

Salud rural en Cuba: médico de familia y paradigma “una sola salud” en el Turquino

Rural health in Cuba: family doctor and the 'One Health' paradigm in the Turquino

Yagén María Pomares Pérez^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-9961-3330>

Víctor Lorente Díaz¹ <http://orcid.org/0009-0000-2196-9441>

Marleannis Fernández Cobas¹ <http://orcid.org/0000-0002-3494-2341>

Amarilys Alonso Madero¹ <http://orcid.org/0009-0000-0173-1604>

Niover Antonio Hidalgo Benítez¹ <http://orcid.org/0000-0002-2543-0061>

Omar Milian Ramírez¹ <http://orcid.org/0000-0002-3063-0164>

¹ Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba

* Autor para la correspondencia: ypomaresperez@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El paradigma de 'Una Sola Salud' es fundamental para abordar los desafíos sanitarios interconectados del siglo XXI. El Plan Turquino cubano, con su sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud, representa un escenario idóneo para su implementación.

Objetivo: Argumentar el rol protagónico del médico y de la enfermera de la familia en la materialización operativa del enfoque de 'Una Sola Salud' en las comunidades montañosas del Plan Turquino.

Métodos: Se realizó un análisis cualitativo basado en la revisión de la literatura científica, informes estadísticos nacionales (2019-2024) y la sistematización de la experiencia de los autores en el sistema de salud cubano.

Posicionamiento del autor: Se evidencian logros tangibles del modelo en 2024: tasa de mortalidad infantil de 4,8 por cada 1000 nacidos vivos, mortalidad materna de 0, más de 6,5 millones de consultas médicas y 35,8 millones de tratamientos de rehabilitación. Persisten desafíos en infraestructura, acceso a insumos y transporte sanitario. Se identifica al profesional de la Atención Primaria como el gestor natural que integra la salud humana, animal y ambiental. Su posición comunitaria única le permite actuar como vigilante epidemiológico, promotor de salud de manera holística y articulador intersectorial con los sectores agrícola y veterinario, superando las limitaciones estructurales.

Conclusiones: El médico de familia es el pilar para materializar 'Una Sola Salud' en la montaña cubana. Su fortalecimiento mediante políticas de apoyo, el reconocimiento formal de su liderazgo y la asignación diferenciada de recursos es crucial para la sostenibilidad de este modelo de salud rural integral.

Palabras clave: Una Sola Salud; Médicos de Familia; Atención Primaria de Salud; Salud Rural; Plan Turquino.

ABSTRACT

Introduction: The 'One Health' paradigm is essential to addressing the interconnected health challenges of the 21st century. The Cuban Plan Turquino, with its health system grounded in Primary Health Care, is an ideal setting for its implementation.

Objective: To argue for the leading role of the Family Doctor and Nurse in operationally materializing the 'One Health' approach in the mountainous communities of Plan Turquino.

Methods: A qualitative analysis was conducted based on a review of the scientific literature, national statistical reports (2019-2024), and the authors' experience in the Cuban health system.

Author's Stance: The model's tangible achievements in 2024 are evident: an infant mortality rate of 4.8, zero maternal mortality, more than 6.5 million medical consultations, and 35.8 million rehabilitation treatments. Challenges persist in infrastructure, access to supplies, and health transportation. The Primary Health Care professional is identified as the natural manager who integrates human, animal, and environmental health. Their unique community position enables them to serve as an epidemiological watchdog, a promoter of holistic health, and an intersectoral coordinator with the agricultural and veterinary sectors, overcoming structural limitations.

Conclusions: The Family Doctor is the pillar for advancing 'One Health' in the Cuban mountains. Strengthening their role through supportive policies, formal recognition of their leadership, and differentiated resource allocation is crucial to the sustainability of this comprehensive rural health model.

Keywords: One Health; Family Physicians; Primary Health Care; Rural Health; Turquino Plan.

