



# Bienestar y habitar en la vivienda de interés prioritario en Medellín-Colombia

Recibido: 2022-11-09

Aceptado: 2023-10-05

## Cómo citar este artículo:

Gómez-Ospina, L. H., Restrepo-Yepes, A. M., Herrán, C., y Hernández-Calle, J. A. (2024). Bienestar y habitar en la vivienda de interés prioritario en Medellín-Colombia. *Revista INVI*, 39(110), 138-163.

<https://doi.org/10.5354/0718-8358.2024.68816>

## Luis Hernando Gómez-Ospina

Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid, Colombia, [luishernando@hotmail.com](mailto:luishernando@hotmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0001-8581-8837>

## Angela María Restrepo-Yepes

Universidad de Antioquia, Colombia, [arestre6@eafit.edu.co](mailto:arestre6@eafit.edu.co)  
<https://orcid.org/0000-0003-4644-3280>

## Coppelia Herrán

Universidad de Antioquia, Colombia, [coppe@me.com](mailto:coppe@me.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-1450-7879>

## Jonathan Andrés Hernández-Calle

Institución Universitaria de Envigado, Colombia, [jahernandezc@correo.iue.edu.co](mailto:jahernandezc@correo.iue.edu.co)  
<https://orcid.org/0000-0001-7749-1547>



## **Bienestar y habitar en la vivienda de interés prioritario en Medellín-Colombia**

### **Resumen**

Este estudio tuvo como objetivo reconocer los factores que explican el bienestar en el habitar viviendas de interés prioritario-VIP en Medellín, Colombia. Se desarrolló una metodología mixta con dos fases. En la fase cuantitativa, se aplicó una encuesta y se utilizó la técnica de análisis factorial exploratorio para calcular los factores del bienestar. En la fase cualitativa se realizaron grupos focales para profundizar en las condiciones del bienestar. Los resultados de la fase cuantitativa sugieren los siguientes componentes del bienestar en el habitar: obligaciones económicas, estado de salud, promoción de la salud y prevención de enfermedad, relaciones vecinales, entorno y hábitos para la salud y vivienda adecuada. En la fase cualitativa los participantes reconocieron que las condiciones asociadas a la salud aportan al bienestar en el habitar, más allá de lo económico. En conclusión, el bienestar en el habitar va más allá de la cobertura de las necesidades básicas tangibles.

**Palabras clave:** bienestar en el habitar, factores de bienestar, vivienda de interés prioritario, vivienda social, Medellín (Colombia).



## Well-being and Dwelling in Priority Interest Housing in Medellín-Colombia

### Abstract

This study aimed to recognize the factors that explain well-being in living in priority-VIP housing in Medellín, Colombia. A mixed methodology with two phases was developed; in the quantitative phase, a survey was applied, and the exploratory factor analysis technique was used to calculate the well-being factors. In the qualitative phase, focus groups were held to delve into well-being conditions. The results of the quantitative phase suggest the following components of well-being in living: economic obligations, state of health, health promotion and disease prevention, neighbor relations, environment and habits for health, and adequate housing. While in the qualitative phase, participants recognized that the conditions associated with health contribute to well-being in living beyond the economic aspect. In conclusion, well-being in living goes beyond the coverage of tangible basic needs.

**Keywords:** priority social interest housing, social housing, well-being factors, well-being in dwell, Medellín (Colombia).

## Introducción

Hasta tal punto representa la vivienda un símbolo de seguridad para el ser humano, que obtenerla transforma su vida y el territorio que habita. Sus condiciones afectan el bienestar, la calidad de vida y se vinculan a la vulnerabilidad y a las problemáticas sociales (Goytia *et al.*, 2014). Habitar significa reconocer el lugar, reconocerse en él (habitar-se) y tiene que ver con las estrategias que tiene cada individuo para expresar y exteriorizar su modo de vida; por lo tanto, no es solo ocupar un lugar, y va más allá del mero acto de residir, puesto que implica una relación funcional y significativa con el espacio y con las personas con las que se comparte dicho espacio (Espinosa Ortiz *et al.*, 2015). El espacio vivido (habitar) viene determinado por un orden que configura los deseos, los gustos, los hábitos y las prácticas de las personas en el mundo exterior. Remite al estado anímico del individuo, a su forma de pensar, a orientar sus acciones, y al uso de las cosas y del espacio más allá de éste como resguardo y cobijo físico (Cuervo, 2013).

Estudios sobre vivienda social centran su atención en las condiciones de su producción en el marco de las políticas públicas (Baena y Olaya, 2013; Beuf y García, 2016; Castillo, 2004; Chávez-Calle *et al.*, 2018; Echeverría Ramírez, 2004). Otros, en los fenómenos de segregación que surgen en grandes ciudades latinoamericanas (Rodríguez y Arriagada, 2004); algunos abordan cuantitativamente las relaciones de convivencia, las formas de habitación en los espacios exteriores y sugieren la necesidad de comprender cualitativamente las maneras de ideación de los lugares y los valores subjetivos (Gallardo *et al.*, 2001; Maya y Cervantes Borja, 2008). Visto lo anterior, se hace evidente la importancia dada a las condiciones de producción, a las valoraciones físicas y subjetivas de las viviendas, unidas al entorno de los habitantes.

Dodge *et al.*, (2012) han evidenciado que los estudios del bienestar se han centrado en los elementos que lo describen sin establecer su definición. Se ha reconocido que el concepto es multidimensional, aunque la tradición investigativa ha marcado las pautas en los estudios enfocados en la felicidad, la evitación del dolor, el logro del placer, los efectos positivos y la satisfacción con la vida de las personas (tradición hedónica); también en el funcionamiento psicológico positivo y en el desarrollo humano (tradición eudamónica) (Conti y Heckman, 2012). Dodge *et al.* (2012) definen el bienestar como un punto de equilibrio entre el conjunto de recursos de un individuo y los desafíos que enfrenta y reconocen que se alcanza el bienestar cuando las personas tienen los recursos psicológicos, sociales y físicos que necesitan para enfrentar un desafío psicológico, social y/o físico en particular.

En la revisión de la literatura pueden encontrarse aproximaciones a la idea del bienestar bajo enfoques económicos que lo fijan como un sentir de las personas al ver satisfechas sus necesidades fisiológicas y psicológicas. Estas satisfacciones aluden al bienestar económico por la capacidad de adquisición de bienes materiales y servicios útiles producidos (Duarte y Jiménez, 2007; Kim *et al.*, 2015). También relacionan las condiciones económicas (D'Ambrosio y Frick, 2012) en grupos poblacionales, como en niños (Conti y Heckman, 2012; Heinrich, 2014; Jones y Sumner, 2011) o en sectores rurales (Tiwari, 2009). Otros estudios centran su

atención en aquellos indicadores que determinan el bienestar a partir de los riesgos en salud, reconociendo las consecuencias que tienen las afectaciones corporales en la salud y en el bienestar particularmente. Por ejemplo, la posibilidad de superar las limitaciones biológicas para incorporarse a las actividades que demanda la sociedad, o la importancia de las actividades físicas (como caminar) y de las interacciones sociales, que redundan en el bienestar de las personas en entornos urbanos (Bircher y Kuruvilla, 2014; Brani *et al.*, 2014; Ettma y Smajic, 2015; Londoño Palacio y Chaparro Borja, 2011; Naumova, 2014; Wiseman *et al.*, 2016; Yu *et al.*, 2011).

Para la presente investigación resultó clave trasladar el concepto de bienestar al espacio habitado y al habitar de los seres humanos. Recurrir a la población que reside en un lugar para comprender los aspectos que inciden en su bienestar da cuenta de las relaciones, los vínculos, el contexto urbano y la salud (Kerbler, 2014; Tomaszewski y Perales, 2014; Zainal *et al.*, 2012). En este contexto investigativo, el bienestar es considerado como un conjunto de elementos necesarios que van más allá de los bienes básicos para subsistir. En efecto, el vivir bien conlleva al bien-estar en un lugar de convivencia digno, confortable, seguro, libre y con la posibilidad de desarrollarse (Arango Flórez y Pérez Orrego, 2016).

En la literatura se asocia bienestar con la satisfacción en la vivienda y en América Latina se ha vinculado el bienestar en la vivienda al estado de salud, a los hábitos saludables (Cardona Isaza *et al.*, 2017) y a las enfermedades producidas por las condiciones de habitabilidad del lugar. Se entiende que los determinantes intermedios de la salud están asociados a los estilos de vida saludable, a las condiciones psicosociales, a la cohesión social y a las condiciones de las viviendas (Cárdenas *et al.*, 2017; Londoño Palacio y Chaparro Borja, 2011). Los estudios sobre el bienestar optan por un balance entre los retos sociales, físicos o psicológicos que se presentan por los desafíos relativos a cada lugar (Bircher y Kuruvilla, 2014; Dodge *et al.*, 2012).

