Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, Vol. 51(Especial), 2026
ISSN 1029-3027 | RNPS 1824
Cursos Internacionales de Posgrado "Pensar lo que nos piensa". Las Tunas, Cuba, 2026

ARTÍCULO HISTÓRICO

Evolución histórica del sistema de salud en Jiguaní: una interpretación desde las racionalidades sanitarias

Historical evolution of the health system in Jiguaní: an interpretation from health rationalities

Ana Gloria García-Noroña[1], Clara Eugenia Carvajal-Mena[2], Annet de la Caridad Alcolea-García[1], Anais de los Milagros Alcolea-García[1]

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Bayamo. Bayamo. Granma. [2]Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. La Habana. Cuba

Recibido: 8 de septiembre de 2026 *Aprobado: 22 de octubre de 2026*

ACCESO ABIERTO OPEN ACCESS

RESUMEN

Introducción: la evolución del sistema de salud en Jiguaní constituye un reflejo de las transformaciones estructurales experimentadas por Cuba a lo largo de su historia.
Objetivo: analizar la evolución histórica del sistema de salud en el municipio de Jiguaní desde el período colonial hasta la actualidad, identificando las racionalidades sanitarias en cada etapa.
Métodos: se empleó un enfoque cualitativo sustentado en el análisis documental de fuentes históricas, estadísticas y bibliográficas, complementado con la interpretación epistemológica desde el pensamiento complejo, la epidemiología crítica y los determinantes sociales de la salud.
Resultados: en la etapa colonial y neocolonial se identificaron condiciones de marcada desigualdad, escasa infraestructura médica, limitado acceso a los servicios y elevada incidencia de enfermedades transmisibles, correspondientes a una racionalidad sanitaria asistencial-excluyente. A partir de 1959 se produjo una transformación estructural basada en la universalización, gratuidad y enfoque preventivo, que expresa una nueva racionalidad sanitaria preventivo-universal.
Conclusiones: la historia sanitaria de Jiguaní puede interpretarse como una evolución de racionalidades sanitarias —desde una lógica asistencial-excluyente hacia un paradigma preventivo-universal— que refleja la transición de un modelo de salud mercantilista a otro sustentado en la equidad y la justicia social, y constituye una contribución a la comprensión epistemológica de los sistemas locales de salud.

Palabras clave: REVOLUCIÓN CUBANA; SALUD PÚBLICA; JIGUANÍ; ATENCIÓN PRIMARIA; RACIONALIDAD SANITARIA.

Descriptores: SALUD PÚBLICA; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; HISTORIA.

ABSTRACT

Introduction: the evolution of the health system in Jiguani reflects the structural transformations experienced by Cuba throughout its history.
Objective: to analyze the historical evolution of the health system in the municipality of Jiguaní from the colonial period until today, identifying the health rationalities at each stage.
Methods: a qualitative approach was used, based on the documentary analysis of historical, statistical and bibliographic sources, supplemented by epistemological interpretation from complex thinking, critical epidemiology and social determinants of health.
Results: in the colonial and neocolonial stage, conditions of market inequality, poor medical infrastructure, limited access to services and high incidence of communicable diseases were identified, corresponding to a care-excluding health rationality. Since 1959, there has been a structural transformation based on universalization, gratuity and preventive approach, which expresses a new preventive-universal health rationality.
Conclusions: the health history of Jiguaní can be interpreted as an evolution of health rationalities - from a care-excluding logic to a universal preventive paradigm - which reflects the transition from a mercantilist health model to one based on equity and social justice, and provides a contribution to the epistemological understanding of local health systems.

Keywords: CUBAN REVOLUTION; PUBLIC HEALTH; JIGUANÍ; PRIMARY CARE; HEALTH RATIONALITY.

Descriptors: PUBLIC HEALTH; PRIMARY HEALTH CARE; HISTORY.

Translated into English by:
Julio César Salazar Ramírez

Citar como: García-Noroña AG, Carvajal-Mena CE, Alcolea-García AdC, Alcolea-García AdM. Evolución histórica del sistema de salud en Jiguaní: hacia una interpretación desde las racionalidades sanitarias. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2026; 51(Esp): e4057. Disponible en: https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/4057.