Recibido: 22/08/2025

Aprobado: 30/01/2026

Introducción

Los crecientes desafíos sanitarios del siglo XXI, como las zoonosis, la resistencia antimicrobiana y la degradación ambiental, han evidenciado la insuficiencia de los enfoques disciplinarios aislados. La crisis climática y las pandemias recientes han evidenciado la urgente necesidad de adoptar estrategias integradas que reconozcan las interconexiones indisolubles entre la salud humana, animal y ambiental. En este escenario, el paradigma de “Una Sola Salud” (One Health) emerge como un imperativo global para la sostenibilidad, promovido activamente por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de Seguridad Animal (WOAH) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) quienes defienden este enfoque transversal y colaborativo como la piedra angular para prevenir futuras crisis y promover el bienestar integral de las comunidades y sus ecosistemas.¹⁻³

La materialización práctica de este enfoque, sin embargo, requiere modelos sanitarios robustos y profundamente arraigados en la comunidad. Cuba presenta un caso paradigmático con el Plan Turquino, una estrategia integral de desarrollo surgida el 2 de junio de 1987 a partir de la visión estratégica del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz; fue la respuesta concreta para saldar una deuda histórica de desatención y precariedad con las comunidades asentadas en las regiones montañosas más intrincadas del país.

Concebido para garantizar la equidad y el acceso universal, el Plan erigió la salud como un pilar central de su accionar.^{4,5} Con 38 años de historia, abarca el 32 % de los municipios cubanos y es hogar de más de 676.000 habitantes, lo que lo convierte en un laboratorio único para el estudio de la salud rural integral.⁶⁻⁸ Esta vasta y desafiante geografía demanda un modelo de atención que trascienda lo curativo para adentrarse en lo comunitario y lo ecológico.

En el corazón de este modelo se encuentra el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, creado en 1984. Su despliegue en el Plan Turquino no fue una mera extensión de servicios, sino la fuerza motriz estratégica para garantizar el acceso universal y equitativo a la salud en estas geografías de por sí complejas.^{4,9,10} Desde sus inicios, la práctica holística, preventiva y profundamente comunitaria de este profesional ha demostrado una sintonía inherente con los principios de Una Sola Salud, mucho antes de que el término adquiriera su actual relevancia global. El médico de familia cubano, por su formación, su posición dentro de la comunidad y su mandato de abordar al individuo, la familia y el entorno, opera de facto como un gestor integral de la salud, entendiendo al ser humano como parte indisociable de un ecosistema del cual depende su bienestar.¹⁰

Este artículo se propone analizar cómo el médico y la Enfermera de la Familia se erigen no solo como proveedores de servicios sanitarios, sino también como actores fundamentales, integradores y líderes naturales para operacionalizar el enfoque de Una Sola Salud en el ecosistema único del Plan Turquino. Se argumentará que su rol va más allá de la consulta médica: es el vigilante epidemiológico, el educador de su comunidad, el promotor del saneamiento ambiental y el articulador natural con los sectores agrícola y veterinario. El objetivo central es argumentar el rol protagónico del médico y la enfermera de la familia en materializar operativamente el enfoque de “Una Sola Salud” en las comunidades montañosas del Plan Turquino, traduciendo la teoría en acciones

concretas que garantizan un desarrollo verdaderamente sostenible para las comunidades montañosas de Cuba.

Métodos

Diseño del estudio: Se realizó un estudio descriptivo-analítico con un enfoque cualitativo, basado en la triangulación de fuentes de información.

Período de estudio: El análisis abarca información desde 2019 hasta el cierre de 2024, con el fin de evaluar la evolución reciente y el estado actual del Plan Turquino.

Fuentes de información y técnicas de análisis: Revisión documental y bibliográfica: Se realizó una búsqueda y un análisis crítico de la literatura científica indexada en bases de datos como PubMed, SciELO y Google Académico, utilizando las palabras clave: "*One Health*", "*Plan Turquino*", "*Atención Primaria de Salud Cuba*", "*rural health*", "*Médico de Familia*". Se incluyeron artículos, revisiones y documentos de organismos internacionales publicados en los últimos 10 años.