Así, el bienestar en el habitar se asume como la percepción y la valoración que las personas asignan a la totalidad y a los componentes del espacio residencial (Vera-Toscano y Ateca-Amestoy, 2008). Igualmente, se vincula con las interacciones mutuas, el contexto y sus características. Allí se establecen prioridades de acuerdo con variables de orden fisiológico, psicosocial, cultural, económico y político (Haramoto, 2002). Por lo tanto, para que pueda generarse una relación apropiada entre los humanos y su entorno, deben existir factores consecuentes con las necesidades y aspiraciones subjetivas y objetivas de los residentes (Mena, 2011). Existe una relación directa de las primeras con las percepciones que poseen los sujetos sobre su hábitat y de las segundas, con la dimensión física y espacial de la vivienda (Hernández-Carrillo y Velázquez-Rodríguez, 2014). Partiendo de lo anterior, el reto de medir el bienestar involucra indicadores que expresan tanto aspectos objetivos (ingresos, participación, empleo, educación) como subjetivos (expectativas y percepciones, logros de vida, salud personal) en los modelos de medición (Wiseman y Brasher, 2008).

En este contexto, Flores *et al.* (2017) desarrollaron un índice de bienestar -usando el análisis factorial por componentes principales- en usuarios de viviendas de interés social en México. Se incluyeron los componentes de salud, felicidad, ingreso, seguridad, participación y vivienda, siendo el componente de la salud el que más explicaba el índice. Los autores se basaron en la teoría de Amartya Sen para rechazar las medidas unidimensionales del bienestar.

En general, prevalecen los estudios objetivos del bienestar que abordan indicadores desde los habitantes de los lugares (Tomaszewski y Perales, 2014). En Latinoamérica podemos encontrar estudios que exploran el bienestar desde el tamaño de las ciudades (Miguel Velasco *et al.*, 2022), o asociado a las condiciones de salud, a los servicios locales, y a las características físicas de la vivienda y sus servicios (Miguel Velasco *et al.*, 2023). También se han implementado metodologías mixtas que contrastan los resultados de un instrumento estandarizado con entrevistas cualitativas para ahondar en los aspectos subjetivos del bienestar (Almeida Cavalheiro *et al.*, 2022).

En resumen, las investigaciones reconocen la particularidad y las maneras de aproximación de cada lugar de acuerdo con los habitantes, al contexto y a quién se consulte (Wiseman y Brasher, 2008). Además, se reconoce la importancia de adaptar las herramientas y las necesidades de medición de acuerdo con los requerimientos y énfasis investigativos (Kim *et al.*, 2015). Igualmente, los estudios dejan en evidencia la adaptación estratégica de supervivencia de la población para mejorar su entorno y su calidad de vida (Berhe *et al.*, 2014; Weismayer *et al.*, 2017) y, por consiguiente, el contexto de los lugares se establece desde el diario vivir, el ámbito familiar, el entorno residencial y la ciudad (Stalker, 2008).

En Colombia la vivienda se constituye como derecho constitucional y, como política pública, se establece de interés prioritario (VIP) para la población vulnerable. Considerada una vivienda de interés social (VIS), su valor máximo alcanza los 90 salarios mínimos<sup>1</sup>. Los proyectos VIP son construidos en áreas urbanas y rurales, en unidades residenciales nucleadas, en altura y un área construida promedio de 42 m<sup>2</sup> por vivienda. Tienen bajas especificaciones constructivas que podrían no garantizar condiciones dignas de habitabilidad.

Particularmente a inicios de la década de 2000 y sugerido en los planes parciales de las zonas de expansión urbana, el estándar implementado en este tipo de viviendas responde al déficit habitacional nacional asumido como una solución en reasentamientos de poblaciones. Se compone de tres elementos: i) separación espacial (dada por paredes y techos); ii) independencia (acceso a la calle sin pasar por áreas de otras viviendas); y iii) uso exclusivo de algunos cuartos tales como sala, comedor, lavadero, patio de ropa, cocina y baño. El modelo puede resultar problemático a futuro para las comunidades receptoras, si los factores objetivos y subjetivos de bienestar no son considerados simultáneamente en la práctica del habitar (Echeverría Ramírez, 2004; Pérez, 2010).

La normativa colombiana apoya la producción y financiación de la vivienda con normas como la Ley 3 (1991), que determina el sistema general de VIS incluido su proceso de financiación y la Ley 546 (1999), que garantiza el subsidio de estas viviendas. En este mismo sentido, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (2009) ayuda a consolidar los instrumentos para la oferta de estos tipos de vivienda. Normas como estas permiten la confluencia de varias instancias financieras privadas y del Estado, en los ámbitos nacional, departamental y municipal que pueden incidir en los subsidios para las familias.

---

<sup>1</sup> El salario mínimo legal vigente es la remuneración mensual en dinero que recibe un empleado por su trabajo. Representa US\$400 (COP \$4.000).

Oficialmente la ciudad cuenta con 249 barrios agrupados administrativamente en 16 comunas. En cinco de ellas predominan las VIS-VIP. En la zona rural: Comuna 80 (San Antonio de Prado) y Comuna 60 (San Cristóbal); y en la zona urbana: Comuna 7 (Robledo), Comuna 16 (Belén) y Comuna 9 (Buenos Aires). El presente estudio se enfocó en dos unidades residenciales VIP ubicadas en la Comuna 7 (Robledo); Villa Santa Fe de Antioquia y Territorio Robledo (Figura 1). La Comuna 7 presenta las peores condiciones de vida para sus habitantes en comparación con las comunas urbanas 9 y 16 (Cardona-Trujillo *et al.*, 2022) que tienen las mejores condiciones de vida para los habitantes de VIS-VIP en la ciudad de Medellín. Para la población beneficiada con VIP en Medellín, la vivienda propia es considerada un bien necesario y no tenerla significa pobreza.

Dado lo anterior, se formularon las siguientes preguntas: 1) ¿Cuáles son los factores que inciden en el bienestar de la población que habita en los proyectos de interés prioritario Villa de Santa Fe y Territorio Robledo de la ciudad de Medellín?; y 2) ¿qué acciones individuales o colectivas reconocen en función del bienestar en el habitar? Nuestro interés es conocer los factores que explican el bienestar en el habitar al tomar en consideración el modelo VIP, considerado un eje importante en la planificación de Medellín.

**Figura 1.**  
Referencia de localización con imágenes de los proyectos habitacionales.



Fuente: Elaboración propia basada en fotos propias y Google Maps.

## Metodología

La investigación se desarrolló mediante una metodología mixta de dos fases para el diseño, levantamiento y análisis de la información. En la primera, se identificaron las variables y los factores que explicarían los componentes del bienestar en el habitar; en la segunda fase, se abordaron los significados del bienestar según la población consultada y se obtuvo un mayor entendimiento de las consideraciones sociales y de salud que afectan el bienestar de los participantes (Stacciarini y Cook, 2015).

### FASE I. CUANTITATIVA

#### MUESTREO Y MUESTRA

Se realizó un muestreo bietápico, en la primera etapa se procede a seleccionar el sector o la comuna con menores condiciones de vida, teniendo en cuenta las cinco comunas de mayor expansión de unidades de residencias VIS-VIP. Cada comuna se analizó según los criterios del Índice Multidimensional de Condiciones de Vida (IMCV) a 2017 (Alcaldía de Medellín, 2018). Este índice se construye de manera bianual y es usado para tomar decisiones importantes en la ciudad. Los criterios del IMCV son: Entorno y calidad de vida, movilidad, salud, percepción de la calidad de vida, vulnerabilidad, recreación, trabajo, medio ambiente, capital físico del hogar, libertad y seguridad, acceso a servicios públicos, escolaridad, ingresos, participación y desescolarización. La comuna urbana con mejores condiciones según el IMCV fue Belén, con un 39,5% de favorabilidad; la de menores condiciones fue Robledo, con un 10,1% (Cardona-Trujillo *et al.*, 2022).

En la segunda etapa se seleccionó a conveniencia dos unidades residenciales VIP ubicadas en la Comuna 7 (Robledo): Villa Santa Fe de Antioquia (44 edificios de 10 pisos) y Territorio Robledo (49 edificios de 10 pisos). Se contó con la participación de 118 individuos (65 y 53 respectivamente) con mayor participación del sexo femenino 79,7%, cuyas edades más recurrentes fueron entre los 35 y 39 años (21,2%), con menor proporción de adultos mayores de 60 años (8,5%). El 25,4% eran personas con estudios de bachillerato completo. El 44,1% se autodefinió como *ama de casa* y el 70,3% reportó ingresos familiares inferiores a un salario mínimo legal vigente. Las consideraciones fundamentales para participar en el estudio fueron: contar con mayoría de edad y residencia en el lugar.

#### DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Para la fase cuantitativa se elaboró un cuestionario de 64 preguntas donde se operacionalizaron las siguientes categorías: relaciones, vínculos, contexto urbano, salud (Tomaszewski y Perales, 2014; Zainal *et al.*, 2012), junto a ingresos y obligaciones económicas (Kim *et al.*, 2015), teniendo en cuenta la literatura

consultada sobre habitar y bienestar. Su forma y contenido fueron revisados y mejorados por tres expertos en psicometría y bienestar (American Educational Research Association *et al.*, 2018; Lugo *et al.*, 2006; Ramírez-Vélez *et al.*, 2010). Finalmente, se realizó una prueba piloto en dos unidades residenciales diferentes a las seleccionadas en la investigación.

Por restricciones de confinamiento y bioseguridad<sup>2</sup>, se desarrolló una estrategia de adaptación metodológica, vinculando al proyecto dos líderes comunitarias, capacitadas y entrenadas en la aplicación de encuestas y con previo consentimiento informado, siendo ellas quienes realizaron la aplicación en tres formas: presencial, vía telefónica y virtual (correos, mensajes *WhatsApp* y *Google Forms*).

## ANÁLISIS DE DATOS

Los componentes del bienestar se identificaron con el análisis factorial exploratorio (AFC). Inicialmente se aplicó cuantificación óptima a las variables cualitativas de la encuesta seleccionadas para ingresar al modelo; en el AFC se usó el método de extracción y análisis de componentes principales (ACP) con rotación varimax —técnica reportada en estudios similares— (Cardona-Arango *et al.*, 2014; Hernández *et al.*, 2018). Se tomó como criterio de pertinencia del análisis factorial un valor de  $p < 0,05$  en la prueba de esfericidad de Bartlett y una adecuación muestral de Kaiser Meyer-Olkin (KMO)  $\geq 0,5$ . Finalmente, para la conformación de los factores se incluyeron las variables con una carga factorial estandarizada 0.3 o más (Grice, 2001).

## FASE II. ESTUDIO CUALITATIVO

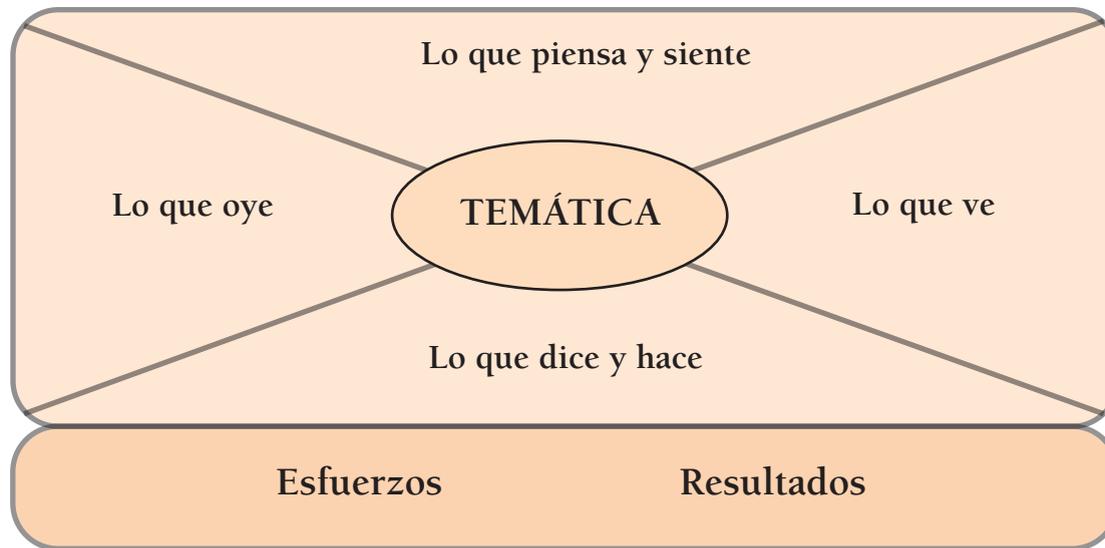
Usamos la herramienta mapa de empatía utilizada en el *design thinking*, desarrollada por XPLANE, popularizada por Osterwalder y Pigneur (2010). Se adaptó a la virtualidad con grupos focales y encuentros sincrónicos por *Google Meet*. Esta herramienta permite identificar aspectos de la vida, junto a actitudes y pensamientos del grupo participante, para así entender situaciones y necesidades experimentadas sobre el bienestar en el habitar. Se incluyeron seis aspectos relacionados con las emociones plasmadas en: *lo que piensan y sienten; lo que oyen; lo que ven; lo que dicen y hacen; los temas que les interesan; las necesidades o situaciones que les incomodan*; y, finalmente, *esfuerzos y resultados* (Figura 2).

Se indagó sobre los factores que más explicaron el bienestar en la fase cuantitativa y en aquellos considerados necesarios para profundizar en la etapa cualitativa.

Se contó con doce mujeres y dos hombres distribuidos en dos grupos focales. Las condiciones de participación fueron: diligenciamiento de encuesta, mayoría de edad, residencia en el lugar. Las ideas de los participantes fueron categorizadas y relacionadas con los factores del modelo de bienestar construido en la fase cuantitativa.

2 Resolución número 385 del 12 de marzo de 2020, Minsalud y Protección Social de Colombia.

**Figura 2.**  
*Aspectos consultados en el grupo focal.*



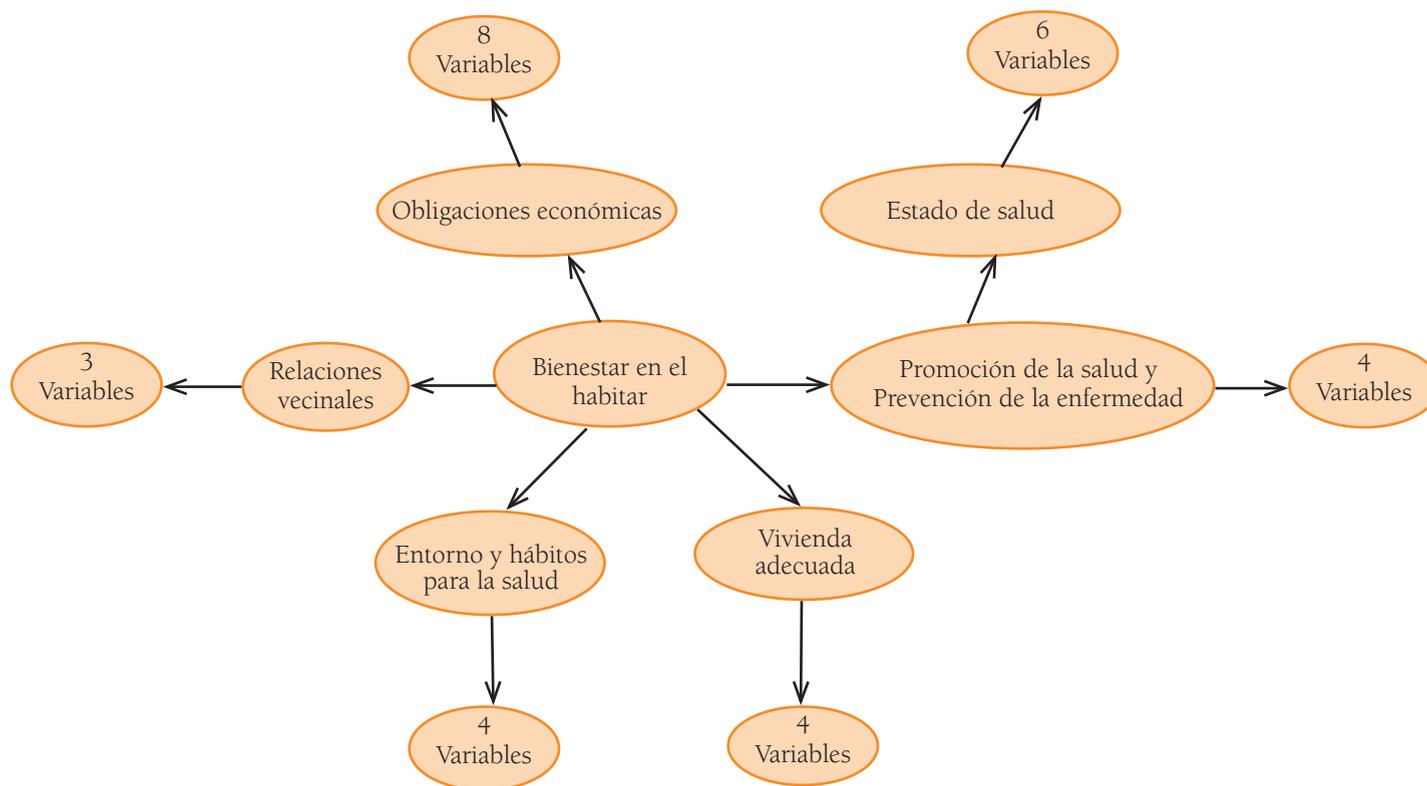
Fuente: Elaboración propia basada en mapa de empatía.

