

IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA “VIVIENDA SALUDABLE”: EXPERIENCIA EDUCATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN MONSEÑOR MORENO

OPERATIONALIZING THE WHO HOUSING AND HEALTH GUIDELINES: A
PRIMARY CARE EDUCATIONAL INTERVENTION IN THE VENEZUELAN ANDES

DRA. YONEIDA CAROLINA VERA RANGEL
VRYCGRE@GMAIL.COM
ORCID 0000-0002-3185-985X
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES NURAGO
HOSPITAL II SAN JOSÉ DE TOVAR

DRA. KEILA SALOMÉ SULBARÁN MOLINA
KEILASULBARANMOLINA@GMAIL.COM
ORCID 0009-0003-5490-2499
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA

DR. LUIS GERARDO ESPINOZA MONTES
LUISGER131PLUS@GMAIL.COM
ORCID 0009-0001-3224-1111
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA

Resumen

La estrategia “Vivienda y Entorno Saludable”, promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), representa un enfoque integral para abordar los determinantes sociales de la salud. Este estudio describió su implementación en la comunidad Monseñor Moreno, Mérida, Venezuela, mediante una intervención educativa llevada a cabo por estudiantes de sexto año de Medicina de la Universidad de Los Andes (ULA). Se utilizó un diseño de campo de tipo descriptivo con intervención educativa, aplicado a 30 viviendas seleccionadas mediante muestreo aleatorio. La intervención incluyó charlas educativas y siete visitas domiciliarias consecutivas, evaluando variables centradas en seis ejes: entorno de la vivienda, calidad del agua, manejo de excretas y aguas residuales, gestión de residuos sólidos, higiene y control de vectores, y ambiente familiar. Evaluando las condiciones iniciales y posteriores a la intervención, se compararon los datos obtenidos. Los resultados mostraron mejoras significativas en prácticas de bajo costo y alta factibilidad, como higiene personal, limpieza del entorno y almacenamiento adecuado del agua, con incrementos del 60,8 % al 90,8 % en hogares clasificados como “verdes”. La prueba t de Student confirmó cambios estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Esta experiencia evidenció la efectividad de la educación para la salud comunitaria y la formación médica, promoviendo una mirada integral, empática y socialmente comprometida. En conclusión, esta estrategia es una herramienta de promoción de la salud altamente viable que, además de mejorar las condiciones de vida locales, transforma la formación médica hacia un modelo empático y socialmente comprometido.

RECIBIDO: 24/10/25 - ACEPTADO: 18/01/26

Palabras Clave: Vivienda saludable, atención primaria, educación para la salud, determinantes sociales de la salud, promoción de la salud.

Abstract

The *Housing and Health* guidelines promulgated by the World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization (PAHO) offer a rigorous framework for addressing the social determinants of health within the domestic sphere. This study documents the localized application of these global strategies in Monseñor Moreno, a peri-urban community in Tovar, Venezuela, via an educational intervention spearheaded by final-year medical students from the University of the Andes (ULA). Adopting an empirical field design rooted in educational praxis, the inquiry engaged a random sample of 30 households through targeted workshops and seven longitudinal domiciliary visits, whereby progress was appraised across six technical dimensions: the immediate housing environment; water quality and potable storage; excreta and wastewater management; solid waste disposal; hygiene and vector control; and the psychosocial dynamics within the household. Comparative analysis of pre- and post-intervention metrics revealed significant gains in low-cost, high-feasibility practices, most notably regarding environmental sanitation and personal hygiene as the proportion of households achieving a “green” classification therein, denoting optimal health status, ascended from 60.8% to 90.8%, with Student’s t-test confirming these shifts as statistically significant ($p < 0.05$). Beyond these quantifiable advancements in living conditions attributable to the high-viability instruments for health promotion promulgated by the WHO and PAHO, the findings underscore the pedagogical efficacy of community-based health education in recalibrating contemporary medical curricula toward an empathetic, socially grounded paradigm of medical training committed to the optimization of health outcomes, particularly within underserved communities.

Keywords: Healthy housing; primary health care (phc); community-based Health education; social determinants of health (sdh); health promotion.

