CADERNOS de atención primaria

ENTRE LA CRUZ Y EL HOSPITAL: IGLESIA, SALUD Y ASISTENCIA EN GALICIA, DEL SIGLO XII A 1991

BETWEEN THE CROSS AND THE HOSPITAL: CHURCH, HEALTH AND CARE IN GALICIA FROM THE 12TH CENTURY TO 1991

ENTRE A CRUZ E O HOSPITAL: IGREXA, SAÚDE E ASISTENCIA EN GALICIA, DO SÉCULO XII A 1991

Alain R. Rodríguez Orozco.

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.

Autor para correspondencia: Alain Raimundo Rodríguez Orozco, alain.rodriguez@umich.mx

RESUMEN

Objetivo: Interpretar la relación histórica entre la Iglesia católica y la asistencia sanitaria en Galicia, desde el siglo XII hasta el cierre del proceso de transferencia de competencias sanitarias en 1991, y extraer de ella argumentos para el debate actual sobre salud, espiritualidad y cuidado.

Diseño: Ensayo histórico-interpretativo con enfoque longitudinal.

Contexto: Galicia (España), siglo XII a 1991

Material y métodos: Se seleccionaron fuentes secundarias académicas —monografías y artículos— sobre hospitales, peregrinación jacobea, beneficencia e historia de la medicina, con criterios de inclusión explícitos; varias de ellas incorporan y transcriben fuentes primarias (catálogos hospitalarios oficiales, actas capitulares, escrituras notariales), que se citan de segunda mano. La información se ordenó en tres periodos (medieval, moderno y contemporáneo, este último cerrado en 1991) y se analizó según tres dimensiones derivadas de las propias fuentes: hospitalidad, división entre cuidado del cuerpo y del alma, y economía moral de la caridad.

Resultados: Entre los siglos XII y XVIII, la Iglesia tuvo un papel central en la organización asistencial, con los hospitales del Camino de Santiago como expresión principal. La desamortización del siglo XIX y la construcción del aparato sanitario estatal del siglo XX desplazaron a la Iglesia de la gestión, hasta dejarla, en 1970, al frente de solo un pequeño número de centros en toda Galicia. El nuevo mapa sanitario diseñado a partir de 1978 tomó, no obstante, la parroquia como unidad territorial de referencia.

Conclusiones: La transición no fue una sustitución sino un desplazamiento de funciones. La Iglesia perdió la administración de la asistencia y conservó, con menor visibilidad, dimensiones relacionales y de sentido que el modelo biomédico atiende de forma desigual. Esta lectura histórica aporta argumentos al debate actual sobre humanización del cuidado.

Palabras clave: Iglesia católica; historia de la salud; Galicia; hospitalidad; secularización; humanidades médicas.

Autor para correspondencia:
alain.rodriguez@umich.mx

Publicado 15/10/2026 e2025-2026id

©2025 Revista Cadernos de Atención Primaria este é un artigo Open Access publicado baixo a licenza CCBY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

ABSTRACT

Objective: To interpret the historical relationship between the Catholic Church and healthcare in Galicia from the 12th century to the close of the healthcare devolution process in 1991, and to draw from it arguments for the current debate on health, spirituality and care.

Design: Interpretive historical essay with a longitudinal approach.

Setting: Galicia (Spain), 12th century to 1991

Materials and methods: Academic secondary sources — monographs and articles — on hospitals, the Camino de Santiago, charity and the history of medicine were selected using explicit inclusion criteria; several incorporate transcribed primary sources (official hospital catalogues, chapter records, notarial deeds), cited at second hand. Information was organized into three periods (medieval, early modern, and contemporary, closed in 1991) and analyzed along three dimensions derived from the sources: hospitality, the division between care of the body and of the soul, and the moral economy of charity.

Results: Between the 12th and 18th centuries, the Church played a central role in care provision, with hospitals along the Camino de Santiago as its main expression. The 19th-century disentailment and the 20th-century construction of the state health apparatus displaced the Church from management, leaving it, by 1970, in charge of only a small number of centres across Galicia. The new health map designed from 1978 onward nonetheless took the parish as its territorial reference unit.

Conclusions: The transition was not a substitution but a displacement of functions. The Church lost the administration of care and retained, less visibly, relational and meaning-related dimensions that the biomedical model addresses unevenly. This reading contributes arguments to the current debate on humanizing care.

Keywords: Catholic Church; history of health; Galicia; hospitality; secularization; medical humanities.