Análisis de datos secundarios oficiales: Se revisaron sistemáticamente informes estadísticos anuales y de corte del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) sobre los indicadores de salud del Plan Turquino, así como informes de los departamentos nacionales (Estomatología, Rehabilitación).

Sistematización de experiencias: Dada la amplia trayectoria y participación directa de los autores en el sistema de salud cubano, se realizó una sistematización de las lecciones aprendidas y prácticas identificadas en terreno. Esta técnica permitió analizar y organizar la experiencia práctica para extraer conocimiento válido y generar recomendaciones.

Criterios de inclusión: Se priorizaron documentos oficiales, artículos científicos e informes de gestión con datos desagregados del Plan Turquino. Se excluyeron fuentes sin arbitraje o sin una metodología claramente definida.

Consideraciones éticas: Al utilizar únicamente datos agregados de informes oficiales y de la literatura pública, no se requirió la evaluación por un comité de ética. Se citan todas las fuentes utilizadas para garantizar la transparencia y evitar el plagio.

Resultados

El Plan Turquino: génesis de un modelo de salud rural con visión integral

El Plan Turquino, creado el 2 de junio de 1987,^{3,4} lejos de ser un programa asistencialista, se concibió desde sus inicios como una estrategia integral de desarrollo donde la salud se erigió como un pilar central y un derecho irrenunciable.^{4,5} Su propósito fue impulsar de manera sistemática el desarrollo económico, político y social de las regiones montañosas y de difícil acceso del país, fortaleciendo simultáneamente la defensa nacional. Su trascendencia se consolidó en 1995 con la creación, mediante el Decreto Ley No. 197, de la Comisión Nacional del Plan Turquino como un órgano interorganismos, dotado de facultades para establecer objetivos, funciones y comisiones a nivel provincial y municipal. Esta estructura permitió una adaptación y evolución continuas, evidenciadas en el Reenfoque Estratégico Integral de la Montaña de 1998, que culminó en 1999 con un documento de 260 medidas para concretar sus objetivos anuales.³

En el corazón de esta estrategia integral, la salud siempre ha sido un pilar central y diferenciador. Superando los desafíos históricos de una atención médica mínima en

zonas rurales dispersas,⁸ la Revolución Cubana, a través del MINSAP, estableció tempranamente la presencia del médico en las zonas más intrincadas, como respuesta fundamental para garantizar el acceso universal y equitativo a la salud. La posterior introducción del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en 1984 marcó un hito,^{3,4,9} extendiendo las ventajas de la Atención Primaria de Salud (APS) a las comunidades más desfavorecidas y garantizando que la salud fuera un derecho universalmente accesible.

En el centro de esta estrategia, el MINSAP estableció objetivos claros y proactivos:³

- Garantizar el acceso universal y la permanencia del personal.
- Fortalecer la promoción y prevención (combate del parasitismo, enfermedades respiratorias, hipertensión).
- Mejorar la capacidad diagnóstica y la infraestructura.
- Potenciar la intersectorialidad y la participación comunitaria.

La expansión del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia (creado en 1984) fue la fuerza motriz para operativizar estos objetivos. No fue una mera extensión de servicios, sino la columna vertebral de un sistema de Atención Primaria de Salud (APS) que llega a todos los lugares. Para 2003, se alcanzó el 100% de cobertura poblacional, apoyado por una red de 1.071 consultorios y 261 farmacias comunitarias, lo que mejoró radicalmente indicadores clave como la relación médico-habitante y el volumen de consultas.^{3,8} Este despliegue sentó las bases estructurales para un modelo de salud inherentemente alineado con el enfoque de 'Una Sola Salud'.

'Una Sola Salud': de política de Estado a práctica cotidiana en la montaña

El enfoque "Una Sola Salud" surge como una estrategia global que promueve la colaboración intersectorial y multidisciplinaria para prevenir, enfrentar y controlar los riesgos sanitarios derivados de la compleja interacción entre personas, animales y plantas en un entorno compartido.¹¹ Este enfoque busca abordar de manera integral los desafíos de salud, con amplia participación ciudadana.

