<sup>3</sup> ARJONA COSANO, M<sup>a</sup> M.: *Íbidem*.

<sup>4</sup> CARASA SOTO, P.: *Íbidem*.

Todos estos conocimientos fueron transmitidos por sus antecesoras, y, posteriormente, transmitirían a sus descendientes.<sup>5</sup>

A partir del siglo XV, en España se desarrollarán las referencias legales sobre la formación y práctica del oficio de matrona. Se editaron cartillas que resumían los conocimientos fundamentales, se realizarían prácticas demostrativas, etc.

Así, las *Cortes de Zamora (1434)* y las *Ordenanzas de Madrigal (1448)* permitían ejercer la práctica de matrona a aquellas personas capaces de demostrar que poseían conocimientos, y experiencia en dicho tema.

Ya en 1498 los Reyes Católicos promulgaron una *Pragmática* que regulaba el ejercicio profesional de las matronas. La institución encargada de hacerla cumplir era, 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.<sup>6</sup>

Las jóvenes matronas aprendían su oficio junto a una matrona experta, la cual asumía el papel de docente. El oficio de matrona, en la mayoría de casos, venía dado 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.

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. Aunque, según el lugar en el que actuaran debían poseer unas cualidades específicas.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> LINARES ABAD, M.: *Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de género*, I Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres, 2009, p. 4.

<sup>6</sup> CUADRI DUQUE, M<sup>a</sup> J.: *Antecedentes históricos de la formación de matronas*, HIADES Revista de la Enfermería, números 5-6, 1998-1999. P. 262.

<sup>7</sup> CUADRI DUQUE, M<sup>a</sup> J.: *op. cit.*, p. 265.

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.
- 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.

## **2. ÉPOCA MODERNA.**

### **2.1. Decadencia y descomposición del hospital del Medievo.**

Finalizando la época medieval, y con la desaparición paulatina de las sociedades feudales, la beneficencia experimentó, asimismo, cambios trascendentales. Así, aparecerá la denominada beneficencia pública, apoyada en los ayuntamientos. Con el tiempo, el Estado profundizaría en 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.

De todas formas, el concepto de beneficencia dentro del hospital no desaparecería. Es más, se observa un crecimiento en las grandes ciudades del ámbito hospitalario y asistencial.

En esta época, mientras que los hospitales se ven reducidos en un 65%, iniciándose el desmantelamiento del sistema hospitalario en el norte de España (La Rioja, Nájera y Santo Domingo, perderán hasta el 85 y 70%, de sus unidades hospitalarias), en el sur, en el caso de Córdoba, serían las fundaciones cofrades y el apoyo, como anteriormente se citó, de las

corporaciones locales (eclesiásticas o civiles), las encargadas de prestar apoyo asistencial y/o caritativo.

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 Ilustración y el siglo XVIII marcarán la eliminación de los pequeños hospitales gremiales así como los vinculados a las cofradías. Se pretendía, entonces, concentrar los recursos y reforzar el control institucional permitiendo racionalizar la asistencia y adecuarla a las necesidades sociales de la etapa finisecular, con lo que, de alguna manera u otra, la Iglesia continuaría rigiendo la mayoría de centros administrados por cofradías particulares, en el caso de la comunidad andaluza, y en concreto en la provincia cordobesa.<sup>8</sup>

A esta drástica desaparición del conjunto asistencial, se le uniría que la marginación de la pobreza iría en aumento, provocando que la pobreza se considerase como resultante, no de un sistema, sino de una incapacidad individual. Es por ello, que la pobreza caerá en la marginación.

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 en los poderes estatales por hacerle cumplir, traerían importantes cambios en la organización y prestación de los cuidados en España.<sup>9</sup>

A esto se une que 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. Clasificaría 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

---

<sup>8</sup> LÓPEZ MORA, F.: Pobreza y acción social en Córdoba (1750-1900), Córdoba, 1997, p. 206.

<sup>9</sup> 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, 2 (1995), pp. 55-56.

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.<sup>10</sup>

Las desamortizaciones de este periodo incidirían en el acontecer de la estructura hospitalaria, algo que se tradujo en la no mejora de los rendimientos, la infravaloración de las propiedades en un mercado ya saturado y la constante devaluación del capital en las reconversiones, provocando el empeoramiento de la situación económica de la beneficencia.

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

El devenir histórico tampoco resultó positivo para los hospitales. La Guerra de Independencia contra los franceses, y las propias guerras internas contribuyeron al arruinamiento de los hospitales, provocando, entre otras cosas, el abandono de los patronos particulares, quizás como consecuencia de que sus fundaciones no tenían ya una función.

Conviene señalar 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 a nivel nacional 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.

---

<sup>10</sup> GARCÍA MARTÍNEZ, M. J., GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. y VALLE RACERO, J. I.: *op. cit.*, pp. 43-44.