INTRODUCCIÓN

Durante siglos, enfermar en Galicia significó entrar en contacto con instituciones religiosas. Mucho antes de los sistemas públicos de salud, monasterios, hospitales de peregrinos, cofradías y órdenes hospitalarias ofrecían refugio, alimento y consuelo a quienes sufrían enfermedad, pobreza o abandono. El Camino de Santiago favoreció una extensa red asistencial, en la que el cuidado del cuerpo y el del alma formaban parte de una misma experiencia de acogida.

La consolidación del Estado moderno, las reformas ilustradas, la desamortización del siglo XIX y el desarrollo de la medicina científica transformaron este modelo. Sin embargo, la pérdida del protagonismo institucional de la Iglesia no supuso la desaparición de su influencia sobre las prácticas de cuidado.

Este ensayo sostiene que la relación entre Iglesia y salud en Galicia no puede leerse como una simple sustitución de lo religioso por lo científico, sino como un desplazamiento de funciones: la Iglesia cedió la gestión de la asistencia, pero conservó, de forma menos visible, dimensiones de acogida, acompañamiento y sentido. Se explora esta hipótesis desde el siglo XII hasta el cierre del traspaso de las competencias sanitarias a Galicia en 1991, momento en que la construcción del aparato hospitalario público relega definitivamente a la Iglesia a un papel complementario. A partir de los datos históricos, se discute qué aportan a los debates actuales sobre humanización, espiritualidad y cuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Ensayo histórico-interpretativo con enfoque longitudinal e interdisciplinar (historia social, historia de la medicina y humanidades médicas). No pretende ser una revisión sistemática, por lo que no se presenta diagrama de flujo de selección; en su lugar se detalla el procedimiento de selección de fuentes.

Alcance temporal. Siglo XII a 1991. El foco central del análisis llega hasta la década de 1970; el periodo 1977-1991 se trata como cierre y transición, con apoyo documental específico sobre la implantación del mapa sanitario y el traspaso de competencias de asistencia médica a Galicia.

Búsqueda y selección de fuentes. Se consultaron Dialnet, Scopus, PubMed, y Google Scholar, con términos en español, gallego, portugués e inglés (hospital medieval, peregrinación, Camino de Santiago, Galicia, beneficencia, desamortización, atención primaria rural). Criterios de inclusión: (a) referirse a Galicia o al Camino en territorio gallego, o aportar comparación directa; (b) ser monografía académica o artículo revisado por pares; (c) aportar datos sobre instituciones, prácticas o marcos legales de asistencia. Criterios de exclusión: divulgación sin aparato crítico y fuentes que no distinguieran Galicia del conjunto peninsular. Se incluyeron 11 fuentes secundarias, ninguna es un archivo primario consultado directamente por el autor, aunque varias transcriben y editan documentación primaria (crónicas, catálogos oficiales de hospitales, escrituras notariales), que se citan aquí de segunda mano.

Análisis. Las fuentes se ordenaron cronológicamente y se codificaron según tres dimensiones analíticas surgidas de la lectura: *hospitalidad* (acogida material: techo, alimento, higiene); *división del cuidado* (quién atendía el cuerpo y quién el alma); y *economía moral de la caridad* (qué obtenían los benefactores y qué significaba dar y recibir). Estas dimensiones sirvieron para comparar periodos y para conectar los datos con el debate actual, sin aplicar un marco teórico externo.

Consideraciones éticas. Investigación basada exclusivamente en fuentes publicadas, sin participación de personas ni datos identificables; no requirió aprobación de comité de ética.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Periodo medieval (siglos XII-XV): hospitalidad y peregrinación

Aunque la vinculación entre culto jacobeo y asistencia a peregrinos es anterior al siglo XII, en la Galicia medieval propiamente dicha, la Iglesia tuvo un papel casi hegemónico en la asistencia. Monasterios, órdenes militares y hospitalarias organizaron ayuda a pobres, viajeros y enfermos. El fenómeno jacobeo impulsó los hospitales de peregrinos, espacios de acogida material y espiritual (1). Un ejemplo temprano es el hospital de Pena Godón, dependiente del monasterio de Ferreira (2).