INTRODUCCIÓN

La Villa de Jiguaní, según estudios históricos recientes sobre el oriente cubano, fue fundada el 25 de enero de 1701 por el indígena Miguel Rodríguez en un corral de su propiedad. El topónimo es de origen aruaco y, según la tradición oral, significa "río de oro". [1] Sus primeros pobladores estuvieron conformados, en gran medida, por descendientes de grupos que resistieron la dominación española, quienes se asentaron en zonas apartadas hasta la abolición del sistema de encomiendas. Posteriormente, en 1740, el asentamiento adquirió el título de Villa San Pablo de Jiguaní, [2] consolidando su reconocimiento administrativo dentro de la colonia.

La evolución del sistema de salud en Jiguaní constituye un reflejo de los profundos cambios estructurales experimentados por Cuba a lo largo de su historia, particularmente tras el triunfo de la revolución en 1959. Antes de este acontecimiento, el sistema sanitario se caracterizaba por su carácter excluyente, [3] con limitado acceso para la población rural, insuficiente infraestructura médica y elevados índices de mortalidad por enfermedades prevenibles.

Según datos históricos, en 1953 la tasa de mortalidad infantil en Cuba superaba los 60 por cada 1 000 nacidos vivos y la esperanza de vida apenas alcanzaba los 60 años. [4] El país contaba con unos 6 000 médicos, concentrados fundamentalmente en la capital y las cabeceras provinciales, con un presupuesto estatal de salud de apenas 3,00 USD per cápita. [4]

Con el proceso revolucionario se produjo una transformación radical del modelo sanitario, basada en principios de universalidad, gratuidad y enfoque preventivo, lo que permitió ampliar significativamente el acceso a los servicios de salud y mejorar los indicadores epidemiológicos del país. [5] La Ley 723 sobre el servicio médico-rural, aprobada el 23 de enero de 1968, marcó un hito en la formación y distribución de profesionales de la salud en todo el territorio nacional. [6]

No obstante, la comprensión de este proceso histórico requiere trascender la mera descripción de acontecimientos para interrogarse por las concepciones subyacentes que han orientado las políticas y prácticas sanitarias en cada período.

La noción de racionalidad sanitaria [7] permite abordar esta dimensión al definirla como el conjunto de principios, valores, concepciones y lógicas que orientan la organización, distribución y práctica de la atención a la salud en una sociedad y momento histórico determinados. Esta categoría se inscribe en una línea de investigación más amplia que integra dimensiones culturales, cognitivas, emocionales y existenciales en el análisis de los sistemas de salud.

En este contexto, el objetivo de la investigación se centra en analizar la evolución histórica del sistema de salud en el municipio de Jiguaní, provincia Granma, desde el período colonial hasta la actualidad, identificando las racionalidades sanitarias que han orientado las políticas y prácticas en cada etapa, con énfasis en los logros alcanzados tras el triunfo de la Revolución Cubana en 1959.

MÉTODOS

Se realizó un estudio histórico-epidemiológico con enfoque cualitativo, sustentado en el análisis documental de fuentes primarias y secundarias. Se revisaron archivos históricos municipales, registros de defunciones del período colonial y neocolonial, documentos del Ministerio de Salud Pública de Cuba, publicaciones periódicas y bibliografía especializada sobre historia de la salud en Cuba. El período de análisis abarcó desde la fundación de la Villa de Jiguaní (1701) hasta el año 2023.

Para la caracterización del territorio en sus aspectos demográficos se consultaron censos de población y vivienda de diferentes épocas, [8] así como estudios históricos sobre la evolución territorial del municipio. [1] Para el análisis de la salud pública en la región se utilizaron investigaciones sobre la historia de la salud en Bayamo y el oriente cubano, durante el período republicano. [9,10]

El procesamiento de la información se realizó mediante análisis de contenido, organizando los hallazgos en etapas históricas que permitieran identificar continuidades y rupturas en el desarrollo del sistema sanitario local. Para la interpretación de los resultados se empleó un marco teórico plural, integrando: el pensamiento complejo de Edgar Morín, [11] la epidemiología crítica de Jaime Breilh, [12] el enfoque de determinantes sociales de la salud de la Comisión de la OMS [13,14] y la teoría de la transición epidemiológica de Frenk. [15] Adicionalmente, se utilizó la categoría de racionalidad sanitaria [7] como herramienta interpretativa para analizar las concepciones subyacentes a las políticas y prácticas de salud en cada período histórico. Este abordaje permitió trascender la mera descripción factual para construir una interpretación epistemológica de la evolución sanitaria del territorio.