Cuba adoptó oficialmente el paradigma de 'Una Sola Salud' como política de Estado en 2021, mediante la aprobación del Proyecto "Una Sola Salud" por el Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, integrado al Macroprograma de Ciencia, Tecnología e Innovación, liderado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA). El proyecto responde a una estrategia de gobierno científicamente fundamentada, en correspondencia con los objetivos del Programa Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta 2030 (PNDES 2030).¹² Su estructura garantiza un mecanismo interministerial que facilita la implementación del Plan de Acción Conjunto "Una Sola Salud" 2022-2026, proporcionando el marco legal e institucional para su despliegue en todo el territorio nacional. La constitución de la primera Cátedra Multidisciplinaria "Una Sola Salud" en 2023 consolida este esfuerzo, sentando las bases académicas para el nuevo paradigma sanitario.¹³

Lejos de ser una aspiración teórica, este paradigma encuentra en el Plan Turquino cubano un ejemplo avanzado de su aplicación práctica. En estas zonas montañosas, donde la interacción entre comunidades, fauna, cultivos y ecosistemas es vital. El médico y la enfermera de la familia emergen como los integrantes naturales y ejecutores principales de esta visión. Desde su posición única en la comunidad, sus funciones se expanden más allá de la clínica para materializar el paradigma:¹⁴

- **Como vigilante epidemiológico integrado:** Actúa como primera línea de alerta ante zoonosis (leptospirosis, rabia) y para monitorizar riesgos ambientales, como la contaminación de fuentes de agua.
- **Como promotor de salud holística:** Su labor educativa trasciende lo humano, incluyendo prácticas higiénico-sanitarias en el manejo de animales y alimentos, y la prevención de enfermedades transmitidas por vectores.
- **Como articulador intersectorial:** Sirve de puente vital entre la comunidad, los servicios de sanidad animal (Sistema de Sanidad Agropecuaria), la agricultura y el gobierno local, facilitando una respuesta coordinada a los determinantes de la salud.

De esta forma, el médico y la enfermera de la familia, con su énfasis en la prevención y la proximidad, se consolidan como ejecutores del concepto de Una Sola Salud. El Plan Turquino ejemplifica cómo una política nacional de salud se implementa con éxito a nivel local, construyendo de manera proactiva un modelo de bienestar integral en el que la salud de las personas es indisociable de la de su entorno. Esta práctica no solo responde a la estrategia de gobierno, sino que se erige como un testimonio de su viabilidad y efectividad.¹⁴

Resultados tangibles y desafíos persistentes: la dualidad de un modelo en consolidación.

El Plan Turquino constituye una red sanitaria de extraordinaria capilaridad y complejidad, desplegada activamente en 11 provincias y 54 municipios. Su arquitectura integral y jerarquizada está compuesta por 100 policlínicos (de los cuales 21 cuentan con servicios de hospitalización y 42 albergan Áreas Intensivas Municipales), mil 049 Equipos Básicos de Salud (EBS) que representan el 10% del total del país, 128 Grupos Básicos de Trabajo (GBT), 127 servicios estomatológicos con 279 conjuntos dentales

fijos y 34 móviles. Esta red se complementa con 589 salas de televisión pertenecientes a 58 servicios de rehabilitación integral ubicados en los 54 municipios donde se asientan sus pobladores. El sistema se completa con tres hospitales rurales, 17 hogares maternos, 10 hogares de ancianos, 20 casas de abuelos y 244 farmacias comunitarias y 11 centros de producción local para la Medicina Natural y Tradicional (MNT).