Introducción

La formación médica contemporánea enfrenta el desafío de trascender el enfoque biomédico tradicional para abordar la salud como un fenómeno profundamente influenciado por factores sociales, económicos, culturales y ambientales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). En este contexto, la atención primaria en salud [APS] se erige como el eje fundamental para lograr equidad y cobertura universal, promoviendo no solo la curación de enfermedades, sino la prevención y la promoción de condiciones de vida dignas (OMS, 2023). Una de las estrategias más prometedoras para integrar estos principios en la educación médica es la visita domiciliaria, una práctica que permite a los futuros profesionales comprender la realidad contextual de las familias y actuar sobre los determinantes sociales de la salud (Giraldo et al, 2020).

En este contexto, innovar en las estrategias educativas de formación médica es esencial para afrontar los desafíos de la salud pública actual. Como señala la OPS (2017), es imperativo desplazar el eje de enseñanza desde el hospital hacia la comunidad y la atención primaria. Dado que el modelo estrictamente biológico resulta limitado, se ha vuelto indispensable adoptar metodologías que incorporen los determinantes sociales (OMS, 2025). Es aquí donde la visita domiciliaria adquiere un valor estratégico: no solo desafía los dogmas clínicos tradicionales, sino que sitúa al estudiante en el centro de la realidad social, promoviendo una comprensión holística del binomio salud-enfermedad (Stephany Ruiz, 2019).

Esta transición hacia lo comunitario encuentra un escenario de aplicación urgente en Venezuela, país donde la crisis socioeconómica

ha exacerbado las desigualdades en salud, especialmente en las comunidades rurales y periurbanas donde la infraestructura habitacional y los servicios básicos son deficientes. De hecho, según el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales en la encuesta nacional de condiciones de vida (2023), esta crisis multidimensional ha consolidado una emergencia humanitaria en la que el 86% de los hogares presenta deficiencias en el acceso a servicios básicos, convirtiendo el entorno habitacional en un factor de riesgo sanitario crítico.

Ante este panorama, la Universidad de Los Andes ha impulsado experiencias comunitarias que vinculan la formación académica con la transformación social, a pesar de las restricciones presupuestarias y la crisis institucional, las universidades autónomas venezolanas mantienen su vigencia social a través de proyectos de campo que mitigan el impacto de la emergencia humanitaria en los sectores locales (Stephany Ruiz, 2019).

Precisamente, dentro de este marco de intervención operativa se sitúa la estrategia “Vivienda y Entorno Saludable”, inspirada en las directrices de la OMS (2018), se aplicó con el doble propósito de mejorar las condiciones ambientales del hogar y enriquecer la formación humanista de los estudiantes. Este enfoque no solo responde a necesidades locales, sino que también se alinea con modelos internacionales de medicina comunitaria, como el cubano, que sitúan a la familia y su entorno como núcleo del aprendizaje clínico (Cotonieto-Martínez, et. al, 2021).

Esta investigación, desarrollada en la comunidad Monseñor Moreno del Municipio Tovar por estudiantes de sexto año de medicina de la Universidad de Los Andes (ULA), se inserta en esta corriente, aplicando la estrategia, concebida en las directrices de la OMS sobre vivienda y salud (OMS, 2018), a fin de presentar los resultados de dicha intervención, destacando tanto su impacto en la comunidad como su valor formativo para

los futuros médicos. El objetivo es demostrar la viabilidad, eficacia y aplicabilidad de esta estrategia como herramienta de promoción de la salud, contribuyendo al debate sobre modelos de formación médica centrados en la comunidad y los determinantes sociales de la salud.

Fundamentaciones teóricas, históricas

La estrategia “Vivienda Saludable” se enmarca en el paradigma de los determinantes sociales de la salud (Dahlgren & Whitehead, 2021), modelo que reconoce factores como el entorno físico, las condiciones de habitabilidad, el acceso a agua segura y el saneamiento básico como ejes críticos del bienestar colectivo. Este enfoque se alinea con la concepción de la salud como un derecho humano y un producto social, cimentado desde la Declaración de Alma-Ata (1978). No obstante, dicha visión se ha robustecido en las últimas décadas hacia el concepto de salud en todas las políticas, donde la vivienda no es solo un refugio, sino un componente esencial de la justicia social y la equidad sanitaria (OPS, 2019).