Se distinguía entre *hospitium* u hospedería (alojamiento de viajeros), *hospitale pauperum* (para pobres) y *xenodochium*, término de origen griego aplicado a los establecimientos que acogían a extranjeros y peregrinos (1). La ayuda combinaba alimentación, higiene básica —con la separación de sanos y enfermos, y de hombres y mujeres, en los reglamentos hospitalarios—, sangrías, preparados herbolarios procedentes de los huertos monásticos y asistencia espiritual mediante confesión, oración y extremaunción. El Concilio de Letrán de 1215 llegó a establecer que el sacerdote debía intervenir antes que el «médico del cuerpo» (1). Estas instituciones se sostenían con diezmos, rentas, donaciones y, más adelante, con indulgencias concedidas por la Santa Sede a cambio de limosnas (3).

La Orden de San Juan de Jerusalén introdujo formas de organización hospitalaria más avanzadas en enclaves como Portomarín, Morgade y Furelos (4). En Compostela existió además un hospital dedicado a los peregrinos ingleses, bajo la advocación de Santo Tomás de Canterbury, reflejo de la dimensión internacional de la red asistencial jacobea (3). El propio arzobispo Diego Gelmírez donó en 1128 un terreno para sepultura de pobres y peregrinos vinculado al hospital compostelano (1).

Hubo también hospitales de leprosos bajo advocación de San Lázaro, sostenidos por cofradías; la red de leproserías ligadas al Camino está bien documentada en el tramo castellano-leonés (1). Un hospital todavía llamado «San Pablo y San Lázaro», en Mondoñedo (Lugo), figurara en 1970 entre los escasos centros de titularidad eclesiástica del Catálogo Nacional de Hospitales (5), lo que apunta a una continuidad toponímica —aunque no necesariamente institucional ininterrumpida— con aquella red medieval.

La participación femenina fue relevante, y frecuentemente invisibilizada por la historiografía tradicional. Se ha sugerido que nobles como la reina Urraca fueron protectoras activas de estas obras asistenciales; en el conjunto del reino de León, y que la infanta Sancha contribuyó en 1152 a la fundación del hospital de San Marcos (1,6). Es importante reconocer a mujeres de distintos estratos sociales que actuaron como fundadoras, benefactoras o practicantes sanitarias: Elvira Pérez dejó mandas testamentarias al hospital de Santiago en 1348, y Leonor Garrida figuró en Compostela como «çurgiana» en 1420 (6).

Hasta ese momento, estos hospitales eran ante todo instituciones de hospitalidad: su función principal consistía en ofrecer techo, calor y alimento. La curación en sentido moderno era secundaria. La tabla 1 muestra instituciones asistenciales eclesiásticas en la Galicia medieval.

Edad Moderna (siglos XVI-XVIII): institucionalización

El proyecto del Hospital Real de Santiago de Compostela comenzó a gestarse en 1499, impulsado ante los Reyes Católicos por el deán de la catedral, Diego de Muros; las obras arrancaron en 1501 siguiendo las trazas del arquitecto Enrique Egas (3,7), quien aplicó de forma prácticamente simultánea el mismo sistema cruciforme en el Hospital de Santa Cruz de Toledo. Concebido como hospital general, contaba con pabellones, botica y capilla, y atendía tanto a peregrinos como a enfermos locales y militares. En 1505 se predicaron en Zaragoza las bulas de indulgencia obtenidas del papa Alejandro VI para sufragar su construcción (3), una estrategia de financiación —venta de indulgencias, redes de cofradías, impresión de cartas de perdón— que el hospital compostelano compartió con otros grandes nosocomios de la época; sus privilegios llegaron a equipararse a los de Zaragoza, Toledo, Sevilla y Lisboa, y el hospital sevillano de las Cinco Llagas llegó a copiar sus trazas arquitectónicas (3).

El arquitecto Enrique Egas simbolizó esta nueva tipología hospitalaria, en la que la ventilación, el orden espacial y la monumentalidad respondían tanto a criterios sanitarios como a la proyección del poder monárquico (7). Aunque la Ilustración introdujo reformas de higiene pública y racionalización administrativa, la Iglesia conservó su autoridad moral.

Su administración evolucionó desde formas monásticas hacia una gestión mixta entre la Corona y autoridades eclesiásticas, tal como reflejan sus ordenanzas de 1523 y sus constituciones de 1524, que detallan funciones como la del escribano encargado de la contabilidad, custodio de los libros y papeles del hospital en una sala con armarios propios (3). Mientras tanto, cofradías y casas de misericordia mantuvieron la asistencia a sectores vulnerables (8).

En el último tercio del siglo XVI, Bernardino de Obregón fundó la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres, “Hermanos Obregones”. Esta, ofrecía servicios de atención sanitaria en hospitales, cárceles, en el ejército y en la armada, hasta el siglo XIX y operó en al menos 4 de las siete antiguas provincias gallegas (9).