## Resultados cuantitativos

La técnica de análisis factorial exploratorio permitió calcular seis componentes: 1) obligaciones económicas, 2) estado de salud, 3) relaciones vecinales, 4) prevención y promoción de la salud, 5) entorno y hábitos para la salud y 6) vivienda adecuada. Esto, con una reducción de 29 variables de un total de 64, que explicaron el 67,19% de la varianza total (Figura 3).

Se encontró que el factor *obligaciones económicas* es el que más explicaría el modelo de bienestar; con ocho variables y un porcentaje de variabilidad explicada del 20,79%, seguido por el factor *estado de salud*; con seis variables y un 11,12% de variabilidad explicada, mientras que los factores de *relaciones vecinales*, *prevención de la enfermedad y promoción de la salud* y *entorno y hábitos para la salud* explicaron respectivamente el 9,92%, 9,09%, y 8,31% de la varianza total. Por último, el factor que menos explicaría el bienestar sería *vivienda adecuada* con un 7,92% de variabilidad explicada. El modelo de bienestar construido obtuvo un valor  $p=0,000$  en la prueba de esfericidad de Bartlett y una puntuación en el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) =0,721. Esto último indica la pertinencia del análisis factorial efectuado (Tabla 1).

**Figura 3.**  
*Modelo del bienestar en el habitar a partir del AFE.*



Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 1.**
*Descripción de las dimensiones que explican el bienestar en el habitar.*

Dimensión	Indicadores	Carga factorial
Obligaciones económicas	Dificultad familiar para pagos de servicios públicos	0,899
	Dificultad familiar para pagos de entretenimiento (paseos, cine, otros)	0,876
	Dificultad familiar para pagos de transporte	0,874
	Dificultad familiar para pagos de impuesto predial	0,87
	Dificultad familiar para pagos de administración	0,865
	Dificultad familiar para pagos de estudio	0,86
	Dificultad familiar para pagos de alimentación	0,817
	Dificultad familiar para pagos de atención médica	0,677
Estado de salud	Durante las cuatro últimas semanas, ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	0,77
	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Hizo más de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	0,75
	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?	0,70
	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en su actividad cotidiana a causa de su salud física?	0,68
	Durante las últimas cuatro semanas, ¿Se sintió calmada(o) y tranquila(o)?	0,62
	Durante las cuatro últimas semanas, ¿Hasta qué punto sus preocupaciones emocionales le han dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	-0,55
Relaciones vecinales	Las relaciones diarias entre los habitantes de mi edificio y en la unidad residencial en general son cordiales	0,83
	Dentro de mi edificio y/o en la unidad residencial, existen personas que ayudan a solucionar los problemas que se presentan entre los vecinos	0,72
	Las personas que viven en este edificio y/o en la Unidad residencial prestan atención a las propuestas de los líderes	0,66
Prevención y promoción de la salud	Realiza actividades que fomentan su desarrollo personal	0,77
	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica	0,74
	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud	0,72
	Participa en actividades que fomenten su salud y prevengan la enfermedad como: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud	0,68

Dimensión	Indicadores	Carga factorial
Entorno y hábitos para la salud	En esta unidad residencial los habitantes tienen la costumbre de llevar la basura a los puntos de recolección el día que pasa el carro de la basura o tirarlas	0,71
	Los lugares de educación, salud, recreación, están cerca de mi unidad residencial	0,66
	Hace usted ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana	0,66
	La salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la trapeadora, subir varios pisos por la escalera o caminar más de 1 hora	0,45
Vivienda adecuada	Dentro de mi apartamento puedo disfrutar tranquilamente con mi familia, sin ser molestado	0,87
	En nuestro apartamento, las ventanas permiten suficiente circulación de aire	0,75
	Puedo tener privacidad en mi apartamento para poder llevar a cabo las actividades que deseo realizar sin ser interrumpido	0,75
	En nuestro apartamento siempre tenemos los servicios públicos (agua, electricidad, gas) de buena calidad y disponemos de ellos sin interrupción	0,47

Fuente: Elaboración propia.

## Resultados cualitativos

En la presentación de los resultados, se usan los códigos P1 a P14 (P= Participante; 1 a 14= orden de enumeración) como reemplazo del nombre real del participante.

### OBLIGACIONES ECONÓMICAS

La referencia al lugar habitado y la oportunidad de tener una vivienda propia constituyen un referente de importancia para las consideraciones del bienestar. Se siente la protección y estabilidad del núcleo familiar y se obtiene un ahorro por la tenencia de la vivienda. Afirma P7 que hay más “facilidad económica para nosotros y más comodidad”. Plantea P4 que “mejoró mi calidad de vida, ya que tengo un techo propio y no tengo que pagar arriendo, y les brindo a mis hijas un hogar más estable y con más comodidad”.

No obstante, los participantes consideran que al vivir en la unidad residencial “se asumen responsabilidades pesadas como el pago de administración, impuesto predial, cuotas extras” (P11); además,

las personas se ven en la obligación de sacrificar “la alimentación para ahorrar algo y pagar las deudas” (P2). La realidad de habitar estas viviendas y su entorno implica que los participantes deban contener demandas fisiológicas como el hambre, para responder al reto de mantener una vivienda.

La tenencia de la vivienda no ignora el desempleo y sus consecuencias. Dice P6 “que se han enfermado muchos” y hay “desespero y angustia sin empleo”. “Trabajo el doble para poder mitigar el riesgo de que mis hijos no tengan estudio”, plantea P4. Consideran que tienen que esforzarse mucho por sostener los cambios en las condiciones de vida de sus nuevas viviendas. P11 siente “desespero por el olvido del gobierno, pagar administración e impuestos... se dice que nos dieron vivienda, pero nos subieron de estrato y, nos dejaron en el olvido”.

Algunos tienen la percepción de que sus sueños pertenecen a otros, pues se ven como imposibles de realizar (acceder a estudios y a transporte propio para mejorar su movilidad). Esta situación de desesperanza se agudiza en la cuarentena durante la pandemia por COVID-19 (2020). Dice P11: “se oye gente que sueña en tener otras cosas como carros, motos, y estudiar”. Se reclama la presencia del Estado y sus programas, “se sienten en el olvido”, consideran que su esfuerzo personal, pese a ser muy grande, siempre resulta insuficiente para cubrir las nuevas obligaciones. P12 expresa: “los esfuerzos míos son para poder pagar el transporte de mis hijas. Toca reducirnos mucho con lo de la casa para que puedan asistir a clases”. P8 cuenta que en su familia: “Descuentan plata de sus necesidades para ir a un hospital”.

## ESTADO DE SALUD

Se valora la salud como fundamento del bienestar asociado al acceso a los servicios de salud y trabajo. La situación preocupa por las condiciones desfavorables del entorno que afectan la salud física y mental. A esto se suma la angustia y la desesperanza ante una situación que no presenta mejoría para los afectados.

En general “la situación en vez de mejorar cada vez va peor”, dice P5 y P6 añade que hay “gente que se enferma” en el lugar y que existen situaciones que afectan el entorno saludable. Dice P4: “Veo mucha violencia, maltrato a la mujer, drogas, pistolas”. P11 asegura: “Se oye miedo por la inseguridad debido al grupo armado” y “cuando ven extraños”. Añade P12 que hay “depresión, drogadicción, maltrato intrafamiliar” y P1 expresa que se han visto “intentos de suicidios y gente que no sale” de sus viviendas.

Considera P9 que “estamos muy lejos, sin nada... el trabajo es difícil, aquí por eso nos enfermamos, a veces hasta la comida es difícil”. Los jóvenes expresan sentimientos de ansiedad que les motiva a abandonar el lugar a buscar posibilidades de una vida mejor. Asevera P1 que están “aburridos, quieren irse” y que hay “mucha ansiedad por el encierro y nada que hacer”. P12 Se une a lo anterior:

se oye que estamos muy mal sin un centro de salud, sin ayuda de psicólogos. La situación es aprovechada por bandas al margen de la ley, distribuidores de sustancias psicoactivas quienes los presionan para unirse a sus grupos de microtráfico. Falta mucha atención a los jóvenes (P12).