Bajo esta premisa, la operacionalización de dichos conceptos en el currículo universitario se logra mediante la Educación Basada en la Comunidad (Community-Based Education, CBE), un modelo que sitúa el aprendizaje en contextos reales para promover la reflexión crítica, la responsabilidad social y la integración de saberes (Claramita et al., 2019). En este esquema, la visita domiciliaria no es solo una actividad clínica, sino un espacio de encuentro entre el conocimiento científico y la realidad cotidiana. Como señalan Frenk y Chen (2024), esta herramienta permite al profesional en formación comprender la salud desde la subjetividad del individuo y su entorno, rompiendo la jerarquía del saber médico tradicional para dar paso a un diálogo de saberes en el territorio.

La experiencia vivida por los estudiantes de sexto año de medicina de la Universidad de Los Andes en la comunidad Monseñor Moreno trasciende el cumplimiento de

una actividad curricular; constituye un espacio de formación integral y desarrollo profesional transformador. Al respecto, Tapia (2018) sostiene que el aprendizaje-servicio permite que la práctica comunitaria deje de ser un ejercicio técnico para convertirse en una vivencia ética que moldea la identidad profesional (Claramita et al., 2019). Lejos de ser meros observadores o recolectores de datos, los estudiantes asumen el rol de agentes de cambio y mediadores entre la teoría académica y la realidad social. Según los estándares de la WFME (2020), los futuros médicos deben desarrollar competencias en abogacía de la salud, actuando como puentes para la mejora de las condiciones de vida de la población, así lo afirma Palés-Argullós (2024).

Esta participación directa permite confrontar expectativas previas con la complejidad social, económica y cultural de la vida familiar, factor clave para el desarrollo de la competencia socioconductual. Como sostienen Frenk y Chen (2024), el contacto sostenido con la realidad del paciente es el único mecanismo capaz de transformar el conocimiento técnico en sabiduría clínica imbuida de empatía. Las reacciones emocionales documentadas en contextos similares como la frustración o la gratitud sugieren que esta inmersión genera un compromiso afectivo difícil de alcanzar en un aula convencional (D'Eon M. F. (2024).

Asimismo, esta estrategia forja la identidad profesional desde etapas tempranas (Palés-Argullós, 2024). Las investigaciones revelan que los estudiantes transitan de un rol pasivo de aprendices a reconocerse como proveedores de salud con agencia real (D'Eon M. F. (2024). En este sentido, la interrogante clínica y social ¿cómo podemos ayudarlo? actúa como catalizador de esta metamorfosis, impulsando la autonomía con responsabilidad. Este proceso no solo consolida destrezas técnicas, sino que moldea valores transversales como la justicia social y el compromiso comunitario (Monrouxe & Rees, 2017).

Históricamente, la visita domiciliaria ha sido un pilar en los sistemas orientados a la equidad (Giovanella et al., 2021). Un referente paradigmático es el modelo de Medicina General Integral en Cuba, el cual utiliza la dinámica familiar y las historias clínicas colectivas como principales medios de instrucción (Rojas-Ochoa & López-Pardo, 2020). Este enfoque rompe con el modelo flexneriano tradicional, donde el aprendizaje se fragmenta en la patología orgánica y el entorno hospitalario (Palés-Argullós, 2024). La transferencia de estos principios a la Universidad de Los Andes sugiere que la visita domiciliaria es una estrategia didáctica potente para formar profesionales capaces de intervenir sobre los determinantes que perpetúan los ciclos de enfermedad (OPS, 2022).

Sin embargo, la efectividad de esta transición del hospital al territorio depende de la calidad del abordaje y la planificación rigurosa. A diferencia del entorno controlado de una consulta institucional, la intervención domiciliaria irrumpe en un espacio privado, exigiendo competencias avanzadas de comunicación y gestión de imprevistos. Superar los desafíos éticos de este encuentro requiere no solo pericia técnica, sino inteligencia emocional y adaptabilidad cultural. Al respecto, Delgado Rojas et, al. (2021) sostienen que la preparación previa es determinante, pues la receptividad de las familias es el indicador más fiel de un vínculo de confianza mutua exitoso.