DESARROLLO

<u>Racionalidad sanitaria colonial-neocolonial: abandono, desigualdad y enfermedad</u>

El primer médico en Jiguaní fue el doctor Félix Figueredo y Díaz, nacido en Bayamo en 1829. Al regresar de España graduado de médico cirujano se trasladó a Jiguaní, donde inició sus actividades como médico rural. El Dr. Figueredo atendía tanto a ricos como a esclavos, aunque siempre con más preferencia a estos últimos por las condiciones inhumanas a las que eran sometidos. [16,17] En 1864 fue designado Regidor del Ayuntamiento, Secretario de la Junta Subalterna de Sanidad y Vacunador Titular, siendo el único médico que ejercía en toda la zona. [18]

Durante la etapa neocolonial (1902-1958), el municipio de Jiguaní, enclavado en una región mayoritariamente agrícola y rural de la actual provincia de Granma, experimentó una situación sanitaria profundamente marcada por el abandono estructural y la falta de políticas públicas efectivas.

[16,18] El sistema de salud cubano de la época se encontraba organizado bajo principios mercantilistas: la medicina era un servicio privado, inaccesible para la mayoría de la población trabajadora.

Esta configuración sanitaria puede interpretarse como expresión de una racionalidad sanitaria asistencial-excluyente, caracterizada por concebir la salud como un bien de consumo, la enfermedad como un evento individual y la atención médica como un servicio restringido a quienes podían costearlo. Esta lógica, profundamente enraizada en una concepción mercantilista de la vida, naturalizaba la desigualdad sanitaria como destino inevitable de las poblaciones rurales.

Desde la perspectiva del pensamiento complejo de Morín, [11] esta lógica fragmentaba el fenómeno salud-enfermedad, desvinculándolo de sus determinantes sociales, económicos y culturales. Complementariamente, Breilh [12] señala que la epidemiología dominante —cartesiana y deshistorizada— analiza únicamente "la punta del iceberg" de los efectos observados, sin capturar la complejidad de la realidad como totalidad contradictoria. Esta mirada reduccionista, que desde la categoría de racionalidad sanitaria [7] se identifica como manifestación de una ceguera cognitivo-cultural, operaba como un mecanismo de perpetuación del orden desigual, al no reconocer que la estructura social misma era el principal factor generador de enfermedad.

La infraestructura sanitaria era mínima, insuficiente y, en muchos casos, obsoleta. Hasta finales de la década de 1940, la única institución disponible para atender emergencias era la llamada Casa de Socorro, un pequeño local sin equipamiento adecuado, sin personal médico estable y sin recursos para atender enfermedades complejas. [19] La construcción del hospital civil de Jiguaní en 1948, representó un avance, pero este centro carecía de servicios básicos como rayos X, quirófano o laboratorio clínico funcional. Su plantilla era reducida, mal remunerada y dependía de los vaivenes políticos de la época. El hospital solo contaba con una pequeña sala dental (donde solo se hacían extracciones), una sala de mujeres, un salón compartido de operaciones y parto, un salón de consulta, un departamento de rayos X, dos cuartos pensionistas, un departamento de laboratorio, un cuarto de curas, los cuartos del médico y las enfermeras, un cuarto de oficinas, un salón de lavanderías y un cuarto de esterilización. [19] La introducción de la ambulancia se logró en 1949. [6]

Los reportes locales señalan que para un territorio que, según los censos de la época, superaba los 60 000 habitantes en su extensión histórica, [1] el hospital apenas podía realizar curas, partos simples y algunos ingresos generales, pero no garantizaba una atención médica integral. [6,20] Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, [13] estas condiciones estructurales —pobreza, exclusión, precariedad laboral y ausencia de protección social— configuraban un entorno generador de inequidades que se traducían en perfiles epidemiológicos característicos de sociedades con alto grado de desigualdad.