Habitar en un edificio en altura afecta la salud física. Cuenta P9: “desde que llegué, vivo muy enferma, me tocó un último piso, también hacen mucha bulla, casi no dejan dormir”; comparte P7: “Yo vivo en el último piso entonces me mantengo muy jodida de la espalda ... hago un esfuerzo para subir tanta cantidad de escaleras”. “Quizás por las escaleras ponemos en riesgo nuestra salud, y en el barrio no contamos con centro de salud”, asegura P8. “Veo que cada día hay más enfermos de las rodillas por subir y bajar tantas escaleras”, afirma P9.

## RELACIONES VECINALES

Dentro del ítem relaciones vecinales se comprenden las interacciones entre residentes y las conductas de respeto al otro. En las unidades residenciales estudiadas, la interacción cotidiana se caracteriza por la diversidad de personas campesinas, afrodescendientes e indígenas que pareciera que solo comparten el lugar en el que viven.

Se resalta la satisfacción de vivir en la unidad residencial por la tranquilidad de estar con las familias, como lo expresa P5: “Siento paz con el entorno en el cual vivo. Mi familia está más tranquila”. A pesar de sentir insatisfacción por las problemáticas antes mencionadas y la estrechez de las viviendas, consideran positivo contar con algunos vecinos resilientes para una buena convivencia.

Es recurrente la falta de comunicación; “las relaciones entre las personas, el respeto es muy poco ya que ¡todas vienen de partes tan diferentes!”, dice P12 y agrega: “Hay gente que se presta a un diálogo, hay otros que no y es difícil”. Aunque hay mejoras en el trato entre los vecinos, hay conflictos en algunas torres de la unidad residencial: “alguna gente no tiene tolerancia para nada. Se ve agresividad y muy poca disposición para aclarar los problemas”, comenta P12.

En el contexto vecinal, la participación de los líderes naturales o comités de conciliación facilita la mediación de conflictos, de la misma forma que las reuniones lideradas desde la administración de los edificios. Como reconoce P12: “algunos se arriesgan en querer ayudar a las personas a que solucionen sus problemas”.

El panorama es negativo al conciliar, aunque con mejorías; “hay conflictos que no pueden solucionarse con el comité, y siento que hay mucha intolerancia” dice P3. Hay excepciones “en mi torre las personas son unas muy conscientes y otras no, pero los problemas se concilian bien” plantea P8. En este sentido, los problemas del entorno están relacionados con la actitud de algunos vecinos, mientras que P6 puntualiza que “hay gente que todavía se agrade, pero ha mejorado”.

Por otra parte, se reitera bajo interés o sentimientos de miedo a la participación social por presiones y amenazas de grupos al margen de la ley. P6 dice: “es muy importante ayudar y que nos ayuden, así mejora el barrio y la gente”. Los residentes manifiestan que se ve soledad y falta de unión, pero consideran que hay deseos por cambiar las circunstancias. P14 agrega: “debemos integrarnos todo el sector para que haya una

buena convivencia y buen ambiente”. A pesar de estas buenas intenciones, han oído que la participación en la unidad es peligrosa, manifiesta P1: “que les da miedo, que no quieren morir” y sentencia P11 que se oye: “¡que no necesitan líderes sino a la alcaldía!”.

## PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los consultados manifiestan acciones particulares para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tales como “salir a caminar” o “buscar ayuda profesional para solucionar sus problemas” reporta P14. Los consultados son conscientes de “que si tenemos salud lo tenemos todo, ya que con salud podemos salir a trabajar,” reconoce P4, y de la importancia del cuidado de sí, “tener siempre auto-cuidado para así poder mejorar” como menciona P2, y del cuidado del otro, “cuidarnos y cuidar a los otros para que la salud no se afecte” (P10).

La promoción de la salud y prevención de la enfermedad es asociada a los lugares que les rodean y al lugar donde habitan, tal como se menciona en la siguiente categoría. En ese sentido, reiteran más que las acciones para generar hábitos saludables la necesidad de tener lugares de esparcimiento y diversión. Los adultos mayores presentan dificultades para la movilidad debido al diseño en altura de los edificios. Así, vemos que no se manifiestan actividades ni acciones concretas cotidianas para beneficiar su salud.

## ENTORNO Y HÁBITOS PARA LA SALUD

Comprendemos el entorno como el producto de las interacciones entre los habitantes al priorizar la participación y el respeto al otro. También, que los hábitos vinculados y que constituyen el entorno pueden causar afectaciones directas o indirectas en la salud. En este mismo sentido, para Vera-Toscano y Ateca-Amestoy (2008), es importante la vivienda vinculada al vecindario, así como también las interacciones sociales allí desarrolladas.

Se identifican dificultades para acceder a los servicios de salud debido a la carencia de centros de atención cercanos. Dice P8: “ojalá hubieran puesto un centro de salud, ya que nos queda muy lejos ir a consultar... Siento que hay mucha vulneración de la salud mental física y social”. Según los residentes, se ha solicitado la presencia gubernamental con un mayor acompañamiento con los programas de prevención en salud.

Los consultados reclaman espacios que promuevan ambientes saludables, dice P4: “creo que deberían poner puntos de recreación infantil y juvenil, espacios en donde la cultura sea reflejada creando ambientes sanos”. Solicitan actividades pedagógicas con los jóvenes o actividades como salir y caminar, o “crear nuevas estrategias para que haya un impacto en el barrio” (P4). Finalmente, las expresiones relacionadas con hábitos que fomenten la salud fueron referidas al deseo de obtener lugares adecuados.

En cuanto a un entorno seguro se percibe inseguridad en el ámbito privado cuando se manifiesta violencia en el hogar. Dice P12 “mucho maltrato a la mujer, abandono de los hijos y desinterés de los padres por los jóvenes”. Igualmente, los consultados perciben inseguridad en el entorno comunitario, a causa de esto “les da miedo dejar las casas solas por robos”, tal como comenta P4.

## VIVIENDA ADECUADA

Lo adecuado de la vivienda se expresa con la satisfacción de estar en el lugar. P13 dice:

Es un cambio muy bueno y me siento muy feliz en este edificio en el cual vivo con mi familia y todas las personas que vivimos acá ... En la mayoría de los casos veo personas felices. Que es una bendición vivir en esta torre y tener una vivienda propia. Mantenemos los espacios limpios para que sea agradable para nosotros y para las personas que nos visitan.

Mientras, otros consideran abandonar la vivienda actual para garantizar su salud física y mental.

La seguridad jurídica de la tenencia de la vivienda incide en la satisfacción por habitar el lugar y dice P8 que “es un logro para mí, ya que no tengo que pagar arriendo y puedo brindarle un techo a mi nieta”. Esto contrasta con la reiterada preocupación por la sostenibilidad de esta tenencia (pago de obligaciones), “se escucha mucho que quieren vender o arrendar para irse para su tierra, no aguantan más en el barrio tanta necesidad” dice P9. Unos piden ayuda con la mediación de líderes locales o mendigan para obtener dinero, otros optan por arrendar o vender su apartamento para retornar a su lugar de origen.

Por último, se hace demasiado evidente la dificultad para mantener la privacidad en las familias más numerosas por el espacio tan reducido de los apartamentos, que son “más estrechos” y tienen “menos espacio individual”, dice P8. Los habitantes deben “tratar de lograr acomodarnos si son varias personas viviendo allí”, manifiesta P4.

## Discusión y conclusiones

Al contrario de lo asumido tradicionalmente por los expertos, además de los factores asociados a lo económico, también son prioritarios los factores que aluden a la salud (estado de salud; prevención y promoción de la salud, entornos y hábitos para la salud), así como a las relaciones vecinales y la vivienda adecuada.