Fundamentación Legal y Normativa

La validez institucional de esta intervención se sustenta en un robusto marco jurídico que escala desde tratados internacionales hasta normativas universitarias locales. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) ha establecido directrices vinculantes sobre vivienda y salud, definiendo la habitabilidad como un determinante intermedio indisoluble de la atención primaria de salud (APS). Estas orientaciones han sido ratificadas por la Organización Panamericana

de la Salud (OPS, 2022) mediante su estrategia de “Salud en todas las políticas”, la cual insta a los estados a integrar el mejoramiento del entorno doméstico como una medida esencial de equidad sanitaria.

En el contexto nacional, el derecho a un entorno saludable está consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). El artículo 82 garantiza el derecho a una vivienda adecuada, segura, cómoda y con servicios básicos esenciales; por su parte, el artículo 83 define la salud como un derecho social fundamental y una obligación del Estado. Esta jerarquía constitucional se operacionaliza a través de la Ley Orgánica de Salud (1998), la cual prioriza la prevención y la participación protagónica de la comunidad como los ejes rectores del Sistema Público Nacional de Salud.

A nivel académico, el sustento operativo lo proporcionan la Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior (2005) y el correspondiente Reglamento del Servicio Comunitario de la Universidad de Los Andes (2024). Este marco normativo no solo faculta, sino que exige que la formación universitaria trascienda el aula mediante proyectos de impacto social que apliquen el conocimiento científico en la resolución de problemas reales de la población. De este modo, la intervención en la comunidad Monseñor Moreno se erige como un ejercicio de cumplimiento legal y compromiso ético institucional.

Trayectoria y Vigencia de la Universidad de Los Andes

En Venezuela, la articulación entre la academia y la salud pública posee raíces profundas, especialmente en la región andina. Lejos de ser una tendencia emergente, la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes (ULA) consolidó desde 1978 convenios estratégicos con el entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Estos acuerdos fundamentaron un modelo de integración docente-asistencial pionero en el país, donde las pasantías rurales y el trabajo de campo

se erigieron como ejes transversales de una formación médica sensible a la realidad epidemiológica local (Fuenmayor, 2020).

Este compromiso histórico con la medicina social se operacionaliza actualmente a través del Servicio Comunitario de la ULA, marco organizacional que garantiza la ejecución sistemática de intervenciones de impacto territorial. A nivel nacional, este enfoque converge con esfuerzos institucionales por reformular la educación médica, tales como el Programa de medicina integral comunitaria (MIC). A pesar de las asimetrías en su ejecución, dicho programa resalta la urgencia de desplazar el aprendizaje hacia entornos preventivos para intervenir sobre los determinantes sociales, reconociendo que el perfil epidemiológico de la población es un reflejo directo de sus condiciones de hábitat y vida (MPPS, 2021; OPS, 2024).

Bajo este escenario, el proyecto ejecutado en la comunidad de Monseñor Moreno no constituye un evento aislado; representa la continuidad de una tradición universitaria que busca la promoción de la salud mediante la intervención técnica en la vivienda. Esta labor valida la vigencia del modelo humanista de la ULA y su capacidad de respuesta frente a las demandas sociales contemporáneas.

Metodología

Se empleó un diseño de investigación de campo de nivel descriptivo con intervención educativa, bajo un enfoque de métodos mixtos (cuanti-cualitativo). Este diseño se fundamentó en los principios de la educación basada en la comunidad (CBE), lo que permitió evaluar el impacto de una estrategia pedagógica en un entorno real mediante la observación directa y la medición de cambios conductuales.

La unidad de análisis consistió en 30 viviendas del sector Monseñor Moreno (Mérida, Venezuela), seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple basado en el censo local para asegurar la representatividad de

este estudio piloto. La intervención, con una duración de ocho semanas, fue ejecutada por estudiantes de sexto año de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes (ULA) y se estructuró en cuatro fases:

Evaluación Inicial (Pre-test): Aplicación de una guía de observación técnica para diagnosticar la salud ambiental en seis ejes: entorno y orden general; calidad y almacenamiento de agua; manejo de excretas y aguas residuales; gestión de residuos sólidos; higiene personal y control de vectores; y ambiente familiar (ventilación e iluminación).

Intervención Educativa: Ejecución de sesiones grupales y personalizadas sobre saneamiento básico y prevención de enfermedades, adaptadas al contexto sociocultural local.

Seguimiento y Acompañamiento: Realización de siete visitas domiciliarias consecutivas para reforzar mensajes clave, ofrecer retroalimentación técnica y consolidar el vínculo de confianza necesario para la modificación de hábitos.