Las condiciones higiénico-sanitarias del municipio eran deplorables. La carencia casi total de redes de alcantarillado, el deficiente acceso al agua potable —en muchos bateyes y zonas rurales se dependía de pozos contaminados— y la inexistencia de programas de saneamiento ambiental provocaban la proliferación de enfermedades endémicas.

La población infantil era la más afectada: la mortalidad infantil se encontraba entre las más elevadas del país y era común que epidemias de sarampión, tifoidea o varicela causaran decenas de muertes cada año. La parasitosis intestinal era prácticamente universal entre los niños en edad escolar. [21,22]

Otro elemento que acentuaba la precariedad sanitaria era la dependencia de prácticas informales. La figura del "curandero" o la partera tradicional, era frecuente debido a la falta de médicos titulados en la zona. Las consultas privadas, cuando las había, estaban destinadas exclusivamente a las familias con recursos, lo que profundizaba la brecha social. [6] El abandono estatal en materia de salud generó una población vulnerable, afectada por enfermedades prevenibles y sin expectativas de mejoría ante la ausencia de voluntad política para transformar la realidad local. [5,6]

Los médicos que prestaron servicio durante este período incluyen: Dr. Antonio Méndez Crespo (médico cirujano), Dr. Luis de la Torre Silva (médico cirujano), Dr. José Reyes Benítez (médico cirujano), Dr. Martín Boronat Cabrera (farmacéutico), Dr. Pelayo Calante (farmacéutico). En la función de Comadrona Titular: Sra. Elvira Sojo Montoya, Sra. Urbana Martínez Pimienta. [6,21]

Las enfermedades que azotaron al poblado incluyen, en orden de incidencia: fiebre perniciosa y recurrente (antecedente de la malaria), tisis pulmonar (tuberculosis pulmonar), tétanos infantil, fiebre palúdica, difteria, fiebre tifoidea, diarreas crónicas, enteritis aguda, "el mal" (epidemia sin diagnóstico clínico confirmado), debilidad congénita, meningitis aguda y aclansia. [5]

En varias ocasiones, las causas de muerte eran referidas por personas no facultadas. El Registro de Defunciones dice textualmente: "Por no haber facultativos en la Villa, el Señor Juez Municipal, su secretario y dos testigos revisarán el cadáver y la supuesta causa de muerte, de acuerdo a las verificaciones realizadas, levantarán el acta reglamentaria". [6,22]

Este período evidencia lo que desde la epidemiología crítica se denomina la invisibilización de los determinantes estructurales: la ciencia oficial no problematizaba las condiciones de vida que generaban enfermedad, sino que atribuía la morbilidad a factores individuales o naturales, despolitizando así un problema profundamente

social. [12] Esta ceguera epistemológica—que Morín [11] identifica como "inteligencia ciega" y que la categoría de racionalidad sanitaria [7] permite analizar en sus dimensiones cultural, cognitiva, emocional y existencial— operaba como un mecanismo de perpetuación del orden desigual, al no reconocer que la estructura social misma era el principal factor generador de enfermedad.

Transformación radical tras 1959: un nuevo paradigma sanitario

El triunfo de la Revolución Cubana el 1 de enero de 1959, significó un punto de inflexión en la historia de la salud pública cubana, y Jiguaní fue uno de los territorios donde el impacto del nuevo modelo se hizo sentir con mayor rapidez. Desde los primeros meses del proceso revolucionario [6] se diseñaron políticas orientadas a eliminar la privatización del sistema sanitario, ampliar el acceso universal a la salud y priorizar las zonas rurales históricamente marginadas. El Estado asumió la responsabilidad plena del sistema de salud, reorganizando estructuras, garantizando el financiamiento público y estableciendo la gratuidad de los servicios médicos.

Este viraje implicó la emergencia de una nueva racionalidad sanitaria preventivo-universal, que concebía la salud como un derecho humano fundamental y la enfermedad como un fenómeno socialmente determinado y, por tanto, susceptible de intervención estructural. Esta lógica, que desde la categoría de racionalidad sanitaria [7] expresa una transformación en las dimensiones cultural, cognitiva, emocional y existencial del cuidado, se alinea con lo que Morín [11] denomina pensamiento complejo: una mirada que integra dimensiones biológicas, sociales, económicas y culturales, superando el enfoque reduccionista que fragmentaba el fenómeno salud-enfermedad.