La división entre cuidado del cuerpo y cuidado del alma, ya perceptible en la Edad Media a raíz del Concilio de Letrán de 1215 (1) se mantuvo institucionalizada en la Edad Moderna: médicos y cirujanos trataban el cuerpo, mientras confesores y capellanes cuidaban el alma (3,7). La caridad funcionaba, además, como mecanismo de prestigio y salvación para los benefactores.

Siglos XIX-XX (hasta 1970): desplazamiento de la gestión

La desamortización de Mendizábal (1835-1837) transfirió bienes hospitalarios eclesiásticos al Estado y a las diputaciones, hundiendo el soporte asistencial tradicionalmente vinculado a la Iglesia; pero el Estado derivó esta responsabilidad a diputaciones y municipios sin asignarles nuevas vías de financiación, lo que generó hospitales públicos con muy bajos fondos operativos durante largos periodos (5). La tabla 2 resume algunos hitos en la relación Iglesia-asistencia en Galicia desde el siglo XIX al año 1991. Para 1930 se conservaban en Galicia 18 fundaciones de beneficiencia particular de índole religiosa, distribuidas así: 7 en A Coruña , 3 en Lugo, 6 en Ourense y 2 en Pontevedra, de acuerdo a datos del Anuario Estadístico de España de 1930, referidos en (5).

Con la Ley de Hospitales de 1962 y la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 se intentó coordinar la red fragmentada de instituciones hospitalarias gallegas, y el III Plan de Desarrollo Económico y Social (1972) reconocía ya las graves dificultades financieras del sistema hospitalario público (5). Para esas fechas, la Iglesia quedaría relegada a funciones complementarias a las de hospital o sanatorio (10,11).

Cierre y transición (1977-1991)

A finales de la década de 1970 convergieron tres procesos decisivos: la reforma fiscal de 1977, que dotó al Estado de mayor capacidad recaudatoria; la Constitución de 1978, que consagró la protección de la salud como derecho básico; y la creación del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), en sustitución del antiguo Instituto Nacional de Previsión (5). El Real Decreto 2221/1978, de 25 de agosto, ordenó la confección de un Mapa Sanitario del territorio nacional. Este modelo del decreto estatal preveía agrupar a la población rural en Unidades Sanitarias Locales de aproximadamente 5.000 habitantes, lo cual era muy difícil por las malas comunicaciones de la época y la amarcada dispersión de la población en los asentamientos. En ese momento, 305 de los 312 municipios eran considerados área rural, con más de 1,8 millones de habitantes a principios de la década de 1980, se encargó la configuración de un Nuevo Mapa Sanitario de Galicia que tomó la parroquia como unidad básica de referencia social (5), debido a la dispersión demográfica gallega y permitió organizar la atención médica respetando los sitios reales de asentamiento de la población rural. Esta organización "transitoria" sirvió de base a los mapas sanitarios de 1984 y 1989 que condujeron a la estructura actual para la atención primaria del Servicio Gallego de Salud en 314 zonas sanitarias, 14 distritos sanitarios y 7 áreas sanitarias (12).

Este dato resulta relevante para la hipótesis de este ensayo: la administración sanitaria naciente reconoció, al menos como criterio de ordenación territorial, que la parroquia seguía siendo la unidad de proximidad con más sentido para organizar la atención a la población rural gallega. No se ha localizado una fuente que documente una colaboración funcional explícita entre la nueva red de centros de salud y las parroquias. Lo que puede afirmarse, con las fuentes disponibles, es que ambas compartieron esa misma unidad territorial de referencia, lo que sugiere una continuidad de la lógica espacial más que una ruptura completa. Sería necesario un estudio específico con material proveniente de archivos diocesanos y sanitarios locales para ir más allá de esta coincidencia documentada.