Evaluación Final (Post-test): Reaplicación de la guía de observación para cuantificar los cambios en las prácticas habitacionales.

Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos cuantitativos se tabularon y procesaron en el software EPIDAT (versión 3.1). Para determinar la eficacia de la intervención, se compararon las proporciones de hogares en categorías óptimas antes y después de la misma. La significancia estadística se validó mediante la prueba T de Student para muestras relacionadas, estableciendo un valor de significancia de ($p < 0.05$). De forma complementaria, se realizó un análisis cualitativo reflexivo a partir de los diarios de campo de los estudiantes, examinando la percepción de la identidad profesional y el rol del médico como agente de cambio social.

Análisis de resultados

Resultados cuantitativos:

Los hallazgos derivados de la intervención en la comunidad Monseñor Moreno proporcionan evidencia sólida sobre la efectividad de la estrategia “Vivienda y Entorno Saludable”. El análisis comparativo entre la fase diagnóstica inicial (pre-test o “Fase Roja”) y la evaluación final (post-test o “Fase Verde”) revela una transformación significativa en las prácticas habitacionales de las 30 familias participantes. La intervención se operativizó mediante actividades educativas domiciliarias centradas en seis ejes estratégicos: entorno de la vivienda, calidad del agua, manejo de excretas, gestión de residuos sólidos, higiene/control de vectores y ambiente familiar (ver Figura N° 1).

Transformación de las prácticas por ejes temáticos

Eje 1. Entorno de la vivienda: Se registró un incremento notable en el promedio de hogares clasificados como “verdes”, pasando del 60,8% al 90,8%. El indicador con mayor impacto fue el “orden y aseo del entorno inmediato”, que escaló del 50% al 93,3%, reflejando una alta adherencia a las recomendaciones estéticas y sanitarias externas.

Eje 2. Calidad del agua: La práctica del tratamiento de agua para consumo directo aumentó del 56,7% al 86,7%. Asimismo, el almacenamiento adecuado del agua tratada alcanzó niveles de excelencia con un 96,7% post-intervención, reduciendo drásticamente el riesgo de enfermedades de transmisión hídrica.

Eje 3. Excretas y aguas residuales: Aunque el 90% de las viviendas presentaba condiciones iniciales aceptables, la intervención consolidó estos hábitos, logrando que la disposición adecuada de aguas grises alcanzara el 96,7%.

Eje 4. Gestión de residuos sólidos: Se observó una mejora sustancial en la separación interna de residuos (del 73,3% al 96,7%). No obstante, la disposición final sanitaria mostró un avance limitado (del 23,3% al 33,3%), lo que sugiere la persistencia de barreras estructurales y fallas en los servicios públicos municipales que trascienden la capacidad de acción de la familia.

Eje 5. Higiene y control de vectores: Todos los ítems superaron el 90% en la categoría verde tras la intervención, destacando el lavado de manos y la protección contra roedores.

Eje 6. Ambiente familiar: Prácticas como el espacio diferenciado para niños, reparto de tareas y expresión de afecto familiar.