Logros significativos: Cimiento de un modelo exitoso

Los avances del Plan Turquino demuestran la efectividad del modelo de atención primaria, centrado en la proximidad y la prevención:

- **Cobertura sanitaria universal y resolutividad:** La sólida red de consultorios no solo garantiza el acceso, sino también una alta actividad asistencial. Al cierre de 2024, esta red superó el plan de consultas médicas, alcanzando un 102,6 % de cumplimiento con 6 millones 555 793 consultas realizadas (168 mil 181 más de lo planificado). Este resultado evidencia la eficiencia del modelo y la accesibilidad que ofrece a la población. Complementariamente, se registraron 52 mil 753 ingresos en el hogar, consolidando la estrategia de hospitalización domiciliaria. Un indicador de la efectividad de la atención ambulatoria y la promoción de la salud se refleja en la reducción de 16 mil 106 atenciones en cuerpos de guardia con respecto al año anterior, lo que sugiere una mejor gestión de los casos en el nivel primario.^{5,8,15,16}
- **Salud Materno-Infantil:** El Programa Materno Infantil (PAMI) demostró su máxima eficacia en el año 2024 al mantener en cero la mortalidad materna y se logró superar la meta nacional de mortalidad infantil (≤ 5.9), alcanzando una tasa de 4.8 por cada 1000 nacidos vivos.
- **Atención estomatológica:** La atención estomatológica se garantiza en 11 provincias y 52 municipios a través de 127 servicios (clínicas, departamentos en

policlínicos y servicios extendidos), con una fuerza de 722 estomatólogos y 524 licenciados y técnicos. Al cierre de 2024, se realizaron 1 147 382 consultas y se ejecutaron 96 782 obturaciones (26 126 más que en 2023), lo que demuestra un fortalecimiento de las acciones conservadoras. Se examinó al 93,4 % de las gestantes captadas y a 3 678 discapacitados intelectuales (957 más que el año anterior).

- **El Programa de Salas de Televisión:** Nacido en el 2002 de la visión del Comandante en Jefe Fidel Castro para llevar cultura y desarrollo a las zonas más intrincadas, garantiza una rehabilitación con enfoque comunitario y participativo y ha evolucionado hacia un modelo único de rehabilitación integral basada en la comunidad. Las 589 salas de televisión pertenecientes a 58 servicios de rehabilitación integral ubicados en el Turquino están equipadas para brindar servicios de rehabilitación mediante un personal formado *in situ* (habilitados, técnicos o licenciados) que, incluso con equipamiento rústico construido localmente, realiza una labor crucial. La magnitud de su impacto se refleja en el millón 130 691 atenciones y tres millones 584 928 tratamientos de rehabilitación aplicados solo en el 2024 en el Turquino
- **Formación de Capital Humano *in situ*:** La educación de posgrado en el Plan Turquino se concibe como una estrategia integral para fortalecer el capital humano en zonas de acceso limitado. Se utilizan como principal escenario docente los consultorios enclavados en este territorio y se cuenta con 439 profesores que conforman los Grupos Básicos de Trabajo que laboran en esta geografía.
- **Acciones Intersectoriales para el Desarrollo:** Se ejecutan intervenciones que trascienden el sector salud, como la mejora de viviendas (eliminación de pisos de tierra), la entrega de insumos a gestantes de alto riesgo y la expansión de la

infraestructura educacional, lo que impacta directamente en los determinantes sociales de la salud.

Discusión

El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia no solo provee asistencia médica, sino que su éxito y evolución se sustentan en un riguroso sistema de seguimiento y evaluación. La vasta infraestructura del Plan Turquino, que mantiene una cobertura médica y de enfermería del 100 %, es un testimonio tangible del compromiso estatal. Los resultados destacados en la salud materno-infantil, que combinan la prevención absoluta de la muerte materna con una mortalidad infantil significativamente inferior al promedio nacional, son el fruto de un trabajo sostenido de vigilancia y seguimiento rigurosos de las gestantes de alto riesgo. Este modelo, basado en la proximidad y la prevención, se alinea intrínsecamente con los principios de "Una Sola Salud", al considerar la salud humana como parte de un sistema interconectado con su entorno.^{3,5,8,15,16}