En Jiguaní, una de las primeras medidas fue la intervención y reorganización del Hospital Civil, que quedó bajo la dirección del Dr. Julio Martínez Páez, médico de vasta experiencia y ferviente defensor de la atención primaria. Como "Comandante Médico", dirigió campañas intensivas de saneamiento, inmunización y control epidemiológico. [6] Entre 1959 y 1965 se desarrollaron en el municipio campañas de vacunación masiva contra enfermedades como la poliomielitis, el tétanos, la difteria y la tosferina. Estas campañas no solo lograron disminuir drásticamente la morbilidad, sino que también introdujeron el concepto de prevención como pilar del sistema sanitario, rompiendo con la visión asistencialista y curativa del pasado. [23]

Simultáneamente, se impulsó un proceso de alfabetización sanitaria, mediante charlas comunitarias, visitas casa por casa y materiales divulgativos que enseñaban normas básicas de higiene, manejo de alimentos y cuidado de mujeres embarazadas y niños. [6,23] Desde la epidemiología crítica de Breilh, [12] esta intervención representa un salto paradigmático: la salud dejó de ser un asunto de atención individual para convertirse en un campo de acción colectiva, donde la participación comunitaria y la educación popular son tan importantes como la tecnología médica.

Los resultados no tardaron en reflejarse en la transformación del paisaje sanitario de Jiguaní. El número de médicos aumentó significativamente gracias al despliegue de profesionales recién graduados y al regreso de galenos dispuestos a trabajar en zonas rurales. Las comunidades que nunca antes habían recibido asistencia médica comenzaron a ser incluidas dentro del sistema nacional de salud, lo que representó un avance cualitativo fundamental.

Consolidación del sistema sanitario integral: infraestructura, servicios y especialización

A partir de la década de 1960 y, sobre todo, durante los años 70 y 80, Jiguaní experimentó un profundo desarrollo en materia de infraestructura sanitaria. La ampliación del Hospital "Mártires de Jiguaní", junto al refuerzo del equipamiento y servicios, permitió que la población tuviera acceso a especialidades antes disponibles únicamente en Bayamo o Santiago de Cuba. [6]

La creación de policlínicos en los principales consejos populares marcó un hito trascendental. El Policlínico "Edor de los Reyes", inaugurado en 1980, se convirtió en el centro de referencia para atención ambulatoria, servicios diagnósticos y atención preventiva. Posteriormente se sumaron los policlínicos de Santa Rita, Charco Redondo y otros asentamientos rurales que habían permanecido excluidos durante la época neocolonial. [6,23]

Esta expansión territorial del sistema sanitario responde a una lógica organizacional compleja que articula niveles de atención, integra servicios y garantiza continuidad en el cuidado, en sintonía con la noción de sistema como conjunto de elementos interrelacionados que propone el pensamiento complejo [11] y que la categoría de racionalidad sanitaria [7] permite interpretar como expresión de una nueva cultura institucional del cuidado.

La salud materno-infantil recibió una atención prioritaria. La fundación del hogar materno "Esperanza Acosta García" aseguró el seguimiento estricto de las embarazadas con factores de riesgo, lo que contribuyó a la disminución casi total de la mortalidad materna. Del mismo modo, la casa de abuelos "José Reyes Arencibia" permitió ofrecer atención integral a adultos mayores en situación de vulnerabilidad, un servicio impensable antes de 1959. [22,23] Estas instituciones representan la materialización de un modelo de atención que trasciende lo curativo para abordar las dimensiones sociales del cuidado, coherente con el enfoque de determinantes sociales de la salud. [13,14]

El acceso a medicamentos también se amplió mediante la creación de farmacias estatales. Aunque el país enfrenta dificultades económicas periódicas, Jiguaní mantuvo una disponibilidad estable de medicamentos esenciales, contribuyendo al tratamiento oportuno de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y asma.