## OBLIGACIONES ECONÓMICAS

La percepción de los ingresos de los hogares para responder a las obligaciones económicas, afectan la satisfacción y la sensación de bienestar, el entorno y la vida en general. En este sentido, los bajos ingresos tienen un impacto negativo en la percepción del bienestar individual de los integrantes, determinando en gran medida el bienestar de las familias. Entonces, la idea de las obligaciones económicas corresponde a la posibilidad de correspondencia de los ingresos con las obligaciones, los apoyos estatales (Duarte y Jiménez, 2007; Goytia *et al.*, 2014) y la posibilidad de compararse con los vecinos, sin desatender las condiciones básicas de la pobreza como lo sugieren D'Ambrosio y Frick (2012) y Tiwari (2009). Además, la información presentada por los participantes establece que la obtención de una vivienda propia garantiza una noción de seguridad y protección de la familia, y que la realidad de la nueva vida debe considerar otras condiciones económicas en el contexto habitado. Deducimos que la noción de bienestar, desde la tenencia de la vivienda, se extiende a la idea del sustento. Los estudios de Conti y Heckman (2012), Heinrich (2014), Jones y Sumner (2011) evidencian ese vínculo directo entre la posibilidad de tener mejores ingresos y la satisfacción de las necesidades del hogar, estando vinculados los jóvenes en esa ecuación de bienestar. En nuestro estudio vemos que pertenecer a hogares de bajos recursos afecta directamente a los más jóvenes y a la posibilidad de suplir requerimientos en salud, educación, y alimentación. Nuestro estudio arroja la duda y sugiere avanzar para entender hasta dónde (o cómo) el bienestar individual y familiar podría estar vinculado con las carencias económicas y la percepción que se tiene de la propia pobreza y del propio bienestar.

## FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD

Es evidente que el factor económico es el que más explicaría en términos cuantitativos el bienestar con relación a los demás factores. Cuando se consulta a la población acerca de la percepción de los valores asociados al bienestar, vemos que aquellos que aluden a la salud resultan de mayor atención para los consultados.

El estado de salud se asoció con las condiciones sociales del entorno, vinculadas con la violencia, el maltrato intrafamiliar y la falta de oportunidades. Esta concepción de salud no se restringe a la ausencia de enfermedad, lo que concuerda con la definición de la Organización Mundial de la Salud [OMS] sobre salud. La OMS (2014) ha relacionado el concepto a un estado de bienestar físico, mental y social también distanciado de la simple ausencia de afecciones o enfermedades. Este enfoque ha permitido reconocer asuntos como la incidencia que tienen las afectaciones corporales en la percepción del bienestar, la posibilidad de superar las limitaciones biológicas para incorporarse a las actividades que demanda la sociedad, y la importancia de la conciencia del cuerpo y de las actividades físicas —como caminar e interactuar socialmente— que redundan en el bienestar de las personas en los entornos urbanos. (Bircher y Kuruvilla, 2014; Brani *et al.*, 2014; Ettma y Smajic, 2015; Naumova, 2014; Wiseman *et al.*, 2016).

Los participantes vinculan más la promoción de la salud a la posibilidad de contar con espacios de esparcimiento y recreación que a las propias acciones individuales. Esto podría explicarse porque el contar con un entorno adecuado con acceso a zonas verdes, redes de transporte, aire con calidad y energía, supone un realce del bienestar, una vez asegurados otros factores como el ingreso, la educación, el ocio y la salud física (Cardona Isaza *et al.*, 2017; Kim *et al.*, 2015).

Este estudio también estableció que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se vinculan con la presencia de programas gubernamentales. Bajo este contexto, la demanda de las personas por una asistencia estatal es requerida si algún factor es percibido como faltante para el bienestar individual (Londoño Palacio y Chaparro Borja, 2011; Naumova, 2014).

Por otro lado, la falta de acciones individuales —como la realización de actividad física—, según Kim *et al.* (2015), y Yu *et al.* (2011), se asocia regularmente con las redes sociales y la solidaridad o soporte social en el entorno. Esta explicación cobra sentido en nuestro estudio cuando se aduce que la diversidad de la población dificulta las redes de apoyo y, por ende, las actividades físicas conjuntas.

Al indagarse más por el entorno, este fue percibido como poco saludable, debido a las condiciones de inseguridad tanto en el ámbito privado como comunitario. Zainal *et al.* (2012), mencionan que el bienestar está asociado a la percepción de seguridad.

## RELACIONES VECINALES

Los vínculos y las relaciones vecinales se reflejan en la percepción positiva del contexto donde se vive, confirmando la confianza en la nueva forma de habitar. Cuando el residente asume un rol en su contexto debe responder a las obligaciones de su cotidianidad, incluidas las del ámbito familiar y vecinal. Se incluye la disposición o no de los otros por entregar su trabajo voluntario en la solución de problemáticas o la participación con grupos organizados. Estas relaciones posibilitan las redes para su bienestar y desarrollo (Espinosa Ortiz *et al.*, 2015; Stalker, 2008). Nuestro estudio reconoce que entre los residentes existen dificultades para generar redes sociales o comunitarias y para atender metas vinculadas al bienestar. Esta situación entiende un contexto posiblemente riesgoso y concordamos con Wiseman y Brasher (2008) en que las relaciones vecinales son muy importantes para el reconocimiento de un contexto de bienestar.

Emerge como noción de interés la comunicación en un contexto de conglomeración de población de diversa procedencia y condiciones. Esta se configura como un elemento relevante, aunque poco presente para encontrar formas de entendimiento entre los residentes. Se evidencia la presencia de líderes que faciliten la conciliación convirtiéndose en un factor que resalta el bienestar en la comunidad. Sin embargo, existen grupos al margen de la ley como una amenaza para la participación social. En tal sentido, se muestra que las relaciones sociales vecinales reconocen un estado del bienestar más allá de las condiciones económicas o de salud. Kim *et al.*, (2015) sugieren que los vínculos vecinales se deben contemplar en los estudios del bienestar como lo han demostrado la revisión de los diferentes métodos y herramientas de medición. No obstante, Cárdenas *et al.* (2017) reconocen la cohesión social, asumiendo la confianza y el respeto vecinal como un factor intermedio que determina la salud.

## VIVIENDA ADECUADA

Ser propietario del lugar habitado influye en la percepción de bienestar, resultado que también describen Zainal *et al.*, (2012) en su investigación, al encontrar un menor bienestar emocional entre las personas que habitan en una vivienda alquilada en comparación con quienes habitan en vivienda propia. Esta situación se presenta por el temor constante de los primeros a perder la vivienda.

No obstante, ser propietario de una VIP implica asumir otras obligaciones económicas; por ejemplo, el pago de administración. Según Berhe *et al.*, (2014) cuando las familias perciben que más del 30% de sus ingresos se gastan en la vivienda, esto afecta su bienestar, siendo incluso la asequibilidad de la vivienda un factor determinante en las medidas objetivas del bienestar.

Por otra parte, los propietarios de las VIP se deben enfrentar a la reducción de los espacios para el habitar. Una de las insatisfacciones referidas por los residentes es la falta de condiciones físicas para la privacidad. Los estudios consideran que las condiciones físicas de las viviendas inciden en el bienestar y aún más en el deseo de no permanecer allí (Berhe *et al.*, 2014; Hernández-Carrillo y Velázquez-Rodríguez, 2014; Kerbler, 2014; Tomaszewski y Perales, 2014; Zainal *et al.*, 2012).

Por último, nuestro estudio concuerda con el planteamiento de Mena (2011), en cuanto a que la población expresa una sensación de aislamiento —por la localización de la unidad— y una dificultad de acceso a los beneficios de la ciudad que debilita la pertenencia al lugar, llegando hasta incidir en la opción de abandonar la residencia.

## Conclusiones

Para la población de escasos recursos económicos la vivienda social es una alternativa para acceder a vivienda propia y lograr una mejora sustancial en el bienestar percibido. Superada la idea de solucionar el déficit habitacional cuantitativo, cobra valor la propuesta del modelo del bienestar en el habitar a partir del análisis factorial exploratorio producto de esta investigación. Se evidencia que en el bienestar de habitantes de viviendas VIP inciden factores económicos, de salud (estado de salud, promoción y prevención, entorno y hábitos para la salud), de relaciones vecinales y de condiciones físicas de la vivienda. Es evidente el papel que juega la percepción de bienestar para las personas en relación con su hábitat, siendo en este caso el factor de salud prevalente, a diferencia de otros estudios donde es al factor económico al que le dan mayor relevancia.

Si bien nuestro estudio no se centra en la evidencia de un aumento en la percepción del bienestar, podría deducirse que la población consultada sí tiene un mejor bienestar por ser propietaria y poder residir con su núcleo familiar. Es en este sentido que cobran relevancia los resultados de los factores del bienestar en el contexto aludido, cuando se profundiza en el enfoque cualitativo. Es así que resultará valioso comprender los factores del bienestar bajo las nociones *cuali-cuanti* para favorecer la visión de la población y su contexto real.