Los resultados destacados en la salud materno-infantil, que combinan la prevención absoluta de la muerte materna con una mortalidad infantil significativamente inferior al promedio nacional, son el fruto de un trabajo sostenido de vigilancia, atención prenatal de calidad, seguimiento riguroso a las gestantes de alto riesgo y las acciones intersectoriales dirigidas a mejorar los determinantes sociales de la salud en estas comunidades.¹⁷⁻¹⁹

En relación a la atención estomatológica, las 56 mil 534 exodoncias realizadas reflejan necesidades acumuladas post-pandemia, también evidencian la capacidad de respuesta del servicio para dar soluciones inmediatas a la población. La integración de

la Medicina Natural y Tradicional (MNT) alcanzó al 52 % de los pacientes atendidos.²⁰ Las funciones de las Salas de Televisión trascienden lo terapéutico para incluir la promoción de la salud, la prevención de discapacidades, la educación sanitaria familiar y un vínculo intersectorial activo con las asociaciones de personas con discapacidad. Han demostrado ser un eslabón indispensable para la reinserción social y la mejora de la calidad de vida.²¹

La formación de especialistas es una prioridad que garantiza no solo la permanencia, sino también la pertinencia del personal de salud, asegurando que su preparación responda a las necesidades específicas de las comunidades montañosas. En este modelo, el médico y la enfermera de la familia son protagonistas insustituibles. Su rol va más allá de la atención clínica para centrarse en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la adaptación de las intervenciones a las particularidades culturales de la población. La cercanía que logran con los habitantes les permite establecer relaciones de confianza, lo cual es fundamental para la efectividad de las acciones de educación sanitaria y del seguimiento de pacientes crónicos. La enfermera de familia, en particular, actúa como un puente esencial entre la comunidad y el sistema de salud, organizando actividades educativas, gestionando recursos locales y capacitando a líderes comunitarios para fomentar la autogestión en salud. Junto al médico, coordinan el trabajo interprofesional con otros actores del sistema, asegurando un enfoque holístico de la atención.³

A pesar de los avances, persisten desafíos estructurales que demandan una atención priorizada y una inversión diferenciada para garantizar la sostenibilidad del modelo:

- **Infraestructura y condiciones básicas:** Deficiencias en la infraestructura de consultorios y viviendas para el personal médico, junto con problemas de acceso estable al agua potable y a las comunicaciones en zonas específicas,

comprometen la calidad de la atención y la estabilidad laboral.^{5,16} En estomatología, esto se agrava por problemas estructurales en los servicios, roturas frecuentes de compresores, tuberías de aire y bombas de agua, unido a la crisis energética que afecta las provincias.²⁰

- **Transporte sanitario y accesibilidad:** El déficit en el Coeficiente de Disposición Técnica (CDT) de la flota vehicular, unida al mal estado de los caminos, obstaculiza gravemente las interconsultas, el traslado de emergencias y la eficiencia del sistema.^{3,5,16}

- **Disponibilidad de recursos clave:** Existe un déficit de recursos humanos (estomatólogos, técnicos y rehabilitadores) y una merma significativa de insumos que afectan críticamente la actividad preventiva desde edades tempranas.²⁰
- **Dificultades en el Programa de Rehabilitación en Salas de TV:** Pese a su éxito, este programa enfrenta retos específicos que limitan su potencial: déficit de recursos humanos que residan en las mismas comunidades, deterioro de la infraestructura en varias provincias, dificultades con el mantenimiento del equipamiento rústico.²¹
- **Indicadores de salud sensibles:** La persistencia de problemas específicos señala la necesidad de profundizar las estrategias de promoción y prevención con un enfoque comunitario más agresivo y culturalmente adaptado. Se incumple el propósito de reducir el índice de bajo peso al nacer a $\leq 6,5$ %, lo que se acumula en un índice del 7,6 %. Asimismo, aunque se observa una disminución, la tasa de embarazo en la adolescencia se mantiene elevada en un 23,5 %, un indicador que aún dista de ser el deseado y refleja la necesidad de fortalecer los programas de educación sexual y proyectos de vida.^{5,16}