DISCUSIÓN: QUÉ ILUMINAN ESTOS DATOS EN EL DEBATE ACTUAL

1. **La hospitalidad como función perdida.** Los hospitales medievales funcionaban como espacios de acogida antes que de tratamiento. El hospital tecnificado ganó eficacia clínica, pero la acogida (acompañamiento y hospitalidad) quedaron en segundo plano. Buena parte de las demandas actuales de humanización del cuidado retoman, esa función histórica.
2. ***La división cuerpo/alma es anterior a la secularización.*** *Ya en la Edad Media, con el Concilio de Letrán de 1215, y de nuevo en la Edad Moderna, cuidar el cuerpo y cuidar el alma correspondían a oficios distintos (1,3,7).*
3. **De la caridad al derecho.** Pasar de la beneficencia a la cobertura estatal supuso una ganancia en equidad y universalidad, visible en el contraste entre el motín de 1914 en el Gran Hospital de Santiago —cuando la población defendió su acceso frente a un criterio administrativo de pobreza— y la cobertura universal alcanzada tras la Ley General de Sanidad (5). Asi, el cuidado dejó de ser un vínculo entre donante y receptor y pasó a ser una prestación, con menos espacio para lo relacional. Esto ayuda a entender por qué el acompañamiento espiritual, el duelo o la soledad se perciben hoy como necesidades no cubiertas.
4. **Proximidad rural.** La coincidencia entre la unidad territorial de la parroquia —con siglos de presencia eclesiástica rural— y el diseño del primer mapa sanitario democrático de Galicia es probable que estén relacionados, aunque las fuentes consultadas no permiten ir más allá de

esa coincidencia documentada. En un contexto de envejecimiento y despoblación, esta historia invita a estudiar si la proximidad comunitaria construida durante siglos por la parroquia ofrece lecciones aprovechables para la actual atención primaria rural.

CONCLUSIONES

La relación entre Iglesia y salud en Galicia entre los siglos XII y año 1991, fue la de un desplazamiento de funciones, no una sustitución. La Iglesia perdió la gestión de la asistencia —de forma acelerada tras la desamortización y ya casi completa en 1970, cuando apenas mantenía pequeños centros en toda Galicia-pero conservó, de forma menos visible, dimensiones de acogida, acompañamiento y sentido.

Los datos históricos sugieren que la separación entre curar y cuidar es anterior a la secularización, y que el debate actual sobre humanización y espiritualidad en salud puede entenderse, en parte, como la recuperación de funciones que antes ejercían instituciones eclesiásticas. El hallazgo de que el primer mapa sanitario democrático de Galicia (1978) tomara la parroquia como unidad de referencia territorial añade un argumento concreto, aunque todavía preliminar, a esa lectura de continuidad.

Limitaciones. Es un ensayo basado en fuentes secundarias publicadas, sin análisis archivístico primario directo. La relación entre la implantación de la atención primaria rural gallega (1978-1991) y la previa presencia parroquial de la Iglesia se apoya, por ahora, en la coincidencia de la unidad territorial de referencia (la parroquia) documentada por una sola fuente, debe expandirse la búsqueda y análisis de información a archivos diocesanos y sanitarios locales para confirmarse.

Uso de inteligencia artificial generativa. Se utilizó ChatGPT y Claude para mejorar la claridad de la redacción y Claude para el diseño de las tablas. No se hizo con IA la búsqueda, selección, ni generación de datos.

Conflictos de intereses. Ninguno.

Financiación. Ninguna.

Contribución de los autores. Autor único.

Tabla 1. Instituciones asistenciales eclesiásticas en la Galicia medieval

Institución	Periodo	Dependencia	Función principal	Fuente
Hospital de Pena Godón	Siglo XII	Monasterio de Ferreira	Acogida de peregrinos	(2)
Hospitales de la Orden de San Juan (Portomarín, Morgade, Furelos)	Siglos XII-XIII	Orden de San Juan	Hospitalidad y atención a peregrinos	(4)
Hospital de peregrinos ingleses de Compostela	Siglos XII-XIII	Bajo protección real	Acogida de peregrinos ingleses	(3)
Hospitales de San Lázaro	Siglos XIII-XIV	Cofradías religiosas	Atención a enfermos contagiosos	(3), comparativo*

Evidencia documentada para el tramo castellano-leonés del Camino; su extensión a Galicia se apoya, de momento, en la pervivencia toponímica de un hospital homónimo en Mondoñedo hasta 1970 (5).

Tabla 2. Hitos en la relación Iglesia-asistencia en Galicia/España (siglo XIX a 1991)