Los factores del bienestar descritos en esta investigación reconocen la importancia de la cobertura de las necesidades básicas tangibles, aunque se incorporan otros elementos intangibles en las acciones individuales o colectivas (reconocidas en función del bienestar en el habitar). Estos se manifiestan en la salud física y mental, en las estrategias de resolución de conflictos con los vecinos, en la posibilidad de participar socialmente sin temor, en tener espacios cercanos de recreación, esparcimiento y centros de salud, así como en contar con las garantías para asumir las nuevas responsabilidades económicas por el cambio de tipo de vivienda.

La incorporación de la visión *cuali-cuanti* de la realidad del bienestar, brinda oportunidades para profundizar en los estudios de la vivienda y los elementos de su entorno. Además, permite acercar opciones para el diseño de los lugares de habitación y proyectar espacios donde residirán y habitarán personas. Es el caso de las VIP en Colombia, donde se reconoce una población que ha sido excluida y vulnerada y que tiene derecho a un tipo de vivienda adecuada y un entorno de bienestar para el desarrollo de su vida.

Para lograr la permanencia de los habitantes en futuros proyectos VIP, se recomienda a los gestores de las políticas públicas considerar los aspectos objetivos y subjetivos expuestos en este artículo, ya que inciden directamente en el bienestar de las personas. Aunque la estructura física y el diseño son parte importante de una vivienda, puede considerarse un enfoque más amplio que involucre la escala urbana, arquitectónica y el desarrollo humano, para así contribuir al bienestar de la población que habita la vivienda social en Colombia.

Recomendamos, entonces, tomar en cuenta el modelo con las dimensiones que explican el bienestar en el habitar para futuros proyectos de vivienda social; así mismo, recomendamos adoptar un enfoque participativo, intersectorial e integral para garantizar el bienestar humano en los proyectos.

## Declaración de autoría

**Luis Hernando Gómez Ospina:** coordinación, conceptualización, investigación, metodología, redacción -borrador original, redacción revisión y edición, curación de datos, visualización.

**Angela María Restrepo Yepes:** conceptualización, investigación, metodología, redacción -borrador original, redacción revisión y edición, curación de datos, visualización.

**Coppelia Herrán:** conceptualización, investigación, metodología, redacción-borrador original, curación de datos.

**Jonathan Andrés Hernández Calle:** metodología, redacción revisión y edición, curación de datos, visualización.

## Referencias bibliográficas

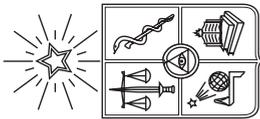
- Alcaldía de Medellín. (2018). *Costo eficiencia: índice multidimensional de condiciones de vida, 2017*. <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/PlaneacionMunicipal/Publicaciones/2017/Shared%20Content/IMCV.%20Costo%20Eficiencia%2C%202017%2C%20Versi%C3%B3n%203>
- Almeida Cavalheiro, W., Vieira, A. G., y Silveira, E. F. d. (2022). Habitação de interesse social: qualidade de vida dos responsáveis por famílias beneficiadas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e242612. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242612>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas*. American Educational Research Association.
- Arango Flórez, J. y Pérez Orrego, N. (2016). Espacios desde objetos. Relaciones entre modos de vida y arquitectura a través de muebles. *Iconofacto*, 12(19), 170-194. <http://hdl.handle.net/20.500.11912/7539>
- Baena, A. y Olaya C. (2013). Vivienda de interés social de calidad en Colombia: hacia una solución integral. *Revista Sistemas & Telemática*, 11(24), 9-24.
- Berhe, R. T., Martinez, J., y Verplanke, J. (2014). Adaptation and dissonance in quality of life: A Case study in Mekelle, Ethiopia. *Social Indicators Research*, 118(2), 535-554. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0448-y>
- Beuf, A. y García C. (2016). La producción de vivienda social en Colombia: un modelo en tensión. En P. Abramo, M. Rodríguez y J. Erazo, *Procesos urbanos en acción. ¿Desarrollo de ciudades para todos?* (pp. 393-420). Abya-Yala.
- Bircher, J. y Kuruvilla, S. (2014). Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *Journal of Public Health Policy*, 35(3), 363-386. <https://doi.org/10.1057/jphp.2014.19>
- Brani, O., Hefferon, K., Lomas, T., Ivztan, I., y Painter, J. (2014). The impact of body awareness on subjective wellbeing: The role of mindfulness. *International Body Psychotherapy Journal*, 13(1), 95-106.
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., y Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. Esan ediciones. <https://hdl.handle.net/20.500.12640/1215>
- Cardona-Arango, D., Agudelo-Martínez, A., Restrepo-Molina, L., y Seguro-Cardona, A. (2014). Índice de vulnerabilidad de la población en situación de discapacidad en Medellín. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n1.23110>
- Cardona Isaza, E. S., Villa García, S. A., Machado Luna, E., y López Arango, Y. L. (2017). Características de viviendas de interés prioritario y condiciones de salud de familias residentes, Medellín, 2008-2013. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22(2), 53-68. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.2.5>
- Cardona-Trujillo, H., Peña-Rojas, E., Martínez-Herrera, E., Mejía-Gil, M. (2022). Life conditions of residents in social housing in Medellín, Colombia: a fuzzy analytical hierarchy process. *Cities & Health*, 7(1), 112-121. <https://doi.org/10.1080/23748834.2022.2122264>
- Castillo, M. (2004). Anotaciones sobre el problema de la vivienda en Colombia. *Bitácora Urbano Territorial*, 8(1), 5-21.

- Chávez-Calle, M., Pérez-Ruiz, D. D., y Serrano-Guzmán, M. F. (2018). Impact on the direct costs of social interest and priority interest housing by including new construction standards: Cali case. *DYNA*, 85(206), 31–38. <https://doi.org/10.15446/dyna.v85n206.69013>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2009). *Lineamientos de política pública y consolidación de los instrumentos para la habilitación de suelo y generación de oferta de vivienda*. <https://minvivienda.gov.co/normativa/conpes-3583-2009>
- Conti, G. y Heckman, J. (2012). *The economics of child well-being*. NBER Working Papers, (18466). <https://doi.org/10.3386/w18466>
- Cuervo, J. (2013). La dialéctica entre habitar y ecología. *arq.urb*, (10) 101-117.
- D'Ambrosio, C. y Frick J. (2012). Individual wellbeing in a dynamic perspective. *Economica*, 79(314), 284-302. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0335.2011.00896.x>
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., y Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>
- Duarte, T. y Jiménez, R. (2007). Aproximaciones a la teoría del bienestar. *Scientia et Technica*, (37), 305-310.
- Echeverría Ramírez, M. C. (2004). Ascensos y descensos en la vivienda: mirada desde Medellín. *Revista INVI*, 19(50). <https://doi.org/10.5354/0718-8358.2004.62198>
- Espinosa Ortiz, F., Vieyra, A., y Garibay Orozco, C. (2015). Narrativas sobre el lugar. Habitar una vivienda de interés social en la periferia urbana. *Revista INVI*, 30(84), 59–86. <https://doi.org/10.4067/S0718-83582015000200003>
- Ettma, D. y Smajic, I. (2015). Walking, places and well-being. *The Geographical Journal*, 181(2), 102–109. <https://doi.org/10.1111/geoj.12065>
- Flores, F., Cruz, A., y Jauregui, J. (2017). Los factores de conversión y los recursos de la vivienda de interés social en la determinación de la calidad de vida. *Revista Nicolaita de Estudios Económicos*, 12(2), 40-83.
- Gallardo, F., Sepúlveda Carlois, D., y Tocornal, M. (2001). Conceptos tipológicos para la construcción del hábitat residencial y facilitar procesos sociales de formación de comunidades. *Revista INVI*, 16(43). <https://doi.org/10.5354/0718-8358.2001.62251>
- Goytia, C., Jorrat, D., y Sanguinetti, P. (2014). Vivienda y bienestar: diagnóstico y políticas en América Latina. En *Urbanización y políticas de vivienda en China y América latina y el Caribe. Perspectivas y estudio de caso* (pp. 155-191). CEPAL.
- Grice, J. W. (2001). Computing and evaluating factor scores. *Psychological Methods*, 6(4), 430-450. <https://doi.org/10.1037//1082-989X.6.4.430>
- Haramoto, E. (2002). Notas sobre el diseño de la vivienda y de su entorno barrial y urbano. *Revista INVI*, 16(44), 89-97. <https://revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/73101>
- Heinrich, C. J. (2014). Parents' employment and children's wellbeing. *The Future of Children*, 24(1), 121-146. <https://doi.org/10.1353/foc.2014.0000>
- Hernández, J., Cardona-Arango, D., y Segura-Cardona, A. (2018). Construcción y análisis de un índice de vulnerabilidad social en la población joven. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 403-412. <https://doi.org/https://doi.org/10.11600/1692715x.16125>