En este modelo, el médico y la enfermera de la familia son protagonistas insustituibles.²² Su rol va más allá de la atención clínica, enfocándose en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades adaptadas a las particularidades culturales de la población.²³ La cercanía que logran con los habitantes fomenta la confianza, fundamental para la efectividad de las acciones de educación sanitaria y el seguimiento de pacientes crónicos.²⁴ La enfermera de familia actúa como un puente esencial entre la comunidad y el sistema de salud, organizando actividades educativas y gestionando recursos para fomentar la autogestión en salud. Su trabajo interprofesional con otros actores del sistema asegura un enfoque holístico de la atención.

Conclusión

El Plan Turquino es un terreno fértil y único para implementar el paradigma de 'Una Sola Salud'. Este enfoque encuentra en la práctica cotidiana del médico y la enfermera de familia su expresión más concreta, con resultados como la tasa de mortalidad infantil de 4,8, cero muertes maternas y millones de intervenciones realizadas, que validan un modelo que entiende la salud de forma integral y comunitaria.

Este profesional es el gestor principal e integrador natural de la salud en su comunidad, actuando sobre los factores humanos, ambientales y sociales que la determinan. No obstante, los desafíos persistentes en infraestructura, acceso a recursos y en indicadores sensibles, evidencian la urgencia de continuar actuando.

Avanzar hacia una visión plena de “Una Sola Salud” no requiere nuevas estructuras, sino el reconocimiento, el fortalecimiento y la **potenciación del rol preexistente del médico de familia**. El futuro de esta estrategia depende de políticas que consoliden su liderazgo, fomenten la intersectorialidad de manera formal y le proporcionen las herramientas y

los recursos necesarios. Él es la garantía fundamental de un desarrollo verdaderamente sostenible y saludable para las montañas de Cuba.

Referencias bibliográficas

1. One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), Adisasmito WB, Almuhairi S, Behravesh CB, Bilivogui P, et al. One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. PLoS Pathog. 2022;18(6):e1010537. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). One Health [Internet]. Ginebra: OMS; [actualizado en oct 2023; citado 26 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/one-health>
3. Gandul Salabarría L, Luna Morales EC, Sierra Pérez DdC. Programa de desarrollo integral de la montaña. Plan Turquino Manatí, 17 años de avances. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009;25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252009000200012
4. Radio Reloj. El Plan Turquino y sus beneficios sociales [Internet]. La Habana: Radio Reloj; 2022 Jun 1 [citado 2025 Jul 26]. Disponible en: <https://www.radioreloj.cu/revista-semanal/el-plan-turquino-y-sus-beneficios-sociales/>
5. Cubadebate. Plan Turquino [Internet]. La Habana: Cubadebate; [updated frequently; cited 2025 Jul 26]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/etiqueta/plan-turquino/>
6. EcuRed. Plan Turquino [Internet]. [cited 2025 Jul 26]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Plan_Turquino

7. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Informe al Consejo de Dirección sobre el Plan Turquino. Cierre junio 2023. [Documento interno]. La Habana: MINSAP; 2023.
8. Gorro C. Over the hills & far away: rural health in Cuba. MEDICC Rev. 2012 Jan;14(1):6-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22334106/>
9. Radio Habana Cuba. Plan Turquino, 35 años de historia en las montañas de Cuba (+Foto) [Internet]. La Habana: Radio Habana Cuba; 2022 jun. 2 [citado el 26 de jul. de 2025]. Disponible en: <https://www.radiohc.cu/especiales/exclusivas/289584plan-turquino-35-anos-de-historia-en-las-montanas-de-cuba-foto>
10. Taylor D, Zephyr D. One Health: People, Animals, and the Environment. Washington, D.C.: ASM Press; 2024.
11. Percedo MI, Alfonso P, Lobo-Rivero E, Peláez M, Gutiérrez Y, Montes de Oca N. Covid-19: Necesidad del enfoque estratégico “Una Sola Salud”. Rev Salud Anim. 2020 [acceso 02/03/2025]; 402(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-570X2020000300002
12. Ministerio de Economía y Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Económico Social 2030. En: Resolución 57/2022. La Habana: MEP. 2022 [acceso 07/03/2025]. Disponible en: <https://www.mep.gob.cu/es>
13. Rivero Morales A, Hernández Linares EE. Constitución de la primera Cátedra Multidisciplinaria “Una Sola Salud” en Cuba: hacia un nuevo paradigma sanitario. Revista Información Científica. 2023 [acceso 07/03/2025]; 102: 4139. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551774301012/html/>
14. Bravo Téllez O, Soler Porro AB, Uffo Reinoso O. Una Sola Salud: avances de la implementación en Cuba. INFODIR [Internet]. 2024 [citado 19 Ago 2025]; (43). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1747>

15. CNC TV Granma. Fortalecen atención primaria de salud en zonas del Plan Turquino en Granma [Internet]. Granma: CNC TV Granma; 2023 Nov 1 [cited 2025 Jul 26]. Disponible en: <https://www.cnctvgranma.cu/01/11/2023/videos/fortalecen-atencion-primaria-desalud-en-zonas-del-plan-turquino-en-granma/>
16. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Informe al Consejo de Dirección sobre la Atención Médica en el Plan Turquino. Cierre Nonestre 2024. [Documento interno]. La Habana: MINSAP; 2024.
17. Artemisa Diario. Cero mortalidad infantil y materna en Plan Turquino [Internet]. Artemisa: Artemisa Diario; 2024 May 15 [cited 2025 Jul 26]. Disponible en: <https://artemisadiario.cu/2024/05/cero-mortalidad-infantil-y-materna-en-plan-turquino/>
18. Granma. Cuba registra la más baja mortalidad infantil de su historia [Internet]. La Habana: Granma; 2024 Ene 11 [cited 2025 Jul 26]. Disponible en: <https://www.granma.cu/cuba/2024-01-11/cuba-registra-la-mas-baja-mortalidadinfantil-de-su-historia-11-01-2024-09-01-28>
19. Ministerio de Salud Pública de Cuba. El Plan Turquino cumple 35 años y avanza [Internet]. La Habana: MINSAP; 2022 jun. 3 [citado el 2025 jul. 26]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/el-plan-turquino-cumple-35-anos-y-avanza/>
20. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Informe de gestión. Dirección Nacional de Estomatología. Plan Turquino. Cierre del año 2024. [Documento interno]. La Habana: MINSAP; 2025.
21. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Dirección Nacional de Rehabilitación. Informe del Programa de Salas de Televisión con Servicios de Rehabilitación. Cierre del año 2024. [Documento interno]. La Habana: MINSAP; 2025.
22. López Espinosa JA. 4 de enero de 1984: Inicio del plan del médico y la enfermera de la familia. ACIMED. 2007;15(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-

[94352007001200011](#)

23. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, et al. El programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 21 ago 2025];42:e31. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34902>

24. Presno Labrador C. El médico de familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 [citado 21 ago 2025];22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

No se recibió ningún tipo de financiación para la realización de la investigación o publicación del manuscrito.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Yagén Pomares, Victor Lorente.

Curación de datos: Yagén Pomares, Victor Lorente, Tania Yanet Ávila.

Análisis formal: Yagén Pomares, Odalys Bravo Téllez y Victor Lorente.

Investigación: Yagén Pomares, Victor Lorente, Marleannis Fernández, Amarilys Alonso, Niover Hidalgo, Omar Milian, Gerchis Cruz, Gustavo Sánchez y Tania Yanet Ávila, Joaquin

Metodología: Yagén Pomares, Odalys Bravo.

Visualización: Yagén Pomares.

Redacción del borrador original: Yagén Pomares, Victor Lorente.

Redacción, revisión y edición: Yagén Pomares.