## 2.2. El papel de la matrona.

En el caso de las matronas, será a mediados del siglo XVI cuando se extendería 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 paulatinamente 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.<sup>11</sup>

Aún así, el papel de las mujeres asistentes del parto no tendría un prestigio social importante en este periodo. Pues, a la deficiente formación de las matronas se unió el ascenso del cirujano como figura profesional, con los conocimientos teórico-prácticos necesarios para el ejercicio de la partería. Esto situó a este colectivo en una posición privilegiada para ostentar más tarde el prestigio que, en nuestro tiempo, ostenta la obstetricia. Esta situación quedaría refrendada con la prohibición que realizó Felipe II a las matronas, a las que subordinó y desprestigió, convirtiéndolas en sanadoras irregulares.<sup>12</sup>

Por otro lado, en estos años se continuaría con la publicación de obras sobre el parto y la obstetricia. Es por ello que en 1621 Francisco Núñez publicaría la obra *Del Parto Humano*, la cual contiene remedios muy útiles y

---

<sup>11</sup> CUADRI DUQUE, M<sup>a</sup> J.: *op. cit.*, p. 268.

<sup>12</sup> LINARES ABAD, M.: *op. cit.*, p. 7.

usuales para los partos difíciles, y con otros muchos consejos pertenecientes a las enfermedades de los niños.<sup>13</sup>

Como se observó anteriormente, la falta de formación de las parteras era la tónica general en el siglo XVII. 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.

Sería en el siglo XVIII cuando se produjese la consagración de la figura de la matrona, tras el dominio de los cirujanos.

En 1750, Fernando VI, preocupado por la escasa formación de las personas que se dedicaban a la asistencia al parto, mayoritariamente mujeres, 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.

Todo esto hizo que el papel de matronas y cirujanos, pero especialmente de las primeras, tuviese una importancia inusitada. Su formación estaría basada en el estudio de textos, como las obras anteriormente recogidas en este artículo, entre otras. A lo que se añadiría una formación profesional en escuelas de matronas y colegios de cirugía.

Así pues, 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 volviesen 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.

---

<sup>13</sup> CUADRI DUQUE, M<sup>a</sup> J.: *ibidem*.

### **3. ÉPOCA CONTEMPORÁNEA.**

#### **3.1. El hospital del siglo XX.**

La distribución de los hospitales avanzaría hacia el equilibrio y la racionalidad, consolidándose una estructura basada en hospitales provinciales, hospitales particulares dependientes de ayuntamientos, aquellos otros pertenecientes a la unión ejecutivo-Iglesia, y hospitales privados y/o 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 actividad asistencial de los hospitales 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.<sup>14</sup>

Por todo lo expuesto anteriormente, se deduce que existiría una centralización pública de los hospitales, no entendida ésta como una acción administrativa secularizadora de la beneficencia tendente a unificar el control institucional, sino un cambio de titularidad en el gobierno y la gestión de los establecimientos benéficos a favor del poder local o municipal, y el provincial.

A esto se uniría que la beneficencia será instrumentalizada, constituyéndose en un nuevo servicio público, más ajustado a las necesidades de las ciudades cabeceras, en menor medida, a la de los municipios rurales.

La beneficencia pública haría que no se dependiese de los estamentos privilegiados, constituyéndose, entonces, un sistema coordinado de servicios dentro del ámbito del poder municipal y provincial.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> CARASA SOTO, P.: *op. cit.*, p. 23

<sup>15</sup> LÓPEZ MORA, F.: *op. cit.*, p. 348.

### **3.2. La transformación del papel de las matronas.**

El último tercio del XIX, como anteriormente se expuso, marcó el ascenso de la matrona como profesional de la partería. Respecto a la asistencia sanitaria, se crearon cuerpos de beneficencia domiciliaria en los municipios, para atender a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos. Dichos cuerpos dependerían exclusivamente de los ayuntamientos. Asistimos a la profesionalización ingente de la matrona, la cual, además de emplearse en un grupo sanitario, tendría a su cargo un determinado de embarazadas pertenecientes a distintos distritos, de los que se responsabilizaría las 24 horas del día.

La existencia 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 e Medicina de la Universidad en donde estudio el aspirante, siendo constar, la calificación obtenida en los exámenes de revalida, papel de pagos al estado por derechos del título de matrona.<sup>16</sup>

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 acabo un parto (en la ciudad de Sevilla), en los años ochenta del siglo XIX, era de cinco pesetas,

---

<sup>16</sup> GARCÍA MARTÍNEZ, M. J., GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. y VALLE RACERO, J. I.: *op. cit.*, pp. 43-44.

debiendo abonar dos 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 e los poderes estatales por hacerle 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 a primeros del siglo XX comienzan a observarse las nuevas estructuras hospitalarias.

Todo este cambio, podría explicarse 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.

- ARJONA COSANO, M<sup>a</sup> M.: *Evolución histórica de la Beneficencia*, Revista Arte Arqueología e Historia, 19 (2011), pp. 347-353.
- 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, 10 (1984), pp. 7-26.
- CUADRI DUQUE, M<sup>a</sup> J.: *Antecedentes históricos de la formación de matronas*, Hiades: Revista de la Enfermería, 5-6 (1998-1999), p. 268.
- 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, 2 (1995), pp. 55-56.
- LINARES ABAD, M.: *Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de género*, I Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres, 2009.
- LÓPEZ MORA, F.: *Pobreza y acción social en Córdoba (1750-1900)*, Córdoba, 1997.
- SERRANO MONZÓ, I: *Apuntes Históricas 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.
- 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.