Año	Hito	Impacto en Galicia	Papel de la Iglesia	Fuente
1835-1837	Desamortización de Mendizábal	Transferencia de bienes hospitalarios a diputaciones y municipios, sin nueva financiación	Beneficencia residual	(5)
1879	El Hospital Real de Santiago pasa de la Iglesia a la Diputación Provincial	Centralización provincial; nace el «Gran Hospital de Santiago»	Cese de la gestión directa	(5)
1912-1914	Crisis financiera y motín popular en el Gran Hospital de Santiago	Se frustra la restricción de acceso a enfermos sin certificado de pobreza	Personal religioso aún presente (23 religiosas en 1912)	(5)
1942-1944	Creación y puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)	7 hospitales y 44 fundaciones benéficas en Galicia (1943)	Colaboración institucional residual	(5)
1950-1977	Residencias Sanitarias del SOE en A Coruña, Vigo, Lugo, Ourense y Ferrol	Duplicación de servicios en las principales ciudades	Papel complementario	(5)
1962-1963	Ley de Hospitales y Ley de Bases de la Seguridad Social	Intento de coordinación de la red hospitalaria fragmentada	Papel complementario	(5)
1978	RD 2221/1978: Mapa Sanitario nacional; Nuevo Mapa Sanitario de Galicia basado en la parroquia	305 de 312 municipios considerados área rural	Coincidencia de unidad territorial con la parroquia	(5)
1986	Ley General de Sanidad	Cobertura universal; base del sistema actual	Pérdida definitiva del rol central	(5)
1990-1991	Traspaso de competencias sanitarias a Galicia; SERGAS operativo desde el 1-1-1991. BOE-A-1990-31320 Real Decreto 1679/1990	Financiación sanitaria per cápita equiparada progresivamente a la media estatal	Acción social y pastoral	(5)

BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero del Campillo M. Enfermedades en el Camino de Santiago (Diseases in the pilgrims way to Santiago de Compostela). https://caminet.org/files/original/4931b3dcef6aba75b6611bf1d5acc9cefb8625e9.pdf
2. Valdés Blanco-Rajoy R. El hospital medieval de Pena Godón. Madrygal. 2016;19:203-16. doi:10.5209/MADR.53997
3. Villagrasa-Elías R. Pensar los hospitales del mundo ibérico (ss. XIV-XVI). Zaragoza: Institución Fernando el Católico; 2022.
4. González Paz CA. La Orden de San Juan de Jerusalén y las peregrinaciones en la Galicia medieval (siglos XII-XIII). En: Relações Portugal-Espanha: partilha e fronteira. Porto: CEPESE; 2007.
5. Peñín-Agra D, Vilar-Rodríguez M. La configuración histórica del sistema hospitalario público y privado en España desde una perspectiva territorial: un estudio a través del caso gallego. Rev Galega Econ. 2023;32(3). doi:10.15304/rge.32.3.9203
6. González Paz CA. Mujeres y peregrinaciones en la Galicia de la Edad Media: estado de la cuestión y perspectivas de futuro. Ad Limina. 2022;13:35-67.

7. Rodríguez-Orozco AR, Rodríguez Pérez ME. Tipologías de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlántico, siglo XVI. Gac Med Mex. 2013;149(4):462-9.
8. López RJ. Las instituciones eclesiásticas gallegas en la Edad Moderna. Semata. Ciencias Sociais e humanidades,2004,15:85-130
9. Feijóo, A. B. R., & Iglesias, M. E. G. Los Hermanos Obregones en los hospitales de Galicia. Expansión y decadencia. Temperamentvm, 2019,15, e12614 https://www.ciberindex.com/index.php/t/article/view/e12614
10. Prats JB, Comelles JM, Perdiguero-Gil E. Evolution of Hospital Care in Rural Spain (1939-1975). Soc Hist Med. 2022;35(2):1-25. doi:10.1093/shm/hkab126
11. Núñez-García VM. La modernización del hospital y la educación médica: El caso de España en perspectiva histórica. Educación médica, 2023,24(4), 3.
12. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Año 2024. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_sanitaria_2024.pdf

PUNTOS CLAVE

- La Iglesia tuvo un papel central en el origen de la asistencia sanitaria gallega, con el Camino de Santiago como motor de una red hospitalaria medieval.
- La separación entre cuidar el cuerpo y cuidar el alma es anterior a la secularización.
- Entre el siglo XIX y 1970, la Iglesia pasó de gestionar el hospital central de Galicia a conservar solo un puñado de pequeños centros.
- El primer mapa sanitario democrático de Galicia (1978) tomó la parroquia como unidad territorial, coincidiendo con siglos de presencia eclesiástica rural.
- La historia sugiere que la humanización del cuidado actual recupera funciones históricamente ligadas a la hospitalidad y a la proximidad comunitaria.

El Dr Alain Raimundo Rodríguez Orozco es profesor investigador titular en la Univerisdad Michoaca de San Nicolás de Hidalgo, México, donde trabaja biomedicina, atención primaria y humanización de las currículas médicas.