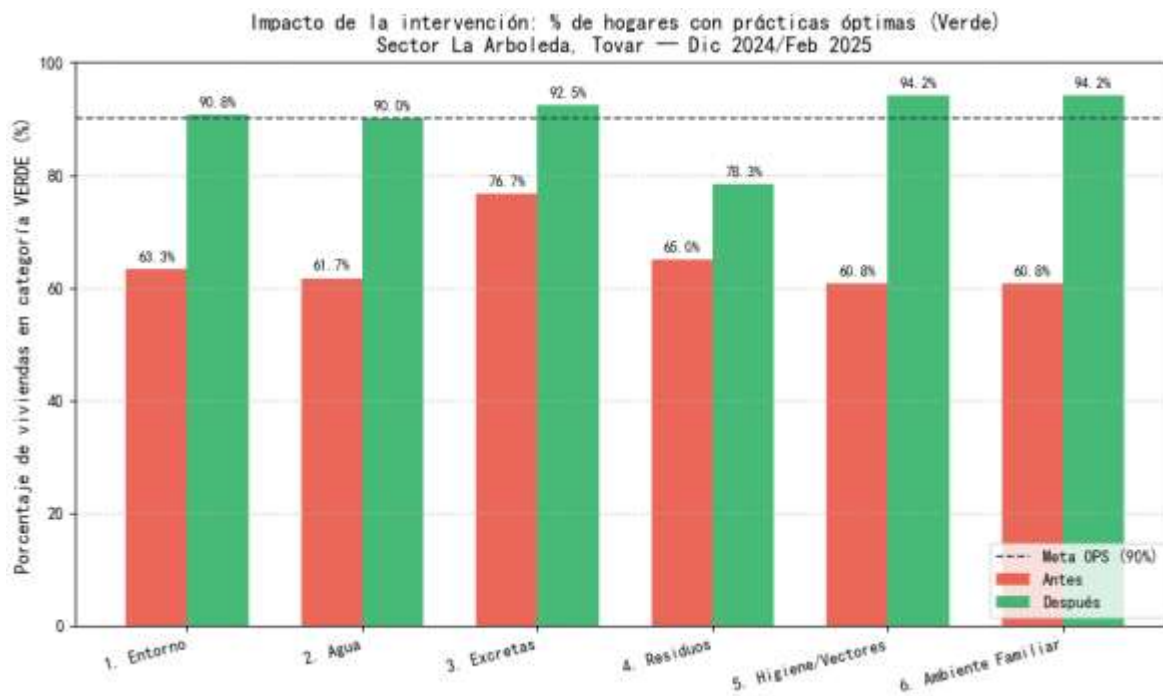


Fig. 1 Impacto de la intervención, porcentaje de hogares con práctica óptimas (verde). Sector la Arboleda.

Significancia estadística: La transición de la categoría “roja” (deficiente) a la “verde” (óptima) fue drástica en todos los indicadores, reduciéndose de niveles cercanos al 30% a menos del 3,3%. La aplicación de la prueba T de Student para muestras relacionadas confirmó que estos cambios son estadísticamente significativos ($p < 0.05$), lo que permite inferir que la mejora en las condiciones de salud ambiental es atribuible directamente a la intervención educativa y al acompañamiento de los estudiantes de la ULA.

Resultados Cualitativos

Los resultados confirman que las intervenciones educativas breves, focalizadas y participativas pueden generar cambios profundos en las prácticas domésticas relacionadas con la salud ambiental, guardando coherencia con los modelos de empoderamiento comunitario propuestos por la OPS (2022). La mejora más consistente se observó en comportamientos de bajo costo y alta factibilidad (higiene, almacenamiento de agua, limpieza), mientras que los aspectos dependientes de infraestructura (disposición

final de residuos, separación física de espacios) mostraron límites, como lo afirman (Sallis et al., 2016). Esto revela los límites de la estrategia; si bien la educación puede cambiar cómo se utiliza un espacio, no puede modificar la infraestructura misma si esta es inherentemente deficiente.

Este resultado tiene implicaciones importantes para la aplicabilidad de la estrategia: es altamente efectiva para mejorar las condiciones ambientales y de comportamiento, pero su impacto en la salud será limitado si no se acompaña de políticas públicas que garanticen la calidad de la vivienda como infraestructura básica (OMS, 2018).

Este enfoque se alinea con los principios de la Atención Primaria en Salud y la promoción comunitaria, al empoderar a las familias como agentes activos de su propio entorno saludable, tal como lo establece la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978). Además, la inclusión del componente psicosocial (ambiente familiar) refuerza una visión integral de la salud, más allá de lo meramente biológico (Bronfenbrenner, 1987).

Discusión:

La ejecución de la estrategia “Vivienda Saludable” en la comunidad Monseñor Moreno trasciende la intervención local para ofrecer directrices críticas en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) y el rediseño de las políticas públicas territoriales. Según la OMS, (2018), la robustez de la APS constituye la piedra angular para alcanzar la cobertura sanitaria universal, objetivo que se materializa a través de modelos de cuidado integral con un enfoque personocéntrico. Bajo esta premisa, la visita domiciliar emerge como una tecnología de salud de alta eficacia, capaz de desplazar el eje de atención desde el entorno clínico convencional hacia la realidad vivida del sujeto.