El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia: pilar fundamental del modelo cubano

La implementación del programa del médico y la enfermera de la familia en la década de 1980 [24] revolucionó la atención primaria de salud en Cuba. En Jiguaní [5,21] este programa adquirió una relevancia particular debido a la dispersión geográfica y la existencia de comunidades rurales de difícil acceso.

Los consultorios médicos se distribuyeron estratégicamente de modo que ningún ciudadano quedara a más de unos pocos minutos de los servicios básicos de salud. En consejos populares como Cuatro Caminos, Baire, Arroyo Blanco, La Villa o Los Negros, el médico y la enfermera se integraron plenamente en la vida comunitaria. Para 2018, algunos consultorios atendían zonas de hasta 2 000 habitantes, garantizando control de enfermedades crónicas, atención a embarazadas, vacunación, chequeos periódicos y visitas casa por casa. [6]

Este modelo fortaleció el vínculo directo entre el personal médico y las familias. El diagnóstico de salud por consultorio permitió conocer en detalle las características epidemiológicas de cada área, facilitando la toma de decisiones y el diseño de intervenciones personalizadas. [5] La prevención dejó de ser un complemento para convertirse en la esencia misma del sistema sanitario local.

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, el programa del médico de la familia constituye un ejemplo de praxis transformadora que articula el análisis de los determinantes sociales con la intervención en el territorio. [12] Al situar al profesional de la salud en el corazón de la comunidad, este modelo trasciende la lógica asistencialista para abordar las condiciones de vida que generan enfermedad, en un proceso de ida y vuelta entre el conocimiento epidemiológico y la acción sanitaria. Desde la categoría de racionalidad sanitaria, [7] este modelo expresa una transformación en la dimensión existencial del cuidado, al reconocer al otro no como un caso clínico sino como una persona situada en un contexto de vida.

El recurso humano: formación, compromiso y especialización médica

La formación masiva de médicos después de 1959 cambió radicalmente la disponibilidad de recursos humanos en el municipio, siendo apoyada con la aprobación, el 23 de enero de 1968 de la Ley 723 sobre el Servicio Médico-Rural. [6,23] En contraste con la etapa neocolonial, donde la presencia de médicos era mínima y costosa, el municipio pasó en 2021 a contar con más de 400 profesionales, entre ellos especialistas en pediatría, ginecobstetricia, medicina interna, neonatología, cuidados intensivos, estomatología, epidemiología y geriatría. [6]

Los 344 médicos dedicados al programa de Medicina Familiar evidencian el énfasis en la atención primaria. [5] Esta cifra supera ampliamente los estándares internacionales y refleja el compromiso del Estado cubano con la formación médica sustentada en una alta vocación social.

La superación profesional también ha sido un elemento constante. Los médicos del municipio tienen acceso a cursos de actualización, diplomados y especialidades, así como a misiones internacionalistas que fortalecen sus competencias profesionales y su experiencia en escenarios diversos.

En este punto, el enfoque de Morín [11] permite comprender que la formación de profesionales de la salud no puede reducirse a la transmisión de conocimientos técnicos, sino que debe abordar la complejidad del ser humano que se forma: sus dimensiones existenciales, éticas y sociales, aspecto que la categoría de racionalidad sanitaria [7] profundiza al integrar las lógicas cultural, cognitiva, emocional y existencial en el proceso formativo.

Resultados tangibles: indicadores de salud que reflejan el éxito del modelo

Los indicadores sanitarios de Jiguaní permiten evaluar objetivamente los resultados del sistema de salud local. La mortalidad infantil, que antes de 1959 superaba los 60 por cada 1 000 nacidos vivos, [4] descendió de manera sostenida hasta alcanzar 1,3 % en 2018, cifra comparable con países de altos ingresos. La mortalidad materna ha sido prácticamente eliminada. Las enfermedades infecciosas agudas disminuyeron notablemente gracias al sistema de vigilancia epidemiológica y a la vacunación sistemática. La esperanza de vida, [5,25] que antes de 1959 rondaba los 55 años, supera 75 años.