- Hernández-Carrillo, G. y Velázquez-Rodríguez, S. (2014). Vivienda y calidad de vida. Medición del hábitat social en el México occidental. *Bitácora Urbano Territorial*, 24(1), 149-166. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/bitacora/article/view/31463>
- Jones, N. y Sumner, A. (2011). Child poverty and well-being. En N. Jones y A. Sumner, *Child poverty, evidence and policy. Mainstreaming children in international development* (pp. 7-24). Bristol University Press, Policy Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt9qgpkz.7>
- Kerbler, B. (2014). Housing for the elderly in Slovenia: Analysis of the most common forms. *Theoretical and Empirical Research in Urban Management*, 9(2), 87-103. <https://www.jstor.org/stable/10.2307/24873497>
- Kim, Y., Kee, Y., y Lee, S. J. (2015). An analysis of the relative importance of components in measuring community wellbeing: Perspectives of citizens, public officials, and experts. *Social Indicators Research*, 121(2), 345-369. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0652-4>
- Ley 3 [Por la cual se crea el Sistema Nacional de Vivienda de Interés Social, se establece el subsidio familiar de vivienda, se reforma el Instituto de Crédito Territorial ICT y se dictan otras disposiciones]. (1991). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1164>
- Ley 546 [Por la cual se dictan normas en materia de vivienda, se señalan los objetivos y criterios generales a los cuales deber sujetarse el Gobierno Nacional para regular un sistema especializado para su financiación, se crean instrumentos de ahorro destinado a dicha financiación, se dictan medidas relacionadas con los impuestos y otros costos vinculados a la construcción y negociación de vivienda y se expiden otras disposiciones]. (1999). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=180>
- Londoño Palacio, O. L. y Chaparro Borja, P. (2011). Condiciones de hábitat y percepción de los estados de salud. Conceptos categoriales emergentes. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 13-31. <https://revistasoj.s.uncaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1904>
- Lugo, L. E., García, H. I., y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.
- Maya, E. y Cervantes Borja, J. (2008). La importancia del espacio exterior en los conjuntos habitacionales en la zona metropolitana de la ciudad de México. *Bitácora Urbano Territorial*, 13(2), 47-56. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/bitacora/article/view/18521>
- Mena, E. M. (2011). Habitabilidad de la vivienda de interés social prioritaria en el marco de la cultura. *Cuadernos de Vivienda y Urbanismo*, 4(8), 296-314. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cvyu/article/view/5477>
- Miguel Velasco, A. E., López Hernández, R. C., y Miguel Cruz, A. (2022). Vivienda saludable y estado de salud en las ciudades. El caso de Oaxaca, México. *Región y Sociedad*, 34, e1514. <https://doi.org/10.22198/rys2022/34/1514>
- Miguel Velasco, A. E., Santamaría Cruz, E. I., García Cruz, L. F., y Romero Rodríguez, K. (2023). El bienestar de la vivienda en las ciudades. El caso del istmo de Tehuantepec, Oaxaca. *Cuadernos de Vivienda y Urbanismo*, 16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cvu16.bvcc>
- Naumova, E. N. (2014). A cautionary note for population health: Disproportionate emphasis on personal responsibility for health and wellbeing. *Journal of Public Health Policy*, 35(3), 397-400. <https://www.jstor.org/stable/43288038>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos* (48a ed.). Autor. <https://apps.who.int/gb/bd/s/>

- Osterwalder, A. y Pigneur, I. (2010). *Generación de modelos de negocio. Un manual para visionarios, revolucionarios y retadores*. Deusto.
- Pérez, F. (2010). Laboratorio de reconstrucción urbana: Hacia una antropología de la política urbana en Colombia. *Antípoda*, (10) 51-84. <https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.04>
- Ramírez-Vélez, R., Agredo-Zuñiga, R. A., y Jerez-Valderrama, A. M. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 807-819.
- Rodríguez, J. y Arriagada, C. (2004). Segregación residencial en la ciudad latinoamericana. *EURE*, 30(89), 5-24. <https://doi.org/10.4067/S0250-71612004008900001>
- Stacciarini, J. M. R. y Cook, C. L. (2015). La aplicación efectiva de la investigación usando métodos mixtos. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 99-101. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.005>
- Stalker, G. J. (2008). Measuring diversity in daily social contact: The contribution of social context, work and leisure on the opportunity for engagement. *Social Indicators Research*, 86(2), 275-295. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9115-5>
- Tiwari, M. (2009). Poverty and wellbeing at the 'grassroots'-How much is visible to researchers? *Social Indicators Research*, 90(1), 127-140. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9316-6>
- Tomaszewski, W. y Perales, F. (2014). Who settles for less? Subjective dispositions, objective circumstances, and housing satisfaction. *Social Indicators Research*, 118(1), 181-203. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0420-x>
- Vera-Toscano, E. y Ateca-Amestoy, V. (2008). The relevance of social interactions on housing satisfaction. *Social Indicators Research*, 86(2), 257-274. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9107-5>
- Weismayer, C., Ponocny, I., Sedlacek, S., Stross, B., y Dressler, S. (2017). The relationship between natural urban surroundings and resident's wellbeing. *Theoretical and Empirical Researches in Urban Management*, 12(1), 21-37. <https://www.jstor.org/stable/10.2307/26332361>
- Wiseman, J. y Brasher, K. (2008). Community wellbeing in an unwell world: Trends, challenges, and possibilities. *Journal of Public Health Policy*, 29(3), 353-366. <https://doi.org/10.1057/jphp.2008.16>
- Wiseman, T., Foster, K., y Curtis, K. (2016). The experience of emotional wellbeing for patients with physical injury: A qualitative follow-up study. *Injury*, 47(9), 1983-1989. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.03.021>
- Yu, G., Renton, A., Wall, M., Estacio, E., Cawley, J., y Datta, P. (2011). Prevalence of low physical activity and its relation to social environment in deprived areas in the London borough of Redbridge. *Social Indicators Research*, 104(2), 311-322. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9745-x>
- Zainal, N. R., Kaur, G., Ahmad, N. A., y Khalili, J. M. (2012). Housing conditions and quality of life of the urban poor in Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 50, 827-838. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.08.085>

# revista invi



**Revista INVI** es una publicación periódica, editada por el Instituto de la Vivienda de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile, creada en 1986 con el nombre de Boletín INVI. Es una revista académica con cobertura internacional que difunde los avances en el conocimiento sobre la vivienda, el hábitat residencial, los modos de vida y los estudios territoriales. Revista INVI publica contribuciones originales en español, inglés y portugués, privilegiando aquellas que proponen enfoques inter y multidisciplinares y que son resultado de investigaciones con financiamiento y patrocinio institucional. Se busca, con ello, contribuir al desarrollo del conocimiento científico sobre la vivienda, el hábitat y el territorio y aportar al debate público con publicaciones del más alto nivel académico.

Director: Dr. Jorge Larenas Salas, Universidad de Chile, Chile.

Editora: Dra. Mariela Gaete-Reyes Universidad de Chile, Chile.

Editores asociados: Dr. Gabriel Felmer Plominsky, Universidad de Chile, Chile.

Dr. Carlos Lange Valdés, Universidad de Chile, Chile.

Dra. Rebeca Silva Roquefort, Universidad de Chile, Chile.

Mg. Juan Pablo Urrutia, Universidad de Chile, Chile.

Editor de sección Entrevista: Dr. Luis Campos Medina, Universidad de Chile, Chile.

Coordinadora editorial: Sandra Rivera Mena, Universidad de Chile, Chile.

Asistente editorial: Katia Venegas Fonca, Universidad de Chile, Chile.

Traductor: Jose Molina Kock, Chile.

Diagramación: Ingrid Rivas, Chile.

Corrección de estilo: Leonardo Reyes Verdugo, Chile.

## **COMITÉ EDITORIAL:**

Dr. Victor Delgadillo, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México.

Dra. María Mercedes Di Virgilio, CONICET/ IIGG, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Irene Molina, Uppsala Universitet, Suecia.

Dr. Gonzalo Lautaro Ojeda Ledesma, Universidad de Valparaíso, Chile.

Dra. Suzana Pasternak, Universidade de São Paulo, Brasil.

Dr. Javier Ruiz Sánchez, Universidad Politécnica de Madrid, España.

Dra. Elke Schlack Fuhrmann, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

Dr. Carlos Alberto Torres Tovar, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Sitio web: <http://www.revistainvi.uchile.cl/>

Correo electrónico: [revistainvi@uchilefau.cl](mailto:revistainvi@uchilefau.cl)

Licencia de este artículo: Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0)