Al incursionar en el espacio doméstico, el estudiante de medicina trasciende la interacción clínica tradicional para alcanzar una comprensión sistémica de la dinámica familiar, la infraestructura física y el tejido de soporte social. Este abordaje facilita un diagnóstico multidimensional que permite visibilizar determinantes sociales como la precariedad habitacional y el saneamiento inadecuado que operan como motores estructurales de la inequidad en salud (OMS, 2018). En concordancia, Macías-Intriago et al. (2024) sostiene que la vivienda digna es un pilar indispensable para la sustentabilidad ambiental y la cohesión social, factores determinantes en la mitigación de la pobreza urbana.

Asimismo, la estrategia institucionaliza la participación comunitaria mediante un modelo de autocuidado no impositivo. Las intervenciones y recomendaciones técnicas se gestionan a través de un diálogo horizontal con las familias, consolidando un intercambio de saberes que promueve el empoderamiento ciudadano (Bernal-Ordoñez et al., 2025). Este paradigma fomenta la autonomía y la corresponsabilidad, principios alineados con los marcos estratégicos de entornos promotores de salud y acción intersectorial orientados al bienestar colectivo (OPS, 2024).

Desde la dimensión de las políticas públicas, la evidencia cuantitativa sobre la vulnerabilidad en Monseñor Moreno constituye un insumo técnico de alto valor empírico para la planificación del hábitat. Estos hallazgos proporcionan una base científica que justifica la inversión prioritaria en infraestructura básica por parte de las autoridades municipales, fundamentando la toma de decisiones en datos territoriales rigurosos. Este enfoque se inserta en los modelos contemporáneos de gobernanza urbana que exigen una respuesta intersectorial para reducir las brechas de inequidad en asentamientos informales (OPS, 2024; ONU-Hábitat, 2025).

Es por ello que, esta experiencia enriquece el debate contemporáneo sobre los modelos de formación médica. La práctica de los estudiantes de la Universidad de Los Andes (ULA) demuestra la viabilidad de un modelo de medicina comunitaria que, aun sin marcos normativos nacionales rígidos, logra hacer converger la academia, la comunidad y la gestión clínica para generar un impacto social positivo y sostenible (BMC Medical Education, 2019).

Conclusiones

La implementación de la estrategia “Vivienda y Entorno Saludable” en la comunidad Monseñor Moreno constituye un hito en la educación médica contemporánea y en la operatividad de los modelos de Atención Primaria de Salud (APS) de base comunitaria. El análisis de esta praxis pedagógica revela que la visita domiciliaria trasciende la mera actividad técnica para consolidarse como una tecnología de aprendizaje transformador, capaz de reconfigurar la identidad profesional del estudiante hacia una visión integral y humanista de la medicina.

Desde la dimensión empírica, los resultados cuantitativos validan la eficacia de la intervención consolidándola la estrategia en una herramienta de promoción de la salud y de intervención pública viable, aunque requiere complementarse con políticas intersectoriales que aborden las deficiencias estructurales del hábitat. La evidencia estadística de cambios significativos en los conocimientos y prácticas de salud ambiental particularmente en la higiene y gestión del microentorno doméstico acredita la estrategia como una intervención de salud pública con impacto medible y reproducible ($p < 0,05$). Estos hallazgos confirman que las intervenciones focalizadas son capaces de modificar conductas determinantes en la prevención de enfermedades prevalentes.

Asimismo, este estudio aporta un modelo pedagógico robusto a la comunidad científica. La experiencia demuestra que la

convergencia entre la formación teórica, la reflexión crítica y la inmersión comunitaria temprana produce profesionales no solo técnicamente competentes, sino socialmente comprometidos y empáticos. Esta evidencia sirve como un referente necesario para la reforma de los currículos médicos, sustentando la necesidad de una formación anclada en contextos reales de atención desde las etapas iniciales de la carrera.

Finalmente, la estrategia posee un potencial disruptivo para la orientación de políticas públicas intersectoriales. La investigación reafirma que la medicina del siglo XXI debe ser intrínsecamente comunitaria, preventiva y comprometida con la justicia social. Comprender y actuar sobre los determinantes sociales del hábitat no es una opción académica, sino un imperativo ético. En última instancia, este trabajo establece un precedente fundamental: la educación médica innovadora y solidaria es la vía esencial para formar médicos que no solo gestionen la enfermedad, sino que actúen como agentes de transformación para la construcción de comunidades más sanas y equitativas.