En el contexto de la provincia Granma, Jiguaní destaca por su estabilidad sanitaria y su capacidad de mantener indicadores favorables, aun en años en que otros municipios presentan fluctuaciones. Su ratio de médicos por habitante supera el promedio provincial, y su red de consultorios médicos de familia es una de las más completas.

El desarrollo de la biotecnología llegó hasta el policlínico “Edor de los Reyes”, donde se han implementado hasta el momento cinco protocolos de ensayos clínicos para la evaluación de la eficacia y seguridad de productos biotecnológicos como HeberProt-P (pie diabético), vacuna terapéutica CIMavax-EGF (cáncer de pulmón), HeberFERON (carcinoma basocelular), NeuralCIM (enfermedad de Alzheimer leve y moderada) y JUSVINZA (artritis reumatoide).

Esta incorporación de tecnología de punta en un escenario de atención primaria evidencia cómo el sistema cubano articula la investigación científica con la práctica clínica cotidiana, en una lógica que supera la separación tradicional entre producción de conocimiento y atención sanitaria.

Por todo lo anterior, concluimos que la evolución del sistema de salud en Jiguaní demuestra que tras el triunfo de la Revolución Cubana, el municipio superó un sistema precario y excluyente, construyendo un sistema público, gratuito y universal basado en equidad y solidaridad. La creación de infraestructura sanitaria integral, el Programa del Médico de la

Familia y la formación masiva de profesionales de la salud, han permitido alcanzar indicadores comparables con países desarrollados. La historia sanitaria de Jiguaní puede interpretarse como una evolución de racionalidades sanitarias: desde una lógica asistencial-excluyente, propia del período colonial-neocolonial, hacia un paradigma preventivo-universal instaurado a partir de 1959.

Esta transición refleja el paso de un modelo de salud mercantilista a otro, sustentado en la equidad y la justicia social, y evidencia cómo la modificación de los determinantes estructurales de la salud puede transformar radicalmente los perfiles epidemiológicos de una población. El marco teórico integrado —pensamiento complejo, epidemiología crítica, determinantes sociales y la categoría de racionalidad sanitaria— ha permitido trascender la mera descripción factual para construir una interpretación epistemológica del desarrollo sanitario del territorio.

La categoría de racionalidad sanitaria, desarrollada en el material sobre epistemología de la salud y lógicas cultural, cognitiva, emocional y existencial en los sistemas sanitarios, [7] se propone como una herramienta interpretativa para analizar otros sistemas locales de salud, en diálogo con los enfoques contemporáneos sobre salud colectiva y determinación social de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Daniel Naranjo A. Fundación de Jiguaní: huellas de un pasado de luchas e identidades. La demajagua. 26 de enero 2025; Sec. Temas de interés.
2. Licea Bello G. En torno a la historia temprana de Jiguaní. Algunas precisiones necesarias. Rev. Contrib. Cienc. Soc. [revista en internet]. 2012 [citado 18 de julio 2026]; 9(2). Disponible en: https://www.eumed.net/rev/cccss/20/glb.html.
3. Lamrani S. El sistema de salud en Cuba: origen, doctrina y resultados. Estudios Caribeños [revista en internet]. 2021 [citado 18 de julio 2026]; 2021. Disponible en: https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.21413.
4. de la Osa JA. La semilla del desarrollo de la salud pública en Cuba. Granma. 26 de julio 2011; Sec. Del Moncada: (col.3).
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Prioridades para la salud pública cubana en 2023. La Habana: MINSAP; 2023.
6. Morales Suárez IR, Pérez Carreras A, Rojo Pérez N, coordinadores. Ciencia, tecnología e innovación para la salud en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022.
7. de Prada Justel ME. Racionalidad sanitaria: categoría teórica para el análisis de sistemas de salud desde las lógicas cultural, cognitiva, emocional y existencial. Material didáctico del Curso Internacional de Epistemología de la Salud. Las Tunas: Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba: 2024-2026.
8. Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). Censos de población y vivienda. La Habana: ONEI; 2017.
9. Rubán Rodríguez I. Un acercamiento a la historia de la salud pública en el Bayamo republicano (1902-1928). Rev. Cien. Soc. [revista en internet]. 2018 [citado 18 de julio 2026]; 162: 169-183. Disponible en: https://archivo.revistas.ucr.ac.cr//index.php/sociales/article/view/36590/37277.
10. Rubán Rodríguez I. Un acercamiento a la historia de la salud pública en el Bayamo republicano (1902-1928). Rev. Cienc. Soc. [revista en internet]. 2018 [citado 18 de julio 2026]; IV(162): 169-183. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869617.
11. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1994.
12. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires; 2003.
13. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [en línea]. Geneva, Suiza:World Health Organization; 2008 [citado 18 de julio 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1.
14. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud [en línea]. Ginebra: OMS; 1986 [citado 18 de julio 2026]. Disponible en: https://www-emro-who-int.translate.goog/index.php?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc.
15. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Q. [revista en internet]. 1971 [citado 18 de julio 2026]; 49(4): 509–538. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x.
16. Monzón Li JD, Martínez González LM, Rodríguez Delgado DR, Monzón Rodríguez M, González Curbelo VB. La historia de la medicina cubana desde los aborígenes hasta la colonia. Rev. Cien. Cult. Com. Des. [revista en internet]. 2021 [citado 18 de julio 2026]; 6(3): 18-26. Disponible en: https://rccd.ucf.edu.cu/index.php/aes/article/view/309.

17. Ramírez Rodríguez AM, Ruiz González R, Ovalle Miranda G, Barrera Breijo ME. Los médicos de la Guerra: silenciosos artífices de la Revolución. Universidad Médica Pinareña [revista en internet]. 2009 [citado 18 de julio 2026]; 5(2). Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/6382/638267075003.pdf.
18. Rodríguez Expósito C. Dr. Felix Figueredo y Diaz (Un hombre del 68 y de la Protesta de Baraguá). Cuadernos de historia de la salud publica. 1973; 55: 1–417.
19. Beldarraín Chaple, E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo XX. Diálogos Revista Electrónica de Historia [revista en internet]. 2014 [cited 2026 Oct. 29]; 15(1): 175-91. Disponible en: https://doi.org/10.15517/dre.v15i1.8373.
20. Pomares Perez YM, Lorente Díaz V, Fernández Cobas M, Alonso Madero A, Hidalgo Benítez NA, Milian Ramírez O, et al. Salud rural en Cuba: médico de familia y paradigma “una sola salud” en el Turquino . INFODIR [revista en internet]. 2026 [citado 23 de julio 2026]; 45: e1818. Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1818.
21. Boris-Miclin CD, Guedes-Ojeda L, Vázquez-Núñez ML. La Medicina Familiar en Cuba: realidades y desafíos actuales. MedEst [revista en internet]. 2025 [citado 23 de julio 2026]; 5:e273. Disponible en: https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/273.
22. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento saludable en Cuba. [en línea]. Santiago de Chile: CEPAL; 2026.
23. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas [en línea]. Washington DC: OPS; 2007 [citado 23 de julio 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf.
24. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, Guerrero Chacón SE, Pérez Charbonier C. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev. Panam. Salud Publica [revista en internet]. 2018 [citado 23 de julio 2026]; 42: e31. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.31.
25. Editorial C. La Longevidad en Cuba. El resultado de un proyecto social. GeroInfo [revista en internet]. 2025 [citado 29 de octubre de 2026]; 1(2026). Disponible en: https://revgeroinfo.sld.cu/index.php/gerf/article/view/233.

Contribución de los autores

Ana Gloria García-Noroña | *https://orcid.org/0009-0003-0282-1005.* Participó en*:* conceptualización e ideas; investigación; curación de datos; análisis formal; redacción del borrador original; redacción revisión y edición.

Clara Eugenia Carvajal-Mena | *http://orcid.org/0000-0001-9744-3630.* Participó en: conceptualización e ideas; investigación; curación de datos; análisis formal; redacción del borrador original; redacción y revisión.

Annet de la Caridad Alcolea-García | *https://orcid.org/0000-0001-7057-6281.* Participó en: metodología, análisis formal; redacción del borrador original; redacción y revisión.

Anais de los Milagros Alcolea-García | *https://orcid.org/0000-0001-6595-6167.* Participó en: metodología, análisis formal; redacción del borrador original; redacción y revisión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses.

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.