Referencias

- Bernal-Ordoñez, L. K., Niño-Gutiérrez, E. L., Casanova, M. L., Treviño del Campo, F., Rodríguez, A., & Jiménez-García, D. A. (2025). Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: Una revisión sistemática exploratoria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 49, e135.
- BMC Medical Education. (2019). Diseño educativo comunitario para la formación médica de pregrado: Un estudio cualitativo. *BMC Medical Education*, 19(1), Artículo 205. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1643-6>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós. (Obra original publicada en 1979).

- Claramita, M., Setiawati, E. P., Kristina, T. N., Emilia, O., & van der Vleuten, C. (2019). Community-based educational design for undergraduate medical education: a grounded theory study. *BMC medical education*, 19(1), 258.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República*, 36.860 (Extraordinaria), diciembre 30, 1999.
- Cotonieto-Martínez, Ernesto y Rodríguez-Terán, Rodrigo. (2021). Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Revista de resultados negativos y no positivos*, 6 (2), 393-410. Publicación electrónica 16 de octubre de 2023. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3816>
- Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2019). Supporting identity formation in medical education. *Medical Teacher*, 41(6), 641-649.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20-24.
- Delgado Rojas, A. T., Saavedra Covarrubia, M. E., Cervera Vallejos, M. F., & Díaz Manchay, R. J. (2021). La visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria en familias de zonas rurales. *Cultura De Los Cuidados*, (61), 171-185.
- D'Eon M. F. (2024). Emotional labour in learning to doctor. *Canadian medical education journal*, 15(4), 1-4. <https://doi.org/10.36834/cmej.79935>
- Frenk, J., & Chen, L. (2024). Transforming Health Professionals' Education for the 21st Century: A Global Progress Report. *Academic Medicine Journal*.
- Giovanella, L., et al. (2021). La atención primaria de salud en sistemas de salud universales: Lecciones internacionales. *Salud Pública de México*.
- Giraldo, A., Betancurth, D. P., Orozco Castillo, L., & Mejía Alarcón, A. M. (2020). Fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), 99-111.
- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (IIES-UCAB). (2023). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2023. Universidad Católica Andrés Bello.
- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello. (2023). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2023. Caracas: UCAB.
- Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. (2005). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 38.272, septiembre 14, 2005.
- Ley Orgánica de Salud. (1998). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 36.565, octubre 22, 1998.
- Macías-Intriago, Mariela Gissela, Haro-Alvarado, Javier Iván, Piguave-Figueroa, Tatiana Jazmín, & Carrillo-Zambrano, Geidy Yomaira. (2024). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la calidad de vida en Ecuador. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*. *Salud y Vida*, 8(16), 155-165.
- Monrouxe, L. V., & Rees, C. E. (2017). *Healthcare Professional Identities: Landscapes, Methodologies and Evidence-Based Practice*. Wiley-Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Directrices de la OMS sobre vivienda y salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Hacia una vivienda y un entorno saludable.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Informe sobre la salud en el mundo: Atención primaria de salud, más necesaria que nunca.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Atención primaria de salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Guía para la promoción de entornos saludables en la vivienda. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr la salud universal. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Estrategia para la educación médica en la región de las Américas.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). La salud y los derechos humanos.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Estrategia de salud en todas las políticas: Marco para la acción nacional.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Estrategias de entornos saludables: Guía para intervenciones locales. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de la educación médica en las Américas. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). Estrategia y plan de acción sobre promoción de la salud en el contexto de la Agenda 2030: Informe de progreso intermedio. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). Gobernanza para la equidad en salud: Guía práctica para la acción intersectorial en el nivel local. OPS.
- Palés-Argullós J. (2024). El futuro de la educación de los profesionales de la salud. FEM 2024; 27: 137-9.
- Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat). (2025). Informe mundial sobre las ciudades: Vivienda y salud como pilares de la resiliencia urbana. Naciones Unidas.
- Stephany Ruiz, K. T. (2019). Las universidades en tiempos de oscurantismo. Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA).
- Tapia, M. N. (2018). El compromiso social en el currículo universitario. CLAYSS. Buenos aires ediciones.
- Universidad de Los Andes. (s.f.). Reglamento del Servicio Comunitario - Facultad de Medicina.
- World Federation for Medical Education (WFME). (2020). Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement.