



**Santo Domingo Savio: territorio, vida cotidiana y salud  
Experiencias desde la periferia urbana de Medellín, 2021-2022**

**Santo Domingo Savio: territory, daily life & health  
Experiences from the urban periphery of Medellín, 2021-2022**

Valentina de la Roche Colorado

Tesis de maestría presentada para optar al título de Magíster en Salud Pública

Director

Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Doctor (PhD) en Salud Colectiva

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Maestría en Salud Pública

Medellín, Antioquia, Colombia

2022

<b>Cita</b>	(De la Roche Colorado, 2022)
<b>Referencia</b>	De La Roche Colorado, V. <i>Territorio, salud y vida cotidiana: desde la periferia urbana de Medellín. 2021-2022</i> [Tesis de maestría]. Medellín, Colombia.
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	Universidad de Antioquia; 2022



Maestría en Salud Pública, Cohorte XXXVI.

Centro de Investigación Facultad Nacional de Salud Pública (CIFNSP).



Biblioteca Salud Pública

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes.

**Decano/Director:** José Pablo Escobar Vasco.

**Jefe departamento:** Edwin González Marulanda.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Dedicatoria**

A mis padres, Vilma y Héctor, a quienes debo lo que soy. Me educaron en un entorno amoroso e incondicional, proporcionándome las herramientas y brindándome las oportunidades para volar, sin olvidarme del lugar de donde partí.

A mis hermanos Andrés y Sebastián, que han creído en mí y han acompañado mis pasos de manera protectora, amorosa y leal.

A mi sobrino Salvador, para que cuando crezca lea estas páginas y se convenza de que no existen límites para soñar.

A mi esposo Juan, por su paciencia, sus palabras sabias, su compañía, y esos abrazos que calmaron cualquier angustia.

Por último, a mí, por haber llegado hasta aquí y haber sorteado los momentos de oscuridad.

## **Agradecimientos**

Mi más profundo agradecimiento a la lideresa que acompañó mi proceso: Deisy, una mujer valiente, persistente, resiliente, con una energía arrolladora, una risa contagiosa y con la mejor disposición para ayudar siempre a los demás. Gracias a ella conocí personas muy especiales, quienes abrieron su corazón y marcaron mi experiencia.

A Sol, un eterno agradecimiento por ser mi faro en este camino.

## Tabla de Contenido

Resumen .....	9
Abstract .....	10
Introducción .....	11
Planteamiento del problema y justificación.....	16
Objetivos.....	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos .....	21
Lineamientos teórico-metodológicos .....	21
Noción de territorio.....	22
La Fenomenología Social como método para la comprensión de la vida cotidiana y el mundo intersubjetivo .....	23
Metodología.....	26
Técnicas, registro y análisis de información.....	26
Consideraciones éticas .....	30
Limitaciones .....	31
Resultados.....	31
Capítulo I. Santo Domingo Savio: del barrio al territorio y de la casa al hogar .....	31
Breve contextualización para el lector .....	33
Siguiendo el sueño de Domitila Moreno .....	40
A la llegada a Santo Domingo Savio.....	46
Poblamiento y consolidación del barrio Santo Domingo Savio .....	49
La violencia, el conflicto e inseguridad en el barrio Santo Domingo Savio .....	53
Urbanismo social: la re-territorialización del Estado .....	57
La planeación en la Comuna 1 .....	62

El Plan de desarrollo local Comuna 1 (PDC) .....	64
Plan comunal de Salud Comuna 1 Popular 2016 .....	65
Anotaciones finales .....	67
Capítulo II. Geografías de la vida cotidiana en Santo Domingo Savio .....	67
El territorio como espacio vivido .....	68
La historia de Luz Helena y su esposo Santiago .....	68
La historia de Carmen .....	71
La historia de Eugenia .....	72
La historia de Fabio .....	73
La historia de Héctor .....	75
Análisis de elementos comunes en sus vidas cotidianas .....	76
Procesos de interacción social en el territorio .....	84
Capítulo III. La salud en la cotidianidad del territorio .....	90
La atención en salud en el territorio .....	91
Situación de salud de los participantes .....	100
Acceso a los servicios de salud .....	100
Prácticas de cuidado .....	104
Estado de salud .....	106
Percepción de salud .....	107
Santo Domingo en el marco de la pandemia Covid-19 .....	108
Cambios en la vida cotidiana de los habitantes de Santo Domingo Savio, con la Pandemia del Covid-19 .....	110
Discusión, conclusiones y recomendaciones .....	116
Referencias .....	123
Anexos .....	136

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Estrategias y técnicas de recolección de información de acuerdo con los objetivos específicos .....	27
<b>Tabla 2.</b> Configuración de las unidades de análisis de acuerdo con los objetivos específicos.....	28
<b>Tabla 3.</b> Categorías establecidas por unidades de análisis .....	29
<b>Tabla 4.</b> Distribución administrativa y territorial de Medellín por zonas y comunas .....	34
<b>Tabla 5.</b> Comuna 1-Popular: barrios reconocidos por la comunidad agrupados por nodos.....	37
<b>Tabla 6.</b> Número de Habitantes de Medellín entre 1918-1980.....	44
<b>Tabla 7.</b> Participación y priorización de proyectos por PP en comuna 1-Popular .....	62
<b>Tabla 8.</b> Resumen de la Historia, antecedentes y normativa del PP en Medellín .....	63
<b>Tabla 9.</b> Problemas priorizados en salud en la comuna 1 dentro del Plan Comunal de Salud 2016, de acuerdo con la dimensión y entornos. ....	95
<b>Tabla 10.</b> Casos acumulados confirmados de COVID-19 en Medellín, distribuido por comunas y corregimientos.....	109

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Mapa de Medellín: zonas, comunas, y corregimientos .....	35
<b>Figura 2.</b> Mapa Comuna 1-Popular.....	38
<b>Figura 3.</b> Mural Doña Domitila Moreno .....	45
<b>Figura 4.</b> Colegio Antonio Derka: diseño arquitectónico .....	59
<b>Figura 5.</b> Plaza del Colegio Antonio Derka .....	60

## **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

<b>OMS</b>	Organización mundial de la salud
<b>OPS</b>	Organización panamericana de la salud
<b>PDSP</b>	Plan Decenal de Salud Pública
<b>DCP</b>	Diagnóstico Comunitario Participativo
<b>PDC</b>	Plan de Desarrollo Comunal
<b>PP</b>	Presupuesto Participativo
<b>FS</b>	Fenomenología Social
<b>POT</b>	Plan de Ordenamiento Territorial



---

## Resumen

El territorio es una categoría teórica de las ciencias sociales que ha tomado fuerza en la última década, y ha sido implementada desde diferentes disciplinas y enfoques. Varios autores desde corrientes críticas han planteado avances teóricos y conceptuales que han llevado a establecer que: el territorio es un elemento trascendental en la comprensión de los procesos salud-enfermedad, sin embargo, la salud pública sigue estando en deuda de implementar esta categoría en sus procesos de análisis. Partiendo de ahí, esta investigación social cualitativa tuvo como objetivo general la comprensión de la relación entre territorio y salud a partir de la vida cotidiana de habitantes del barrio Santo Domingo Savio de la ciudad de Medellín, utilizando como método la fenomenología social propuesta por Schutz, Berger & Luckman. Se realizaron recorridos territoriales y entrevistas en profundidad con cinco habitantes del barrio. A partir de las transcripciones, se codificó de manera abierta, inductiva y abductiva, definiendo unidades de análisis y categorías, y estableciendo mapas de comprensión. Como conclusión para comprender la relación entre el territorio y la salud en Santo Domingo Savio, fue clave la consideración de cotidianidad en donde se expresan las tensiones entre lo global y lo local.

**Palabras clave:** territorio sociocultural, proceso salud-enfermedad, medio ambiente y salud pública, Desigualdades en la salud

---

### **Abstract**

Territory is a theoretical category of the social sciences that has gained strength in the last decade and has been implemented from different disciplines and approaches. Several authors from critical currents have proposed theoretical and conceptual advances that have led to establish that: territory is a transcendental element in the understanding of health-disease processes, however, public health is still in debt to implement this category in the analysis processes. Based on this, the general objective of this qualitative social research was to understand the relationship between territory and health from the daily life of the inhabitants of the Santo Domingo Savio neighborhood in the city of Medellin, using as a method the social phenomenology proposed by Schutz, Berger & Luckman, in which territorial tours and in-depth interviews were conducted with five inhabitants of the neighborhood. From the transcriptions, an open, inductive and abductive coding was made, and units of analysis and categories were defined.

**Keywords:** sociocultural territory, health-disease process, environment and public health, health status disparities

---

## Introducción

La relación entre los procesos de salud y las nociones espaciales ha sido de larga data. La explicación y comprensión de los procesos de salud-enfermedad a nivel poblacional a través de la historia, ha implicado la vinculación de categorías espaciales tales como: naturaleza, ambiente, espacio, entorno, territorio y/o lugar. Aunque estas categorías en muchas ocasiones han sido tratadas indistintamente, detrás de cada una hay un enfoque y un desarrollo conceptual específico que las diferencia; eso hace que existan diferentes maneras de abordar esta relación.

En la revisión de los antecedentes del vínculo, es posible evidenciar que en la medida en que ha evolucionado la conceptualización de la salud también ha sido necesario evolucionar en la forma en la que se ha concebido el espacio. En siglo XVIII y XIX, con el resurgimiento del “paradigma higienista” y el “paradigma del germen”, las poblaciones eran acosadas por las enfermedades infecciosas, las cuales tenían asociación directa a las situaciones del ambiente: espacios y hábitos insalubres, ausencia de agua potable, ausencia de acueducto, inadecuado manejo de los residuos, entre otros, por lo tanto, era en el ambiente en donde se daba la historia natural de la enfermedad (Iñiguez, 2008; Molina Jaramillo, 2018).

Basados en lo anterior, el movimiento sanitarista para ese momento dio lugar a una Salud Pública preocupada por evitar la exposición a “miasmas” y definir responsabilidades estatales en el control del funcionamiento social. Los movimientos de higiene pública se concentraron en vigilar las epidemias urbanas y administrar acciones para atacar los focos de la enfermedad, con ayuda de la epidemiología. Hasta aquí el territorio se concebía como un espacio físico contenedor de vectores de enfermedad y/o riesgos (Molina Jaramillo, 2018).

La corriente de la Medicina Social del siglo XVIII abrió una línea de pensamiento alrededor de la relación entre pobreza económica y enfermedad en la clase social baja, generando cuestionamientos acerca de la relación entre enfermedad, los procesos sociales y económicos. Esa línea de pensamiento toma fuerza con la transición epidemiológica de las enfermedades que aparece a mitad del siglo XX, en el cual se

---

genera un cambio en los indicadores de morbimortalidad en la población, observándose disminución en la prevalencia e incidencia de las enfermedades infecciosas, y un aumento significativo de enfermedades crónicas de origen no infeccioso. Este cambio puso en jaque el modelo biomédico tradicional usado para la explicación de los procesos salud-enfermedad, razón por la cual fue necesario empezar a incluir factores económicos, sociales y culturales en los análisis multifactoriales; la noción de espacio pasó a ser considerado como un sistema de relaciones gracias a los aportes de la geografía, pero se integraba a los análisis de causalidad en donde se analizaba por micro-áreas desconectadas del contexto sociopolítico e histórico (Molina Jaramillo, 2018).

Con esos cambios, en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948), define la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La OMS, en conjunto con grupos científicos, impulsa la propuesta Determinantes Sociales de la Salud en el 2005, como modelo interpretativo para la explicación de situaciones de salud en la población, adoptando la definición de Salud y el concepto de espacio mencionados anteriormente, entendiendo que las condiciones sociales de vida en las cuales las personas viven, trabajan y se relacionan, jerarquizan y determinan la situación de salud de las poblaciones, permaneciendo en una lógica causal.

En la segunda mitad del siglo XX, se da el auge de la globalización, las políticas neoliberales, y el capitalismo de mercado en todo el mundo, con ello, se generaron **nuevas formas de distribución desigual de la enfermedad, la salud y la muerte**, en respuesta a la configuración social y geográfica de las ciudades, a menester del crecimiento económico y el progreso, más que de la vida (Molina Jaramillo, 2018). Las políticas neoliberales tuvieron como características generales: fortalecer el crecimiento económico con la apertura al mercado mundial, privatización de las empresas públicas, reducir el tamaño del Estado y su intervención social y económica, bajo la idea de que, al eliminar las barreras al comercio mundial se conseguiría mejorar las condiciones de vida de la sociedad, particularmente de los más pobres. Sin embargo, el resultado fue otro, beneficiaron los intereses comerciales, financieros e industriales de los países más ricos y las élites de países en desarrollo (Cortés F, 2003).

---

Las primeras transformaciones evidentes, asociadas a la inclusión de modelos neoliberales en el sistema capitalista, **fueron la transformación del sistema del trabajo en la industria y los procesos de urbanización y distribución territorial de las ciudades**. Mientras en la sociedad industrial el trabajo se desarrollaba en lugares especializados y existía un contrato laboral, en la nueva sociedad capitalista neoliberal el trabajo fue flexibilizado, cambiando los empleos de tiempo completo a empleos temporales, surgiendo formas de subempleo, y afectando el salario. Transformaciones en función de los intereses de los propietarios más que de los trabajadores (Cortés F, 2003).

En **los procesos de configuración urbana de los países latinoamericanos**, se evidenció que la globalización no homogeniza las conformaciones urbanas, sino que las diferencia por la distribución desigual de las riquezas y de las oportunidades. En América Latina, el cambio más intenso de la distribución territorial se da entre 1940-1980 entre la población de zonas urbanas y rurales, que generó la expulsión de campesinos hacia las ciudades, debido a la penetración del capitalismo al campo, con la introducción de nuevas técnicas productivas, la descomposición de las formas agrarias previas, la competencia desigual con el comercio mundial y el libre mercado, y la eliminación de subsidios públicos al campo, conllevando a generar crecimiento poblacional en las metrópolis (Pradilla Cobos, 2014). Al interior de las ciudades también se generó **cambios de distribución territorial de la población**, ya que se aumentaba el costo de vida en el centro de la ciudad, aumentaba el desempleo, la periferización de la vivienda de interés social, generando concentración poblacional en las periferias y asentamientos precarizados de la ciudad (Pradilla Cobos, 2014; Borrell y Pasarín, 2004).

Muchos autores (Laurell, 1978; Breilh 1979; Beck, 1998; Kelley, 2004; Borrero, 2011; Otálvaro, 2019; Molina, 2009), han dado cuenta de los efectos devastadores que ha generado la globalización en la sociedad, entre ellos: inequidades en la distribución de la riqueza concentrándose en pocos, y la pobreza en millones de personas, provocando aumento progresivo de la brecha social entre ricos y pobres, que acrecientan desigualdades sociales. Ha provocado deterioro en las condiciones de vida de las personas, lo cual impacta directamente en la salud, el trabajo y el acceso a servicios

básicos de las personas, y ha generado que los sistemas de seguridad social se vuelvan más frágiles y sin garantías necesarias para enfrentar las contingencias de la enfermedad, vejez y muerte.

Bajo esta lógica, en 1970-1990 la Medicina Social latinoamericana se enfocó en la relación entre el orden social capitalista y la salud. Ese escenario permitió la postulación de una epidemiología crítica, que propone la determinación social de salud como la alternativa para la superación del causalismo en la explicación de los procesos salud-enfermedad, permitiendo abordar la complejidad de la vida, el reconocimiento del sujeto, la distribución poblacional de las condiciones de salud a través de la categoría clase social, la matriz de triple inequidad (clase, género, etnia) y la definición del perfil epidemiológico que sintetiza dos ejes de la complejidad, las dimensiones general, particular y singular, y los procesos saludables y protectores, versus los malsanos, deteriorantes o vulnerabilizadores de la salud, todo ello inscrito en un proceso dialéctico de determinación socio histórica (Breilh, 2013).

Los postulados de la epidemiología crítica reconocen al sujeto y a los colectivos en una lógica dialéctica, insertos en una trama social ubicados en espacio y tiempo. Esta corriente exige superar la concepción tradicional del espacio geométrico, delimitado, abstracto, y contenedor de factores, e integra los postulados de las teorías críticas del espacio, desde **Henri Lefebvre** (1974), que plantea el espacio no como un espacio pasivo en las relaciones sociales, sino que tiene un papel activo, operacional e instrumental, con una visión dialéctica del espacio; **Castells**, que propone un espacio como un producto material, y no una dimensión abstracta, donde los seres humanos en la praxis social dan formas, funciones y significaciones; desde la geografía crítica de **Milton Santos**, que concibe el espacio como un hecho social, sin desconocer su carácter material y evidente, reconociendo la íntima relación entre el espacio y el tiempo, priorizando la interacción entre sociedad-naturaleza, y en donde la realidad social no está constituida sólo por la estructura, sino también por la acción de los sujetos. Por último, las ideas de **Harvey** (2011) en donde el espacio no es ni absoluto, ni relativo, ni relacional en sí mismo, pero puede convertirse en una o todas, dependiendo de las circunstancias. La respuesta se encuentra en la práctica humana (Breilh, 2010).

---

Recientemente, autores como Borde y Torres-Tovar (2017) y Molina Jaramillo (2018), han propuesto la categoría “territorio” como elemento trascendental en la comprensión del proceso salud-enfermedad en el campo de la salud pública. Esta categoría, que históricamente ha estado ligada a la guerra por el control del espacio físico, actualmente se concibe como el escenario donde transcurre la vida, situado histórica, política y económicamente, siendo un espacio de expresión, de producción social y en donde diferentes actores lo apropian, lo representan y dotan de sentido. Para Molina Jaramillo (2018):

Pensar el territorio, como mundo donde acontece la vida cotidiana, no significa desconocer los procesos biológicos y sociales de la configuración territorial, más bien implica comprender cómo estos se articulan para personas y comunidades concretas y bajo procesos de interacción y significación específicos de los microterritorios. (p. 7)

El territorio conecta con la salud y la vida, en tanto en él se dan los procesos de producción y reproducción social, que son la base de la determinación social. Es en el espacio territorial donde se dan las relaciones entre los procesos naturales y los procesos sociales, denominado como metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh, 2003). Dicho de manera más sencilla: la gente vive, enferma y muere dependiendo de las condiciones en que trabaja (producción) y vive (reproducción), dinámicas que se dan ligadas al territorio. Por lo tanto, la aproximación entre territorio y salud va más allá de la mera distribución espacial o de las características ambientales físicas que inciden en los perfiles epidemiológicos de los colectivos (Samaja, 2003).

Partiendo desde estos postulados recientes sobre el vínculo entre salud y territorio, esta investigación pretendió aportar en la comprensión de esa relación, **haciendo un análisis desde una realidad situada, en un barrio de la ciudad** que evidencia la simultaneidad de los procesos históricos y socioculturales, comprobando la coexistencia de lo global y de lo local **en los lugares de la vida cotidiana y las acciones de las personas sobre sus territorios**; por esa razón, el punto de partida para comprender esa

---

relación, fueron las **experiencias de la vida cotidiana de los habitantes de un barrio periférico urbano de la ciudad de Medellín-Colombia**.

A continuación, se presentan el planteamiento del problema y su justificación, los objetivos que guiaron esta investigación; el soporte teórico que posiciona la noción de territorio, y la propuesta metodológica (lineamientos teórico-metodológicos), el paradigma epistemológico, el método y el enfoque, las estrategias y técnicas de recolección de información, y el proceso de análisis (metodología). Se presentan tres capítulos de resultados: 1). Santo domingo: del barrio al territorio y de la casa al hogar; 2). Geografías de la vida cotidiana y 3). La salud en la cotidianidad del territorio. Por último, la discusión, conclusiones y recomendaciones.

### **Planteamiento del problema y justificación**

Aproximadamente, desde el año 1990 hasta la actualidad, se han publicado investigaciones de autores como Santos, Breilh, Delgado Mahecha, Iñiguez & Barcellos; Samaja, Borde & Torres; Peña, Perdomo & Cuartes y Molina, **quienes han aportado reflexiones teóricas para el establecimiento del vínculo entre territorio y salud**, desde posturas críticas, en las cuales integran elementos de los procesos históricos de aceleración y acumulación de capital. En la revisión de antecedentes se encontraron investigaciones de países como España, México, Cuba, Brasil, Ecuador, y Colombia, que han involucrado categorías y elementos de las reflexiones teóricas y conceptuales del vínculo en realidades sociales específicas, desde diferentes perspectivas, métodos investigativos y posturas epistemológicas, con temas como territorios y contextos de salud en la población, salud comunitaria, salud en los barrios, desigualdades en salud y territorio urbano, territorio y salud en pueblos indígenas, entre otros.

En México, Blanco Gil, López Arellano y Rivera Márquez, en 1997, indicaron que en la zona metropolitana de la ciudad de México se han profundizado los procesos de segregación socio territorial y polarización de las condiciones de y para la salud, a causa de las reestructuraciones urbanas en la lógica neoliberal. Encontrándose “espacios-población precarios, en donde la complejidad de los problemas sanitarios, supera la



limitada visión de la enfermedad de la pobreza versus patología del desarrollo” (Blanco Gil, López Arellano y Rivera Márquez, 1997). Así, los espacios urbanos expresaron las condiciones que determinan la calidad de vida y su vinculación estrecha con la salud-enfermedad colectiva, concluyendo que, a la desigualdad ante la enfermedad y muerte, se le suma el deterioro de los servicios públicos de salud por el desfinanciamiento, la corrupción, la reorganización en una lógica de “neobeneficiencia” para los pobres, y una mercantilización selectiva para clientes potenciales que resuelven sus necesidades de atención en el mercado destruyendo, en la práctica, el derecho constitucional a la protección de la salud (Blanco Gil, López Arellano y Rivera Márquez, 1997). Resultados que se aproximan mucho a la realidad de Colombia.

En Ecuador, Polo Almeida en el 2015, presenta los mecanismos de inequidad a través de los cuales se teje la desigual relación entre territorio y salud, que afecta el tejido social de unos trabajadores de banano en San Rafael, una provincia de Guayas, Ecuador. Postula que hay diferentes expresiones de desigualdad asociados al territorio en donde se tejen las diversas relaciones sociales, que afectan la salud humana; estas desigualdades provienen de mecanismos de inequidad configurados históricamente al interior del sistema capitalista. (Polo Almeida, 2015). Sin embargo, esta investigación hace hincapié en que existen otras relaciones, organizadas por las personas de la provincia, que buscan un vivir diferente al del sistema de desigualdad e inequidad. La autora resalta la fortaleza que puede aportar que diferentes actores de la comunidad se organicen en forma de resistencia (Polo Almeida, 2015), proceso que demuestra que, en la relación entre territorio y salud, no sólo se expresan las determinaciones de orden global, sino que, desde lo local, también se expresan capacidades sociales, acciones sociales y movilizaciones, que se dan en forma de resistencia, que están todo el tiempo en conflicto.

Es así, como desde la propuesta de Salud Comunitaria y de Salud en los barrios, se apuesta por la participación y consolidación de acciones colectivas-locales para la salud de las comunidades, en pro de la emancipación, en el marco de algunos enfoques de la Atención Primaria, la Promoción y Educación para la Salud (Armas, García y Cofiño 2018). En Colombia, Sánchez y León (2006), manifestaron que en el país “no existían

---

esfuerzos sistemáticos por incorporar la temática de salud y territorio” (p. 203). Actualmente, se debe reconocer que, aunque se han hecho esfuerzos en la aproximación a la relación entre geografía y salud, desde varias vías, todavía la Salud Pública y la Epidemiología se encuentran en deuda al concebir y vincular el territorio como categoría fundamental en la comprensión del proceso salud-enfermedad (Sánchez y León, 2006; Samaja, 2003; Borde y Torres-Tovar, 2017; Molina Jaramillo, 2018).

En síntesis, sobre el vínculo teórico entre territorio y salud, hay que decir, que es el resultado de un entramado conceptual-analítico en donde hay confluencia de diferentes disciplinas derivadas de las ciencias sociales: la geografía social y crítica, la salud colectiva y la medicina social latinoamericana; ese desarrollo conceptual ha llevado a plantear que tanto la salud como el territorio son procesos sociales, que se explican a través de contextos socio históricos específicos en los que se enmarcan relaciones sociales y de poder. Se concibe el territorio como un espacio geográfico, socialmente producido y apropiado, donde acontece la vida cotidiana, en donde se dan los procesos de producción y reproducción social, pero también de interacción social y con ello, los procesos de significación de las personas y comunidades; al integrar ese concepto de territorio en las comprensión de los procesos de salud- enfermedad, se pone en evidencia desigualdades sociales en salud, ya que existen diferencias territoriales en los modos de vivir, de enfermar y de construir salud (Breilh, 2010; Borde y Torres-Tovar 2017)

De acuerdo con lo anterior, ésta investigación buscó comprender esa relación que ha sido construida teóricamente entre territorio y salud, en lo cotidiano, como lo define Schutz & Luckman (2003) en el “*mundo de la vida*”, a partir de las experiencias de quienes habitan, construyen y apropian un territorio. Partiendo de que el mundo de la vida es un mundo compartido, en donde conviven distintas subjetividades que, a través de la interacción social configuran las experiencias, las cuales devienen de procesos históricos-contextuales y subjetivos que son los que determinan las motivaciones del sujeto para emprender acciones, proyectarse en el mundo y relacionarse con otros. Esto implica reconocer que los micro territorios y **lugares cotidianos donde se gesta la vida** son pequeñas porciones de territorio cargadas de significados y valores inseparables de la experiencia de quienes lo habitan.

---

En esta investigación se asume conceptualmente que en la ciudad los procesos de ordenamiento territorial se han organizado bajo ciertas lógicas globalizadoras del mercado capitalista y el modelo neoliberal adoptado en Colombia, lo que tal vez, permitió explorar ciertas relaciones en la vida cotidiana de las personas, entre las determinaciones globales y las posibilidades que se producen localmente para construir salud. Una de las consecuencias a ese ordenamiento territorial, en respuesta a ese crecimiento acelerado del siglo XX que proclamaba modelos de desarrollo basados en la acumulación de capital, fue la consolidación de “**periferias urbanas**” (Hiernaux & Lindón, 2004) en las grandes ciudades de países latinoamericanos como Colombia. Las periferias urbanas se fueron poblando gradualmente como espacios de asentamiento y habitabilidad de millones de personas, la mayoría desplazadas de otros departamentos y municipios, y otras desplazadas internamente a causa del aumento del costo de vida en la parte central de la ciudad. Por esas razones, **las periferias han sido concebidas como áreas residenciales calificadas negativamente por condiciones de marginalidad, precariedad, carencia y privación.** Esa descripción, que de alguna manera es objetiva, puede complementarse con la perspectiva subjetiva e intersubjetiva que permitiría develar la complejidad de esa realidad social (Hiernaux & Lindón, 2004).

En el marco de lo expuesto, se planteó un **análisis relacional entre territorio y salud, desde una perspectiva comprensiva de la experiencia de vivir en un territorio periférico y su vínculo con las vivencias en salud.** Para esta investigación, la salud se entiende no sólo como una experiencia individual sino colectiva, de carácter relacional y multidimensional, expresada en las prácticas y sentidos cotidianos de los sujetos, y concebida como un proceso dinámico, complejo, socialmente determinado, que contiene además de lo biológico del individuo, los estilos de vida, los modos de vida del grupo social perteneciente y el conjunto de relaciones sociales que se mantienen con su contexto sociocultural enmarcados en una sociedad (Breilh, 2013).

Fueron privilegiados los significados, las concepciones y percepciones que construye el sujeto sobre la salud y el territorio, en su mundo cotidiano e intersubjetivo, con el fin de comprender la dinámica relacional entre territorio y salud en el marco de la globalización. Cómo se mencionará dentro de los objetivos específicos, este proyecto, al

---

instalarse dentro de lo cotidiano, inevitablemente permitió la emergencia de elementos relacionados en el marco de la pandemia, que denota ese vínculo entre territorio y salud en zonas precarizadas.

Cabe indicar que, aunque se ha enunciado que las pretensiones de esta investigación están vinculadas a una perspectiva comprensiva del fenómeno de la salud en un territorio precarizado en el marco de la globalización, el alcance de la investigación también involucra una perspectiva analítica y reflexiva, en tanto el abordaje conceptual de la relación territorio y salud se hace desde posturas críticas que fortalecen el proceso interpretativo.

Esta investigación aporta en la articulación de la salud pública, la salud colectiva y las ciencias sociales, para enriquecer los análisis y abrir panoramas de comprensión que permitan interpretar holísticamente la realidad social, basándose en que “el sujeto y los colectivos sociales no pueden verse, ni comprenderse por fuera de los espacios sociales que habitan, que apropian, que significan y que construyen” (Molina Jaramillo, 2018). De esta manera, se apuesta en lo interdisciplinar, ya que el arsenal teórico de la categoría territorio, viene de las disciplinas de las Ciencias Sociales y de la geografía, que permite en su adopción comprender a profundidad las dinámicas sociales que se entretajan en la sociedad, con relación a sus espacios de vida en donde se inserta la salud.

También motiva a la consolidación de una línea de investigación en la maestría en Salud Pública, sobre territorio y salud, en donde se integren conceptos, hipótesis y marcos explicativos que devienen no sólo desde lo teórico sino también desde lo experiencial, apuntando a espacios de discusión académica e ideológica para aportar en la formulación de políticas sociales con enfoque territorial, que sean locales, incluyentes y diferenciales.

Este proyecto espera ser no sólo un aporte académico, sino también social, permitiendo que las organizaciones y actores sociales de la periferia popular, reconozcan el vínculo existente entre su territorio y la salud, identificando una suerte de particularidades, que movilicen acciones colectivas, programas, planes y políticas que permitan reconocer las necesidades y problemas en salud, para aportar en su

satisfacción y resolución, apuntado a una salud pública que incorpore lo local, convirtiéndose en un insumo para la toma de decisiones con un carácter situado y participativo, a partir del reconocimiento de las formas particulares del proceso salud-enfermedad-cuidado en el territorio, que igualmente, podría orientar consideraciones y decisiones, en otras zonas periurbanas que puedan tener características similares a la Comuna 1.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Comprender la relación que se entreteje entre el territorio y la salud, a partir de la experiencia de la vida cotidiana de habitantes del barrio Santo Domingo Savio de la ciudad de Medellín.

### **Objetivos específicos**

- Construir una aproximación histórica del proceso de poblamiento y territorialización del barrio Santo Domingo Savio de la ciudad de Medellín
- Reconocer las experiencias de vida cotidiana dentro del territorio periférico: Santo Domingo Savio
- Describir las vivencias de salud, a través de la experiencia de vida cotidiana en Santo Domingo Savio
- Identificar los posibles cambios en la vida cotidiana de los habitantes de Santo Domingo Savio, que surgieron en contexto de pandemia.

## **Lineamientos teórico-metodológicos**

Este apartado presenta las perspectivas conceptuales, los lineamientos teóricos que proveen las referencias, y orientaciones vinculadas con el concepto de territorio, junto con la propuesta metodológica.

---

## Noción de territorio

La categoría territorio es un concepto que deviene de las ciencias sociales y de la geografía, no obstante, ha sido aplicado en otras disciplinas, áreas y enfoques. A hoy es común encontrar el calificativo territorial en documentos institucionales como ordenamiento territorial, planeación territorial, políticas territoriales, enfoque territorial, gestión territorial de la salud, sin embargo, ese uso desmesurado no ha estado acompañado de una adecuada reflexión.

El concepto de territorio ha estado relacionado estrechamente con el concepto de espacio, siendo este un concepto más amplio. El espacio tradicionalmente ha sido concebido de manera abstracta, con límites físicos, contenedor de situaciones, factores, objetos o personas, con un carácter externo a la sociedad. A partir del siglo XX, esta concepción fue mutando, y sin dejar a un lado su carácter concreto, físico y material, se ha planteado el espacio como hecho social, en el que se integran dimensiones económicas, políticas, y culturales, resultado de las relaciones entre la sociedad–naturaleza, donde se conjuga el proceso de producción y reproducción social (Lefebvre, 1974; Harvey, 2011; Santos, 1996, Peter Taylor, Neil Smith, Richard Peet, citados por Haesbert, 2012). Ese espacio social, cuando es atravesado por relaciones de poder, da lugar a la noción de territorio. El territorio representa los procesos de identidad y de apropiación que hacen las personas y los grupos sociales, y es concebido como el espacio donde se gesta la vida cotidiana.

Es importante aclarar que existen diferentes concepciones de territorio: como recurso natural (Gottman, 1973), como espacio relacional, enfatizado en su dimensión política (Sack, 1986); otro desde su dimensión simbólica, y desde su dimensión **cultural**. A pesar de la multiplicidad de concepciones, el territorio tiene una base que en sí mismo lo constituye y que todas las concepciones lo comparten: el territorio como espacio donde se materializan las relaciones de poder. Por esta razón, es necesario abordar la concepción de poder como lo plantea Haesbaert (2013), “dependiendo del concepto de poder que se maneja, también cambiará el concepto de territorio”. El poder puede ser visto como el poder de la clase hegemónica o el poder del Estado, también se puede manifestar como movimiento de resistencia que está relacionado con todo tipo de relación

social. Lo que importa no es definir el poder, sino considerar las prácticas de poder y los efectos que ello conlleva, y su carácter simbólico.

Haesbaert (2013) también propone considerar el poder no como algo centralizado sino como algo difuso en la sociedad, permitiendo tener una visión multiescalar del territorio, teniendo micro territorios y macro territorios, en dónde se dan diferentes prácticas de poder. Además, el concebir al territorio dinámico, móvil, y no como algo estático o estable, permite establecerlo como el resultado del movimiento combinado de desterritorialización y reterritorialización.

Desde una perspectiva relacional, el territorio es entendido como un espacio geográfico, político, cultural, que configura un campo social en donde interactúan sujetos, recursos, organizaciones sociales, prácticas, procesos; denota una dimensión física/material, relacional entre los actores, como resultado del ejercicio simbólico cultural del espacio, donde el poder se despliega como potencia para definir, delimitar y demarcar. Todo territorio se construye por efecto de los ejercicios de territorialidad. Además, esa apropiación —territorialización— crea las condiciones para la construcción de identidades —territorialidades—, las cuales están inscritas en procesos históricos, que las hace dinámicas y cambiantes, materializando en cada momento un determinado orden, una determinada configuración territorial, una topología social (Montoya Arango, 2009; Haesbaert, 2013; Porto-Gonçalves, 2002).

### **La Fenomenología Social como método para la comprensión de la vida cotidiana y el mundo intersubjetivo**

La Fenomenología Social (FS) es una metodología comprensiva e interpretativa de la acción social, que explora la experiencia subjetiva en el mundo de la vida cotidiana de las personas, en el que sobresale el “sentido común” o la “actitud natural”. Desde la FS, se considera que las personas que viven en el mundo de la vida cotidiana son capaces de atribuir significado a una situación; por tanto, es el significado subjetivo de la experiencia, lo que constituye el tema de estudio de la FS (Mieles Barrera, Tonon, Alvarado Salgado, 2012; Ritzer, 1993).

---

Alfred Schutz, introductor de la FS, basado en los planteamientos de Husserl, propuso construir una sociología sobre bases fenomenológicas dando a ésta una dimensión social, lo que implica construir una **sociología comprensiva** que se centra en el fenómeno de la intersubjetividad. A diferencia de Husserl, que estudia la intersubjetividad en la propia conciencia, Schutz lo hace en el mundo social (Mieles Barrera, Tonon y Alvarado Salgado, 2012; Ritzer, 1993).

Las propuestas de Schutz fueron retomadas por Berger y Luckmann, en su libro “la construcción social de la realidad” (1967), en donde pretendían ampliar la obra de Schutz con la psicología social de Mead, e integrarla con las propuestas de Marx y Durkheim sobre la sociedad y la cultura; también con los planteamientos de Weber sobre la acción social, en su esfuerzo por estudiar, desde una perspectiva integradora, el “carácter dual de la sociedad en términos de factibilidad objetiva y significado subjetivo”. Un enfoque sobre la realidad social que integrara la preocupación de los fenómenos macro y el interés por los micro. Berger y Luckmann, proponen una **sociología del conocimiento**, esta se ocupa de la construcción social de la realidad, alejándose de la historia intelectual y acercándola a la construcción cotidiana y al proceso de producción cotidiana del conocimiento (Ritzer, 1993).

El análisis de Berger y Luckmann comienza en el nivel individual con el estudio de la realidad de la vida cotidiana, el mundo del sentido común, basándose casi exclusivamente de la obra de Schutz. La fuerza del análisis de Berger y Luckmann procede de su perspectiva del mundo social como producto cultural de los procesos conscientes. Parten de la convicción de que los sujetos crean la sociedad y de que ésta se convierte en una realidad objetiva que, a la vez, crea a los sujetos. Igual que Schutz (1993), Berger y Luckmann (2003) conciben la vida cotidiana como una realidad intersubjetiva, compartida con otros. La relación cara a cara permite reconocer el otro en la vida de sí mismo, privilegiando el nosotros, esa es la más importante de las experiencias de interacción social, porque de ella se derivan todas las demás situaciones de interacción.

Un concepto fundamental en la FS es el **mundo de la vida cotidiana**. Schütz, Berger y Luckmann plantean que la realidad, que aparece evidente para los hombres, es



---

lo que denominan mundo de la vida cotidiana, entendido como el ámbito en el que se participa continuamente bajo una **actitud natural**, entendida como la que permite ser consciente de esa vida cotidiana, un mundo presupuesto, real, que existe antes de nuestra propia existencia.

Los autores sostienen que en ese mundo de la vida cotidiana se encuentra, no sólo la naturaleza, sino que además se encuentran elementos de las circunstancias situacionales y otras personas, no solo de manera corporal, sino dotados de una consciencia igual. Así que **ese mundo de vida cotidiana es un mundo intersubjetivo-compartido**, en el cual se entablan múltiples relaciones y acciones sociales.

La realidad de la vida cotidiana se presenta ya objetivada, es decir, está constituida y ordenada por un conjunto de objetos que han sido designados previo a nuestra existencia. El lenguaje es el encargado de proporcionar dichas objetivaciones, marcando las coordenadas de la vida en sociedad y cargando esos objetos de sentido y significaciones.

---

## Metodología

Se realizó una investigación social cualitativa, que concibe la realidad de manera holística, utilizando modelos comprensivos-profundos y observaciones naturalistas dentro de una lógica inductivista (Sandoval Casilimas, 1997). Este tipo de investigación está fundamentada en un paradigma comprensivo-constructivista (Guba y Lincoln, 2002) que busca generar interpretaciones profundas acerca del fenómeno social de la salud en territorios precarizados, desde la experiencia de vida de las personas, sus acciones e interacciones en la sociedad. Dicho paradigma está sustentando en la hermenéutica, necesaria en el proceso de interpretación de los fenómenos sociales, reposicionando el lenguaje en la importancia de la construcción de experiencias y significados, ya que, a partir de la elaboración de estos, es como los sujetos se integran a la sociedad (Guba y Lincoln, 2002; Sandoval Casilimas, 1997).

La realidad social fue abordada a través de elementos propuestos por el método de la FS de Schutz & Berger y Luckman, que se instalan en lo comprensivo del mundo conocido y que denominan el mundo de la vida, constituido por realidades múltiples, en donde se sitúa la vida cotidiana, como esa realidad interpretada por los hombres que generan unos significados subjetivos de ese mundo, a través de una actitud natural.

El método fenomenológico social proporcionó los elementos para la comprensión del mundo de la vida cotidiana e intersubjetivo de personas que habitan un territorio precarizado-periurbano de la ciudad y su relación con la salud. Se indagó por los significados que se construyen a través de la experiencia de vivir en ese territorio específico, donde se ahondó por procesos de interacción social. Categorías que se encuentran planteadas en los objetivos de esta investigación y que a su vez corresponden a los lineamientos teóricos propuestos por la FS.

### **Técnicas, registro y análisis de información**

Se decidió indagar por la vida cotidiana de habitantes del territorio Santo Domingo Savio, perteneciente a la comuna 1 Popular de Medellín. El interés de realizar la investigación en este territorio nace porque Santo Domingo Savio fue uno de los primeros

asentamientos informales en Medellín, resultado de las olas migratorias que llegaron a la ciudad, principalmente de otros municipios de Antioquia, siendo un territorio receptor de población de bajos recursos, caracterizados por condiciones de precariedad, vulnerabilidad y alta desigualdad pero, también ha sido reconocido por la participación y organización comunitaria, que ha marcado un precedente en su historia.

En este territorio, la investigadora principal ha tenido presencia intermitente desde hace 4 años, a través de actividades y programas enmarcados en prácticas académicas de la Universidad de Antioquia, lo que le ha permitido conocer el territorio y sus dinámicas, y entablar relaciones de confianza con actores sociales. Con ayuda de ellos (algunos actores sociales del barrio), se seleccionaron a conveniencia los participantes de ésta investigación, que cumplieran con los siguientes criterios de representatividad cualitativa: ser mayor de edad (> de 18 años), que residieran en el barrio, mínimo hace 5 años y que quisieran participar voluntariamente en ésta investigación.

Para dar cumplimiento a los objetivos, y en concordancia con el enfoque y el método, se utilizó la observación, la conversación y la documentación como estrategias de recolección de información cualitativa (Galeano, 2004), en las cuales se inscriben como técnicas los recorridos territoriales, la revisión documental y las entrevistas individuales.

**Tabla 1.** Estrategias y técnicas de recolección de información de acuerdo con los objetivos específicos

Estrategias de recolección de información	Técnicas	Participantes	Objetivos específicos
<p><b>Observación:</b> facilita formas de acercamiento a la realidad social y cultural de los hogares. Contribuye en la fase de descripción del fenómeno y brinda elementos para la comprensión de este.</p>	<p>Recorridos territoriales Entrevistas individuales</p>	<p>Habitantes del barrio Actores sociales y comunitarios del barrio</p>	<p>Construir una aproximación histórica del proceso de poblamiento y territorialización del barrio Santo Domingo Savio de la ciudad de Medellín</p>
			<p>Reconocer las experiencias de vida en un territorio periférico-precarizado de la ciudad de Medellín</p>
<p><b>Conversación:</b> facilita el acercamiento a las vivencias, sentidos, percepciones, concepciones y significados de</p>			<p>Describir las vivencias de salud, a través de la experiencia de vida en un territorio periférico-precarizado</p>

Estrategias de recolección de información	Técnicas	Participantes	Objetivos específicos
los hogares en su cotidianidad. Permite el dialogo intersubjetivo.			Identificar los posibles cambios en la vida cotidiana de las personas, vinculados a la relación territorio y salud, que han surgido en contexto de pandemia
<b>Documentación</b>	Estrategia que transversaliza todo el proyecto de investigación. Permite la triangulación de las estrategias y técnicas, y la verificación de la información. Aporta a la descripción y exploración del fenómeno y a la interpretación de significados. Implica el uso de técnicas como la revisión documental.		

**Fuente:** elaborado por la autora, con base en los planteamientos de Galeano (2004)

Inicialmente, se realizó una revisión documental de artículos, noticias, e informes de investigación, algunos compartidos por actores sociales del barrio y/u organizaciones como Trash Art; otros fueron recuperados en bases de datos bibliográficas y en la biblioteca de la Universidad de Antioquia. Basado en ese primer acercamiento documental, se concretaron 2 recorridos territoriales (Anexo 1) para retratar la historia del barrio a partir de las voces de los líderes, e ir entretejiendo con la información recolectada en el análisis documental previamente realizado. Luego, se programaron conversaciones en formato de entrevista en profundidad (Anexo 2) con un total de 5 habitantes del barrio, para indagar sobre lo que ha significado vivir en ese territorio, explorando y profundizando elementos y procesos de la vida cotidiana y las vivencias en salud.

Los recorridos territoriales fueron registrados en diarios de campo y representaciones gráficas. Las entrevistas fueron grabadas en archivo de audio y transcritas para su análisis a través del software Atlas Ti. Se configuraron unas unidades de análisis (tabla 2) a partir de los objetivos específicos; luego se realizó una categorización inductiva y abductiva (tabla 3), en donde se establecieron códigos que representaron los análisis interpretativos. Posteriormente, se conformaron redes de relaciones entre conceptos, categorías y temas, para abordar los supuestos generales, por medio de mapas conceptuales y matrices descriptivas.

**Tabla 2.** Configuración de las unidades de análisis de acuerdo con los objetivos específicos

Objetivos	Descripción	Unidades de análisis
-----------	-------------	----------------------

<b>General</b>	Comprender la relación que se entreteje entre el territorio y la salud, a partir de la experiencia de la vida cotidiana de habitantes del barrio Santo Domingo Savio de la de la ciudad de Medellín	Vida cotidiana; Experiencia; Territorio; Salud
<b>Específicos</b>	Construir una aproximación histórica del proceso de poblamiento y territorialización del barrio Santo Domingo Savio de la ciudad de Medellín	Historia; Poblamiento y territorialización; Territorialidades
	Reconocer las experiencias de vida en el territorio de Santo Domingo Savio	Territorio como espacio vivido; Prácticas de interacción social
	Describir las vivencias de salud, a través de la experiencia de vida en Santo Domingo Savio.	Situación de salud; Experiencias en salud
	Identificar los posibles cambios en la vida cotidiana de los habitantes de Santo Domingo Savio, que surgieron en contexto de pandemia	Cambios en pandemia

**Fuente:** elaborado por la autora

**Tabla 3.** Categorías establecidas por unidades de análisis

<b>Unidades de análisis</b>	<b>Categorías</b>	<b>Organización de los hallazgos</b>
Historia; Poblamiento y territorialización; Territorialidades	Contexto de migración, acontecimientos claves, invasión, condiciones de vida, apropiación del territorio, formas de organización social y política	<b>Capítulo 1.</b> Santo Domingo Savio: del barrio al territorio y de la casa al hogar
Territorio como espacio vivido; Prácticas de interacción social	Vida cotidiana, experiencia con la educación, condiciones de trabajo, prácticas culturales, experiencias de solidaridad, experiencia de desigualdad, relacionamiento, formas de organización política y social	<b>Capítulo 2.</b> Geografías de la vida cotidiana
Situación de salud; Experiencias en salud	La salud en el barrio, experiencias en salud, Estado de salud, percepción de salud, prácticas de cuidado, acceso a los servicios de salud	<b>Capítulo 3.</b> La salud en la cotidianidad del territorio
Cambios en pandemia	Cambios en el trabajo, pérdida del empleo, afectación de los ingresos, aspectos positivos, uso de la tele consulta, automedicación, poco autocuidado	

**Fuente:** elaborado por la autora

Para el proceso de análisis se privilegiaron las fuentes primarias, a partir de los relatos de los participantes, propiciados por el acercamiento a la experiencia, los significados, los sentidos y las percepciones, sin embargo, las fuentes secundarias

permitieron complementar la información recolectada y facilitar la triangulación y confrontación.

### **Consideraciones éticas**

Al considerarse una investigación que se centra en un territorio periférico/precarizado de la ciudad de Medellín, en donde el interés fue comprender el vínculo entre territorio y salud, dentro de una geografía en condiciones de múltiples carencias, fue necesario reconocer y reflexionar de manera permanente que esta investigación se desarrollaba en un espacio social con “vulnerabilidad socio-política”, por pertenecer a un grupo con condiciones socio-económicas, culturales y ambientales, que convierte en vulnerables a los individuos y pobladores, poniéndolos en una situación de mayor susceptibilidad al daño, a situaciones de poder o control limitado, a la imposibilidad de cambiar sus circunstancias y por lo tanto a la desprotección; de allí la importancia de proteger sus derechos, tener una atención solidaria, responsable, y a garantizar los principios de una “ética cívica cordial”, que constan de no instrumentalizar a las personas, empoderarlas, potenciar sus capacidades, distribuir equitativamente los beneficios, minimizar el daño y trabajar por un desarrollo sostenible (Feito, 2007).

Se dispuso de un consentimiento informado (anexo 3), a través del cual los participantes fueron informados, de forma verbal y escrita, acerca de los elementos de la investigación, como los objetivos, alcance, limitaciones, riesgos y beneficios de la participación, con el fin de reservar la confidencialidad, el anonimato, la protección y privacidad de la información recolectada. La firma del consentimiento da cuenta de la aceptación voluntaria de la participación.

Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, esta investigación tuvo un “riesgo mayor al mínimo”. Aunque no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas, sociales, fisiológicas y psicológicas de los individuos participantes, existió un riesgo biológico asociado al virus SARS-CoV-2, sumado al riesgo social de seguridad para el equipo de investigación en un territorio con alta conflictividad social.

---

## Limitaciones

Este proyecto fue planteado como propuesta de investigación tiempo antes de que ocurriera la pandemia por el SARS-CoV-2 en Colombia. En el momento en que se da inicio el trabajo de campo, sucede la propagación del virus, el aislamiento obligatorio, y con ello los múltiples cambios que se generaron en la vida cotidiana. Esa situación generó varios procesos y reprocesos en el proyecto. Se consideró el desarrollo del proyecto utilizando estrategias como las TIC, sin embargo, el enfoque y el método del proyecto requería de la presencialidad para reconocer las dinámicas intrínsecas del territorio; con dicho argumento se tramitó un permiso para el trabajo de campo presencial ante el Comité de programa de la Maestría y la Coordinación de posgrados de la Facultad de Salud pública, y a instancias de la Universidad de Antioquia. El permiso fue otorgado bajo estrictos protocolos de bioseguridad, los cuales se siguieron estrictamente. No obstante, la programación establecida inicialmente nunca se cumplió, y las estrategias para la recolección de información se limitaron dado que fue necesario ajustarse a los tiempos del territorio y de sus líderes.

## Resultados

### Capítulo I. Santo Domingo Savio: del barrio al territorio y de la casa al hogar<sup>1</sup>

Desde que se inicia este proyecto, se buscaba desarrollar esta investigación en un barrio de la ciudad de Medellín, se eligió el barrio Santo Domingo Savio, ubicado en la Comuna 1. En este territorio se quedaron atrapadas emociones y sensibilidades desde la primera vez que se pisaron sus calles, al conocer sus habitantes, entre ellos a muchos de sus líderes junto con sus dinámicas; se pudo percibir que en su gente y en sus formas de organización había mucho potencial, y se consideró que cada actor externo que se

---

<sup>1</sup> La distinción y el tránsito que se hace del **barrio al territorio y de la casa al hogar** se fundamenta en una perspectiva simbólica. El barrio y la casa se consideran espacios delimitados, físicos, materiales y tangibles, mientras que el territorio y el hogar, además de ser materiales y biofísicos, son lugares representados simbólicamente por sus habitantes, a través de sus experiencias de vida, en el que se construyen concepciones y se efectúan prácticas culturales, económicas y sociales que dan lugar a procesos de apropiación.

adentra en la vida cotidiana de un territorio, tiene la responsabilidad de unirse para continuar aportando y construyendo, desde sus propias posibilidades, un barrio donde la salud, la vida y el bienestar sean una prioridad.

Este primer apartado plantea una aproximación histórica del barrio Santo Domingo Savio, desde su surgimiento hasta la actualidad, dando respuesta al primer objetivo de esta investigación. La información expuesta aquí, emerge de una revisión documental exhaustiva, de la conversación con los participantes y de la observación en recorridos territoriales. Se registraron aquellos acontecimientos históricos que fueron determinantes para la conformación del barrio, pero que a su vez no fueron ajenos a las situaciones económicas, sociales, culturales de la ciudad y el país. De esta manera, este capítulo busca ilustrar que el territorio se consolida bajo acontecimientos relacionados con situaciones contextuales, económicas, sociales y de poder, que determinan cotidianidades particulares, modos y estilos de vida, así como prácticas de interacción social.

Se consultó bibliografía de autores como Melo, Bustillo, Jaramillo, Bornacelly, entre otros; también fuentes institucionales como la Alcaldía de Medellín, Gobernación de Antioquia, Instituto Nacional de Salud, y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Teniendo en cuenta lo anterior, el texto se organizó en los siguientes apartados:

- Breve contextualización para el lector
- Siguiendo el sueño de Domitila Moreno
- A la llegada a Santo Domingo Savio
- Poblamiento y consolidación del barrio
- Violencia e inseguridad en el barrio
- El Urbanismo Social: la re-territorialización del Estado
- Planeación de la Comuna 1 Popular
- Anotaciones finales.



---

## Breve contextualización para el lector

Medellín es la capital del departamento de Antioquia. Es la segunda ciudad más importante de Colombia, ubicada en el noroccidente del país sobre la cordillera central, lo que determina sus paisajes, el clima, las montañas, la fauna y flora. En el 2021 por aprobación del Congreso de la República, pasó de ciudad a ser el primer Distrito Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación en Colombia, lo cual le otorga unas dinámicas especiales relacionadas con beneficios económicos y tributarios, que cautivan la inversión extranjera para el fomento de la investigación, la innovación, la ciencia y el desarrollo tecnológico (Alcaldía de Medellín, 2021).

Medellín, junto con otros nueve municipios de Antioquia (Caldas, La Estrella, Sabaneta, Itagüí, Envigado, Bello, Copacabana, Girardota, y Barbosa), conforman el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, que tiene como eje el río Medellín. Este territorio conurbado es la segunda aglomeración urbana más grande de Colombia, que funciona desde el año 1980 como entidad política-administrativa. En el Valle de Aburrá, en el año 2020 se registraron un total de 4'055.296 personas, de las cuales 2'533.424 habitaban en el municipio de Medellín (Área Metropolitana del Valle de Aburrá, 2012; Medellín: cómo vamos, 2020).

Ha sido reconocida a nivel nacional y mundial por su industria, comercio, su sistema de transporte moderno y único en el país, la política ambiental, las políticas urbanizadoras, los museos, centros culturales, bibliotecas, escuelas públicas, los proyectos en ciencia e innovación, entre otras. Estas características hicieron parte de las razones por las cuales, desde el 2013, fue condecorada como una de las ciudades más innovadoras del mundo por el *Wall Street Journal*, *Citigroup* y por el *Urban Land Institute*. Sin embargo, Medellín también ha sido reconocida por cosas lamentables, de acuerdo con el informe de Inequidades de la ONU-Hábitat (2014), la ciudad fue catalogada como una de las ciudades más desiguales de Colombia, e incluso una de las más desiguales

en América Latina, lo cual coincide con el indicador de Gini<sup>2</sup> que para el 2017 ubicó a Medellín en un valor de 0.52, siendo una de las ciudades con valores más altos en Colombia<sup>3</sup>. Esto devela que Medellín es una ciudad de contrastes y contradicciones, donde se alberga lo claro y lo oscuro en un mismo lugar que, aunque tiene muchas potencialidades para la vida, también carga con situaciones que afectan de manera diferencial a sus habitantes, como la inadecuada distribución de la riqueza, lo que genera otras problemáticas asociadas como son la violencia, la inseguridad, la pobreza y la segregación espacial (Ruta N Medellín, 2013; El País, 2013; El Colombiano 2014; Medellín: cómo vamos, 2020).

Con el ánimo de entender la configuración espacial de la ciudad, es necesario conocer y comprender cómo está distribuida administrativa y territorialmente. Medellín tiene 6 zonas urbanas compuestas por 16 comunas y 5 corregimientos en el área rural (tabla 4, figura 1). Cada comuna urbana está integrada por varios barrios, contando con un total de 249 barrios oficiales.

**Tabla 4.** Distribución administrativa y territorial de Medellín por zonas y comunas

Zonas	Comunas
Nororiental	1. Popular
	2. Santa Cruz
	3. Manrique
	4. Aranjuez
Noroccidental	5. Castilla
	6. Doce de Octubre
	7. Robledo
Centro oriental	8. Villa Hermosa
	9. Buenos Aires
	10. La Candelaria
Centro occidental	11. Laureles-Estadio
	12. La América
	13. San Javier
Suroriental	14. El Poblado
Suroccidental	15. Guayabal
	16. Belén

<sup>2</sup> El coeficiente de Gini es un indicador que sirve para medir el grado de desigualdad en la distribución del ingreso entre individuos u hogares dentro de una economía. Su valor oscila entre cero y uno; a mayor valor del índice mayor desigualdad en la distribución del ingreso (Coneval, 2016).

<sup>3</sup> Coeficiente de Gini en ciudades colombianas en el año 2019: Quibdó 0.56, Riohacha 0.53, Bogotá 0.51, Popayán 0.48, Medellín 0.48, Neiva 0.44, Manizales 0.43, Bucaramanga 0.42, Pereira 0.41 (DANE, 2019).

Corregimientos	Palmitas
	San Cristóbal
	Altavista
	San Antonio de Prado
	Santa Helena

**Fuente:** elaborado por la autora, con base en los datos del Observatorio de Salud (2018)

**Figura 1.** Mapa de Medellín: zonas, comunas, y corregimientos



**Zonas:** nororiental, noroccidental, centro oriental, centro occidental, suroriental, suroccidental, corregimientos

**Fuente:** Plan Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres (2015)

En el imaginario de las personas residentes y foráneas, el término “comuna” está directamente asociado a barrios pobres, marginados, inseguros, ubicados en sectores periféricos de la ciudad, pero desde la perspectiva institucional todos los habitantes de Medellín, independiente a su clase social, viven en barrios que hacen parte de una comuna. Con esto, no se quiere afirmar que no existan diferencias entre ellas, por el contrario, se reconocen desigualdades en las condiciones de vida, que generan brechas territoriales (Bornacelly. 2015; Jaramillo Arbeláez, A.M. 1994).

Ahora bien, **la zona Nororiental** de Medellín está compuesta por cuatro comunas: **1-Popular, 2-Santa Cruz, 3-Manrique y 4-Aranjuez** (figura 1). Las cuatro comunas están ubicadas en zona de ladera, con fuertes pendientes y alta densificación. En la zona hay presencia de varias quebradas como La Herrera (conocida Granizal), La Seca, La

Honda, Carevieja y El Zancudo; los márgenes de estas quebradas han sido invadidas por viviendas y por la inadecuada disposición de residuos sólidos, que en conjunto provocan amenazas constantes como movimientos en masa e inundaciones, principalmente en épocas de lluvia (Plan Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, 2015). A pesar de esa situación, para el año 2017 esta zona fue reconocida como la más poblada de la ciudad, con un total de 567.944 habitantes, de los cuales 131.445 están ubicadas en la comuna 1-Popular, en un área de 310 hectáreas aproximadamente. Como referencia comparativa, para ese mismo año la comuna 14-El Poblado tenía casi la misma cantidad de habitantes de la comuna 1-Popular (131.486), pero con la diferencia de que la comuna 14 presenta casi el triple de área de la comuna 1 (1.432 hectáreas); eso quiere decir que, en la comuna 1 la densidad poblacional se sitúa 424.01 habitantes/hectárea, demostrando una alta densificación y hacinamiento (Observatorio de salud, 2018; Corporación Con-vivamos, 2015; Plan de Desarrollo local: Comuna 1-Popular 2015).

**La comuna 1-Popular** está situada en la parte alta de la ladera, limitando al norte con Bello, al Oriente con el corregimiento de Santa Helena, al sur con la comuna 3 y 4, y al occidente con la comuna 2 (figura1). Está compuesta por un total de 21 barrios<sup>4</sup> reconocidos por su comunidad (tabla 5, figura 2), casi todos los barrios están ubicados en terrenos de alta pendiente y fueron en sus orígenes barrios piratas<sup>5</sup>, o de invasión, que crecieron bajo la total ausencia de planeación municipal, lo que generó una distribución espacial particular debido a la gran demanda de los terrenos. Lo primero en construirse en estas zonas fueron las casas, y luego se demarcaron caminos, que a hoy siguen siendo las calles y vías estrechas para el acceso al barrio. Como resultado se presenta alta densificación y hacinamiento, pocos espacios para el esparcimiento, el comercio, los servicios y la cultura.

---

<sup>4</sup> La división político-administrativa de la comuna 1-Popular comprende, según el Departamento administrativo de Planeación Municipal, 12 barrios reconocidos por el decreto 346 de 2000. Sin embargo, la comunidad reconoce 21 barrios, cada uno con Junta de Acción Comunal JAC (Plan de Desarrollo local Comuna 1-Popular, 2015).

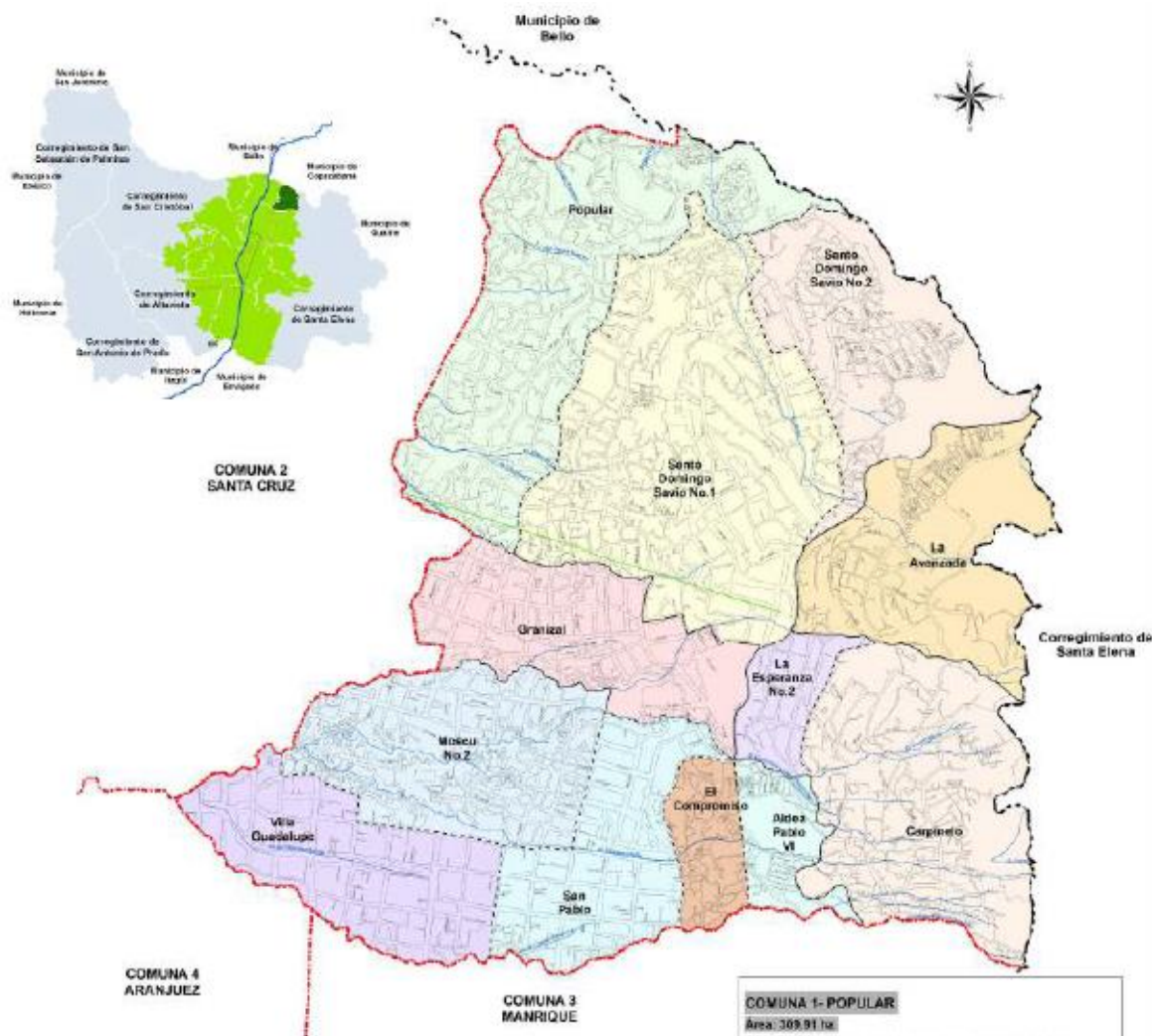
<sup>5</sup> Lote o pirata: sistema generalizado en la zona nororiental de la ciudad por ser el sector de más fácil acceso, donde se asignaban terrenos de manera irregular a los migrantes campesinos.

Las casas ubicadas en estos barrios tienen áreas pequeñas, con uno, dos o máximo tres niveles en cumplimiento con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) (Alcaldía de Medellín, 2006), buscando alojar la mayor cantidad de residentes posibles. Dichas viviendas, en la encuesta del Sisbén 2015, fueron clasificadas en estrato socioeconómico 1 (14.248 viviendas), y mayormente en estrato 2 (21.437 viviendas); ello significa que albergan a personas de bajos recursos que son beneficiarios de subsidios en sus servicios públicos. En el 2004, fue la primera comuna que recibió el sistema de transporte por cable aéreo —Metro Cable— de la ciudad, articulado al sistema Metro, y que conectó la ladera con el resto de la ciudad (Plan de Desarrollo local: Comuna 1-Popular 2015; Alcaldía de Medellín, 2015; Metro de Medellín, 2019).

**Tabla 5.** Comuna 1-Popular: barrios reconocidos por la comunidad agrupados por nodos

<b>Barrios</b>	<b>Nodos</b>
Santo Domingo 1	<b>Nodo 1</b>
Santa María La Torre	
La Avanzada	
La Esperanza 2	
Nuestra Señora del Rocío	
Popular 1	<b>Nodo 2</b>
Popular 2 Parte central	
Popular 2 Parte Alta	
Nuevo Horizonte	
Santo Domingo 2	
Santa Cecilia 1	<b>Nodo 3</b>
San Pablo 2	
Carpinelo 1	
Carpinelo 2	
El Compromiso	
Granizal	
Marco Fidel Suárez	<b>Nodo 4</b>
Santa Cecilia 1	
Santa Cecilia 2	
Villa Guadalupe Parte baja	
Villa Guadalupe Parte central	

**Fuente:** elaborado por la autora, con base en el Informe Final del Plan Comunal de Salud Comuna 1 y el Centro de Documentación de la Comuna 1 —CEDI— (2015)

**Figura 2.** Mapa Comuna 1-Popular

**Fuente:** Plan de desarrollo local: comuna 1-Popular (2015)

De acuerdo con el Índice Multidimensional de Condiciones de Vida (IMCV), 2011-2017, realizado por la administración municipal para conocer las condiciones de vida de los habitantes de Medellín (constituido por 15 dimensiones: entorno de la vivienda, servicios públicos, medio ambiente, escolaridad, desescolarización, movilidad, capital físico, participación, libertad y seguridad, vulnerabilidad, salud, trabajo, recreación, ingreso y percepción de la calidad de vida), otorga un valor a cada comuna entre 0 y 100, siendo los hogares cercanos a 100 los que tienen mejor calidad de vida; la comuna 1-Popular, entre 2013-2017, tuvo el indicador más bajo de la ciudad con 33.97, mientras

que Manrique registró 37.28, Aranjuez 43.27 y Santa Cruz 36.60 (Alcaldía de Medellín, 2011-2017).

El barrio Santo Domingo Savio No.1 y El Popular fueron los primeros barrios que crecieron en esta comuna de manera irregular y son el reflejo de todas las características descritas anteriormente. Santo Domingo No.1 limita al norte con el barrio Santo Domingo No.2 y La Torre; al oriente con el barrio El Trébol, La Avanzada y La Esperanza No.2; al occidente Popular 1, Nuevo Horizonte y Granizal; y al sur con Granizal, El Compromiso y La Esperanza No.2 (figura 2). En el barrio se registraron un total de **21.457 habitantes en el año 2019**, de los cuales 10.154 eran hombres y 11.303 mujeres. El mayor porcentaje de los habitantes se encontraban en el rango de edad entre 15 a 64 años (14.377). Todas las viviendas ubicadas en el barrio, en el año 2014, se clasificaron en estrato 1 (1.763) y mayormente en estrato 2 (4.667) (Plan de Desarrollo local: Comuna 1-Popular 2015; Alcaldía de Medellín, 2016-2020).

Quienes han visitado el parque Arví<sup>6</sup> a través del sistema Metro-Metrocable, han visto de cerca —por la altura— gran parte de lo que es la comuna 1, una montaña imponente, tapizada de casas, con una topografía agreste. Desde dentro de la cabina del Metrocable es posible observar la realidad con el acceso a los barrios por vía terrestre, vías y calles estrechas con grandes pendientes, que sirven a su vez como el parqueadero de vehículos particulares. La última estación del Metrocable de la Línea K lleva el nombre “Santo Domingo”, y está ubicada en el corazón del barrio. Aún en la cabina, entrando a la estación, se puede observar el esqueleto de la Biblioteca España, el Mirador, el colegio La Candelaria, y la calle Puerto Rico —la del comercio— donde están vendedores informales con sus carretillas con tapabocas, carnes frías, dulces y cigarrillos, elementos para el hogar; están también los locales con ropa, calzado, farmacias, panaderías, supermercados y carnicerías.

---

<sup>6</sup>Parque Arví: parque natural abierto ecoturístico, ubicado en el corregimiento de Santa Helena (Parque Arví Corporación, 2021)



---

## Siguiendo el sueño de Domitila Moreno

Aunque el barrio Santo Domingo Savio fue fundado el 20 de julio de 1964, algunos habitantes afirman que mucho antes de esa fecha comenzaron a llegar los primeros pobladores al “morro rojo”, caracterizado por el color de su tierra, y al que llamaban antes Granizal. Por la ladera Nororiental había comunicación con el oriente de Antioquia, a través de un camino de herradura en el que transitaban mulas de carga y personas en silletas que venían a pie hasta Medellín. Las mujeres trabajaban en oficios domésticos —entre ellos como lavanderas— y los hombres en cultivos. *“Esto se fue lotiando y vinieron más familiares. Por aquí todos somos familia por parte de padre o madre: Venían desde Copacabana y Bello de la parte rural, nunca de la ciudad”* (Bustillo Naranjo, 2003)

Esta población incipiente de la antigua Granizal fue testigo de la construcción del Tranvía de Oriente desde antes de 1930, y fueron beneficiarios de muchos trabajos asociados a él. El Tranvía del Oriente arrancaba en el barrio Manrique y en el tramo Guarne-Rionegro la primera parada se hacía en Granizal. Las personas que lograron transportarse en dicho sistema decían que se podía divisar muy bonito el terreno que, tiempo después, sería ocupado por el barrio Santo Domingo (Bustillo Naranjo, 2003). Este Tranvía funcionó sólo por 12 años (1924-1935), y fue suspendido debido a que era un sistema lento, costoso, y con alto riesgo de accidentalidad (Alvear Sanín, 2020).

Entre los años 1910 a 1948 el ambiente en Colombia era de relativa calma y paz, luego de las disputas ideológicas entre Conservadores y Liberales que se generaron a partir de la Constitución de 1886. Durante esos años, se da el auge del desarrollo industrial en ciudades principales como Bogotá y Medellín; aparecen múltiples fábricas de abastecimiento de bienes, insumos y servicios como cerveza, textiles, bebidas, fósforos, cigarrillos, galletas, entre otros. Se da el impulso del ferrocarril en Antioquia para mejorar la comunicación y el transporte de carga en todo el país, se invierte en las primeras carreteras, obras fluviales, puentes y túneles; también se da el auge cafetero, que fortalece la vida rural, la producción de la tierra, la colonización de lotes pequeños y medianos en Antioquia, Cauca y Tolima, por campesinos dedicados a la producción exclusiva del café, lo que permitía sostener a familias numerosas, generando riquezas y ganancias a todos los que participaban en la cadena de producción, dando lugar a los



---

empleos asalariados. Vale aclarar que en Colombia para ese momento el café no era el único producto de exportación, el oro, el banano, las esmeraldas y el petróleo eran exportaciones menores que también movilizaban la economía. Para esa época, el mayor número de pobladores se concentraba principalmente en las zonas rurales que en las zonas urbanas (Melo González, 2020; Ramírez Patiño, 2011).

En 1929 se da una crisis económica mundial, conocida como “la gran depresión”, que provocó la quiebra de muchos inversionistas, empresas y comerciantes extranjeros, generando afectaciones también en las exportaciones e importaciones en Colombia, con pérdidas de muchos empleos, disminución de los salarios, cierres y quiebras de negocios. Como medida para solventar dicha situación, el gobierno nacional, en cabeza del presidente Enrique Olaya Herrera, organizó varias acciones para apoyar a las fábricas e industrias; se reglamentaron las sociedades anónimas y se fomentaron las sociedades cooperativas. Aunque se vio disminuido la cantidad de obreros y operarias, muchas fábricas siguieron funcionando, y muchas de ellas se fusionaron. En 1933 hubo signos claros de reactivación, se abrieron continuamente nuevas fábricas y talleres en el país principalmente en Medellín donde se seguían ofreciendo empleos asalariados asociados a la industria, hasta 1945 (Melo González, 2020; Melo González, 1996).

El fuerte desarrollo industrial y comercial que crecía en Medellín generó simultáneamente un interés de transformar los espacios migrando hacia la modernización. La clase alta pretendía generar una cultura cívica similar a las ciudades más importantes del mundo, por esa razón, encomendó la tarea a la Sociedad de Mejoras Públicas y el Concejo de Medellín, quienes establecieron una serie de acciones urbanísticas y sociales para posicionar a la ciudad dentro del panorama nacional e internacional como una ciudad con un gran potencial de crecimiento. De ahí nacen las propuestas de embellecimiento de ornatos públicos, la construcción de edificios culturales y empresariales, además de mejorar las condiciones higiénicas a través de la construcción de los acueductos y alcantarillados (Garcés Arboleda, 2018).

Medellín fue siempre un ícono económico en el país, y la segunda ciudad más importante luego de Bogotá. Entre los siglos XVII y XVIII, fue el epicentro de la economía agrícola, en el siglo XIX fue el eje del comercio y servicios en el auge del café y el oro, y

el punto de abastecimiento para zonas mineras; y para el siglo XX fue el centro manufacturero y mercado principal para los productos de la economía regional. Medellín, entre los años 1915 a 1945, fulguraba como el espacio que ofrecía mejores condiciones de vida, era la sede del desarrollo industrial, la modernización y el crecimiento económico. Esto atraía cada vez más a personas de todas partes por el mundo de los negocios, necesidades de estudio, salud y/o fuentes de trabajo, lo que influyó determinantemente en el proceso de urbanización (Melo González, 1996).

Por lo tanto, la colonización de Medellín se dio a expensas de una constante presencia de nativos, forasteros y transeúntes. El crecimiento de su población estuvo relacionado principalmente al importante flujo migratorio hacia la ciudad. Esta situación generó que los dirigentes de la ciudad, empresas urbanizadoras y la Sociedad de Mejoras Públicas se preocuparan por acciones de planificación territorial a expensas de ese crecimiento poblacional que visualizaban. Se encargaron de organizar la ciudad de forma tal que fuera viable para la vida, la industria, el comercio, la educación, entre otras (Melo González, 1996).

Desde 1916 en adelante, se dan migraciones constantes de campesinos originarios de diferentes municipios de Antioquia que, con el ideal de progreso, buscaban un mejor futuro, unas mejores condiciones de vida, trabajo y estudio. Ante las constantes migraciones, las fábricas industriales establecieron, con apoyo de las empresas urbanizadoras y la Sociedad de Mejoras Públicas, varios **barrios obreros en Medellín que contaban con una adecuada planificación, acceso al agua y energía eléctrica**, allí ubicaron a los trabajadores de las industrias y sus familias. Bajo una premeditada planeación territorial, los empresarios vendían los lotes de esos barrios y los obreros, con la esperanza adquirir una vivienda propia, accedían y cada uno construía lo propio. Así fue como, para la clase empresarial, se volvió un negocio la venta de predios. Ejemplo de ello, fueron los barrios: los Ángeles, Berlín, Colón, Aranjuez y Manrique, entre otros (Melo González, 1996; Castaño Marín, 2021).

Por su parte, la clase dirigente -oligarquía y la clase burguesa- se ubicaban en zonas estratégicas de la ciudad. Entre 1890 y 1930 estos se ubicaban en la Avenida la Playa, que se llamó Villanueva, luego entre 1920 y 1950 en la zona del barrio Prado, que

se desarrolla como el sector de alto nivel social, sus casas tenían influencias arquitectónicas francesas y norteamericanas, con dos pisos, salones interiorizados, escaleras con diseños funcional y ornamental. La siguiente generación entre 1940 y 1970 se ubicó en el barrio Laureles, y luego entre 1960 y 1990 se ubican en la zona del Poblado (Melo, 1996). Hasta aquí se puede decir que el crecimiento de la industria favoreció el crecimiento de la ciudad, con un acelerado urbanismo, pero claro está, ha estado presente una segregación en la urbanización, asociada a las clases sociales. Las personas migrantes, que en su mayoría eran de recursos económicos limitados, no se ubicaban en la misma zona de la clase social alta, tanto por su accesibilidad como por su identidad, para ellos existía un espacio diferente de vida.

Es importante mencionar que los procesos de migración a la ciudades no se dieron únicamente por el crecimiento industrial, existen dos sucesos que están relacionados con dicho proceso; el primero, tiene que ver con que simultáneamente en Colombia resurge la violencia política bipartidista con la toma del poder del Liberal Enrique Olaya Herrera después de cuarenta y cuatro años de dominio Conservador, lo que generó que entre 1931 y 1932 se dieran encuentros armados entre Liberales y Conservadores, principalmente, en zonas rurales, ocasionando muertes, represión y hostigamiento, a eso se sumaba la poca tolerancia ante la protesta social. La tensión política siguió creciendo y entre 1942 y 1945 las diferencias entre Liberales y Conservadores se orientaba más hacia una guerra por modelos sociales que por el enfrentamiento político electoral. La violencia bipartidista se recrudece con la muerte del líder popular Jorge Eliecer Gaitán en 1948 en Bogotá, razón por la cual también aumentan las olas migratorias hacia las ciudades intermedias (Melo González, 2020; Melo González, 1996).

El segundo suceso, que ocasiona la migración, corresponde a que de 1920 en adelante en Colombia comienzan a darse varias crisis agrarias, en primera instancia asociadas a una disputa por los terrenos de producción entre el campesino que producía y el dueño de la tierra, pero luego la crisis se intensifica entre los años 60 y 70, en donde la gran mayoría de países latinoamericanos se adhieren a decisiones de orden global asociadas al capitalismo neoliberal que surgía generando desincentivación de los

subsidios al campo, afectando drásticamente la producción agraria y la vida rural, siendo un determinante para la migración hacia las ciudades (Melo González, 2020).

La década de los 60 es un punto álgido en la historia de varias ciudades del país, e incluso de América Latina. Con los procesos migratorios se experimentan cambios muy intensos en los procesos de poblamiento, urbanización, vida cotidiana y conflictividad. La ciudad crece, se expande y se fragmenta (Jaramillo Arbeláez, 1994), Medellín fue muestra de ello. En los 60 la ciudad vivió un pico de crecimiento demográfico por la llegada masiva de personas oriundas de otras regiones de Antioquia (tabla 6), la cual no estuvo concebida en la planeación municipal (Garcés Arboleda, 2018). Las personas con escasos recursos llegaron a asentarse en zonas periféricas de la ciudad, buscando el sueño de tener una vivienda, un lugar donde habitar. Así aparecen los barrios populares caracterizados por asentamientos irregulares habitados por personas en contexto de múltiples carencias, informalidad, ilegalidad y desigualdad. **Es de esa manera como surge en 1964 el barrio foco de esta investigación: Santo Domingo Savio.**

**Tabla 6.** Número de Habitantes de Medellín entre 1918-1980

Año	# habitantes en Medellín
1905	54.946
1918	80.000
1928	120.000
1938	168.266
1951	358.189
1964	772.887
1973	1'093.191
1980	1'468.089

**Fuente:** elaborado por la autora

Doña Domitila Moreno, viuda de Benítez, **fue la primera moradora del barrio.** Su historia es trascendental en la aparición y fundación del barrio Santo Domingo Savio (nombre que le fue dado gracias a ella). Ella a través de un sueño es guiada por un hombre a asentarse y habitar los terrenos de la parte alta de la ladera nororiental. Un día

convence a su esposo de su especial hazaña y desde ese mismo momento separan el terreno, e inician la construcción de su rancho con palos y hojas de salvia que les dejaba la gente al pasar. Era un terreno hostil sin agua, sin luz, sin adecuadas condiciones para la vida. En esa zona sólo estaba Casablanca, donde vivía una familia pequeña (Bustillo Naranjo, 2003).

**Figura 3.** Mural Doña Domitila Moreno



**Fuente:** Foto tomada por la autora en el Recorrido Museo Urbano de Memorias Santo Domingo Savio. Medellín, 2022

Así como Domitila, fueron llegando poco a poco más pobladores que delimitaban su terreno y empezaban la auto construcción. Las personas fueron tomando lotes baldíos que, aunque parecían no tener dueños, cuando ya estaban ocupados por nuevos colonos, aparecía el doliente, o estafadores, interesados en vender esos lotes a las personas del barrio, aprovechándose de su necesidad. Las personas ignoraban dicho ofrecimiento y la policía llegaba a “tumbarles los ranchos” que con tanto esfuerzo construían, respondiendo a la orden de desalojar a quienes se estaban adueñando de terrenos que no eran propios (Bustillo Naranjo, 2003).

Ante la llegada masiva de personas, lo primero que hizo Doña Domitila fue separar el espacio para la iglesia que es donde permanece hoy. También, junto con los primeros pobladores, definieron el llamado “convite”, conocido como una forma de organización comunitaria por medio de la cual muchos de los pobladores se unían, se distribuían roles para ayudar a nuevos pobladores y vecinos; hacían obras para el bien y disfrute de todos, bajo valores de solidaridad y fraternidad, heredados de la vida en el campo.

Entre los primeros pobladores se pueden mencionar a la primera maestra fundadora de la escuela El Espíritu Santo, Lucila Giraldo López, la primer líder sindicalista y fundadora de la primera guardería del barrio, Socorro Ospina, el líder social Juan Apolinar Arbeláez, el propietario de la primera ferretería Salomón Giraldo Toro, el primer fontanero Jesús María Quiceno, y el primer párroco Gabriel Díaz, seguido el padre Iván Moreno, y las lolas, personajes emblemáticos por fundar la casa liberal. (Bustillo Naranjo, 2003)

### **A la llegada a Santo Domingo Savio**

Algunos habitantes del barrio, participantes de esta investigación, cuentan su llegada y establecimiento en el barrio. La mayoría venían de otros municipios de Antioquia, unos salieron del campo como consecuencia de la violencia, otros en busca de mejores condiciones de vida y trabajo, y otros por opciones de estudio.

“Nosotros nos vinimos para por acá, de huida de la violencia. Había mucha guerrilla, estaban resultando los paracos, mataron un hermano mío en San Carlos, nos entró mucho miedo, mucha aburrición. Luego mataron a un sobrino, entonces había mucha violencia, nos vinimos para acá.” Socorro.

“Llegue en el año 76 del municipio de Angostura, porque se suponía que en las ciudades había muy buena forma de vivir, muy buena forma de trabajar.” Eugenia.

“Uno de mis hermanos, el primer bachiller que hubo en la casa quería seguir estudiando, entonces la única facilidad de ir a una universidad estaba en Medellín, precisamente la de Antioquia, que, si no ha sido gratis del todo, muy favorable, entonces mi papá se fue trayendo a la familia, más por tener la familia unida.” Fabio.



---

Mencionaron que, en su llegada a Santo Domingo Savio había grandes lotes y pocas casas construidas. Entre la gente corría la voz de que estaban invadiendo estos terrenos, y que el barrio era económico y accesible para personas de escasos recursos, motivando la llegada de muchas familias, algunas llegaron a pagar arriendo en ranchos ya existentes, otras compraban o intercambian cosas materiales por un terreno, y otras simplemente se apropiaban de un espacio, para construir lo propio y cumplir el sueño de una vivienda.

“La mayoría de la gente venía del campo, y no tenían en donde más meterse, no tenían unas condiciones económicas que les permitiera irse para otra parte de la ciudad”. Fabio

“Nosotros vivíamos en Naranjal, cerca de la Macarena, no sé quién le dijo a mi mamá que estaban invadiendo por acá y nos vinimos.” Luz Helena

“Por la parte económica papá no nos podía tener allá (en el barrio Belén), entonces buscó para este lado de la montaña, para el cerro de Santo Domingo, llegamos en 1972, no sé en qué fecha, yo era un niño, llegamos a lo más alto de Santo Domingo, que es encima del cuadradero de buses, a una casita, nos tacaba dormir 4 o 5 en una cama, una casita que tenía el techo muy malo.” Fabio.

“Es que en Santo Domingo se puede construir porque el terreno está muy económico, las casas están muy baratas, entonces esto se fue superpoblando, una super población digamos en pocos años.” Carmen

Para ese entonces, Santo Domingo no tenía calles pavimentadas, las vías eran en tierra “pantano”, no subía ningún transporte al barrio. Los buses llegaban primero hasta San Pablo y luego hasta San Blas. No había servicios públicos, el agua era llevada con canecas desde nacimientos cercanos. El alcantarillado era artesanal, iba por la calle a través de tubos que llegaban directamente a las quebradas. Los baños eran letrinas con tubos enterrados en la tierra forrados en plástico en la parte externa con una tabla encima, contruidos por cada uno en un espacio fuera de su casa. Se cocinaba con leña o

petróleo, la luz era la del día y en la noche la de las velas, aunque poco después colocaron postes de alumbrado público de donde se cogía luz de contrabando.

Las viviendas eran “ranchos” contruidos con madera o latas forradas en fieltro y el techo con teja campesina. Las personas venían con muchas costumbres del campo, en sus viviendas sembraban alimentos y tenían animales que les servían en los momentos donde no había que comer.

“Hizo la casita, hizo un ranchito ahí de latas y de fieltro, el piso de tierra. Ahí vivimos un poco de rato. Que yo me acuerde... hasta que yo tenía maso menos (piensa)... 21 años.” Santiago.

“Yo llegue a tomar agua con sal y cebolla, porque como teníamos en el solar sembrado, eso no era si no coger una cebollita, coger un tomate y hacer un hogao, entonces uno iba supliendo muchas cosas.” Luz Helena.

A través de los “convites” se resolvían necesidades fundamentales para la vida, como el acceso a los servicios públicos domiciliarios. El “convite” estaba conformado por pobladores que fueron convirtiéndose en líderes, fomentaban los lazos sociales, las formas de organización, y se convertían en personas respetadas en la comunidad. Una de las obras gestionadas fue el acueducto artesanal para abastecer de agua al barrio, el bien máspreciado para la comunidad.

“El acueducto venía del embalse del Toldo, y el embalse del Toldo lo llena un agua que viene del embalse de Piedras Blancas. Ese embalse del Toldo se rebozaba, y esa agua se recogía en otro tanque pequeño y ahí conectaban unas mangueras, unas mangueras grandes de tubo madre, y esa agua llegaba hasta una de las partes más altas de Santo Domingo. Existía un fontanero que se llamaba Jesús Quiceno, él era fontanero y de ahí se distribuía agua por gravedad a las casitas, por medio de mangueras plásticas. Se armaban conflictos porque a veces el agua no era suficiente, y entonces un vecino le desconectaba la manguera al otro, y se armaban esos conflictos hasta de machete (risas). Porque el agua era algopreciado, pues llenar mi tanquecito.” Fabio



Muchos líderes se ponían a la tarea de organizar a las nuevas familias que iban llegando, les ofrecían un espacio donde dormir, incluso disponían sus propias casas para ello, mientras que lograban establecerse. Ello nutría los valores de solidaridad y fraternidad entre los habitantes.

“Yo me acuerdo de que llegamos a una piececita ahí en el colegio La Candelaria, eso era ahí una piececita de puesto, de plancha... una piececita que nos prestaron. Vivíamos todos ahí, 4 hermanos. Después de eso, Doña Lola nos dio posada por allá... en la casa Liberal.” Fabio

La mayoría de las personas que llegaron al barrio pasaron de trabajar la tierra en el campo a adaptarse a las dinámicas del medio urbano, la mayoría absorbidos en el trabajo informal, y otros en la industria de la construcción.

El sueño de construir un lugar donde vivir y donde resguardarse, fue común en las historias de la llegada a Santo Domingo Savio. En las historias **se revela el territorio como proyecto de vida**, iniciado por un deseo de adquisición de un espacio-lugar-terreno (material), que a través de la autoconstrucción se dota de sentidos, significados, representaciones, como procesos de apropiación. Es justo ahí donde lo material se pasa a un segundo plano y prima lo simbólico, que está directamente relacionado con los sacrificios, esfuerzos, e incluso dificultades que tuvieron que sortear, generando un sentido de pertenencia por estos espacios —dando origen al territorio y al hogar— que difícilmente por voluntad propia abandonan.

### **Poblamiento y consolidación del barrio Santo Domingo Savio**

Entre 1958 y 1974, a nivel nacional corría el pacto político conocido como el Frente Nacional, en donde los partidos tradicionales, Liberal y Conservador, llegaron a una tregua con el objetivo común de la paz, alternándose en el poder y con acuerdo de paridad. En esta etapa se fortalecieron políticas económicas, sociales y de modernización del Estado de manera concertada. Fue una etapa de abundancia en el sector industrial, en la cual se consolida una economía urbana a favor del modelo capitalista, en contraste

---

con un sector rural atrasado y en abandono (González Vélez y Carrizosa Isaza, 2011; Bornacelly, 2015).

Cómo se había mencionado anteriormente, esa situación generó que entre los años 60 y 70 Medellín tuviera el mayor aumento poblacional en su historia. Como consecuencia surgen alrededor de 24 barrios de invasión ubicados en las laderas más empinadas, lo que se convirtió en un gran reto para la planeación territorial. Fue durante ese tiempo, que los terrenos ubicados en las periferias de las ciudades principales se ocuparon descontroladamente por las personas desplazadas del campo, fenómeno conocido como colonización urbana<sup>7</sup>. Estas zonas de asentamiento ilegal fueron decretadas como barrios de invasión, que crecían al margen o en los límites de las ciudades en espacios considerados no urbanizables. Una de las medidas que tomó el gobierno nacional, para evitar la llegada de más y más desplazados a las ciudades, fue expedir la ley 66 de 1968 en la que prohibía a los gobiernos municipales dotar de servicios básicos y de infraestructura a los asentamientos piratas, y a las zonas de invasión que estuviesen por fuera de los perímetros urbanos de la ciudad. Esta situación, contrario a lo que pensaban, no desincentivó la llegada de nuevas familias, y más bien profundizó grandes dificultades, conflictos y desordenes (Bornacelly, 2015; Jaramillo, 1994).

La presencia de congregaciones religiosas con labor pastoral y caritativa hicieron presencia permanente en Santo Domingo desde sus inicios, los primeros sacerdotes marcaron un hito importante en la consolidación del barrio. El primer párroco, fue el sacerdote Gabriel Díaz que llegó en el año de 1967. El sacerdote había estado en París, Francia, realizando sus estudios universitarios; al llegar nuevamente a Medellín, la Arquidiócesis lo ubicó en la iglesia de Laureles, sin embargo, él quería trabajar con y para los pobres, así que buscó el lugar y encontró al barrio Santo Domingo Savio. Desde su llegada organizó la iglesia, ayudó en la construcción de los ranchos, trabajó con pico y pala en la traída del agua desde nacimientos de manera artesanal, defendió a los habitantes con machete y sotana de los abusos de la policía, y motivó al liderazgo y la

---

<sup>7</sup> **Colonización urbana:** procesos de desterritorialización y re-territorialización según Haesbaert (2013).

organización de sus habitantes. No fue sólo un líder espiritual, fue un gran líder comunitario (Bustillo Naranjo, 2003).

Bajo el liderazgo del padre Gabriel Díaz, en 1968 se celebró en Santo Domingo el primer Congreso Mundial de la No Violencia. La comunidad mundial puso los ojos en este territorio, debido a las formas de vida y las situaciones que enfrentaba el barrio. El conferencista principal fue Glenn Smily, profesor de Martin Luther King. Los asistentes se hospedaron en las casas del barrio donde compartían todo pobremente, pero con gran gusto (Bustillo Naranjo, 2003).

El gobierno de Carlos Lleras Camargo en 1969 fue de represión, razón por la cual trasladaron a todos los sacerdotes que exteriorizaban las situaciones de sufrimiento que vivían las poblaciones pobres de Colombia. Para ese año fue reubicado el sacerdote Gabriel Díaz, y en su reemplazo llega el sacerdote Iván Moreno hasta 1974, quien encuentra *una* “población de gente dura, rebelde, instruida en la pobreza y exigencias”. El párroco Iván solicitó ayuda al municipio pidiendo energía y alcantarillado, también fomentó la imagen del policía amigo antes que represivo, participó en la aclaración de las escrituras y las órdenes de desalojo, y apoyó programas con el fin de acabar pequeños tugurios y elaborar casas de material (Bustillo Naranjo, 2003).

Aunque Santo Domingo Savio logró concluir el proceso de consolidación urbana entre los años 70 y 80, la llegada de personas a la zona Nororiental no paraba. En una menor proporción que las primeras oleadas, las personas se ubicaban en las zonas y espacios que aún permanecían deshabitados a sus alrededores, principalmente en la franja más alta de la zona Nororiental, con riesgos ecológicos más grandes, pendientes más pronunciadas y con mayor dificultad en el acceso, considerados también ilegales y no urbanizables. Fue así como surgieron nuevos asentamientos subnormales, denominados así por la administración municipal, por estar aledaños a los barrios de invasión, ejemplo de ello Carpinelo, La avanzada y La torre (Bornacelly, 2015).

El domingo 29 de septiembre de 1974, el morro rojo develo su fragilidad y sorprendió a la comunidad de Santo Domingo Savio con un gran derrumbe que afecto a alrededor de 250 personas, de ellas 50 personas quedaron sepultadas bajo la tierra. Entre

las hipótesis acerca de las causantes se mencionó que el día anterior había llovido mucho; las quebradas, que no tenían un buen cauce, se habían crecido, que el mal uso de las letrinas también había ablandado el terreno, además se le sumaba que no había árboles que afirmaran la zona, y que las casas no tenían un buen banqueo (Bustillo Naranjo, 2003).

“Cuando nosotros estábamos en una de estas casitas de aquí de Santo Domingo, en 1974 ocurrió un derrumbe terrible, un domingo, pero no recuerdo el mes ni la fecha, no encontraron a toda la gente que quedó sepultada, entonces vino no sé, un obispo, y le hecho la bendición a esos terrenos y declaro que eso era camposanto, hoy día esos terrenos están habitados, porque la gente necesita donde meterse.” Fabio

En Santo Domingo Savio, la producción de los espacios públicos como el acueducto, el Monumento al Obrero, la escultura El Cristo sin rostro, la construcción de las vías, los colegios, el centro de salud, las guarderías, las microempresas, fueron proyectos donde no sólo convergieron las juntas de acción comunal, sino también otras organizaciones como la Corporación Santo Domingo Savio, grupo pre-cooperativo Tahamies, Sociedad San José, entre otras, buscando configurar el territorio no sólo como un espacio físico para la vida biológica sino un territorio con espacios para la vida digna, entendidos como espacios de esperanza (Bornacelly, 2015).

En general, Medellín fue impactada por las transformaciones del capitalismo a nivel mundial. El Posfordismo<sup>8</sup> generó un decrecimiento importante de la industria para los años 70, consecuencia de los procesos de automatización y las reformas laborales. Cambiaron las dinámicas económicas de la ciudad, pasó de ser el centro fabril a ser el centro de los negocios y finanzas, comercio y turismo, como consecuencia los trabajadores de las industrias perdieron capacidad adquisitiva y estabilidad laboral. Esta situación afectó laboralmente a la población de Santo Domingo (Bornacelly, 2015).

---

<sup>8</sup> **Posfordismo:** modelo de producción que aparece en 1980 después de la caída del Fordismo en la época 1970. El modelo posfordista pone en el centro la producción flexible, en un marco de apoyo en el neoliberalismo, donde el Estado se aparta, el mercado regula la economía y crece el sector privado (Marazzi, 2003).

Para finales de los 80, la comuna 1-Popular continuaba creciendo y las condiciones socioeconómicas seguían siendo precarias. La población total era de 83.606 habitantes, duplicando el crecimiento promedio de la ciudad. La comuna concentraba el 33% de la población desempleada de Medellín, y aunque las viviendas eran propias, inquietaba la calidad de las viviendas y el hacinamiento en ellas (Molina, 2009). Para esa época en el barrio Santo Domingo Savio se presentaban tres problemáticas que afectaban a su población: el desempleo, las dificultades para la movilidad, y la violencia e inseguridad en el barrio. Los pobladores accedían a oficios informales, con poca estabilidad, mal remunerados. La mayoría de las mujeres se ocupaban como empleadas domésticas, sin seguridad social y con remuneraciones por debajo de lo legal, otras trabajaban en bares y cantinas. Y muchos de los niños iniciaban a trabajar desde muy jóvenes en asuntos informales (Bornacelly, 2015).

En la zona Nororiental se conforma el conglomerado más amplio y aguerrido. A finales de 1993 los habitantes logran que se amplíe el perímetro urbano, y que sean reconocidos como habitantes de la ciudad. Cuando los barrios piratas y de invasión se convierten en un hecho irreversible, el Estado empieza a intervenir en su adecuación, las empresas públicas empiezan a prestar servicios de agua y energía, y se dan algunos planes de construcción de vivienda. Sin embargo, estas intervenciones estuvieron principalmente ubicadas en la zona Noroccidental, marcándose claras diferencias con la Nororiental.

La comuna 1-Popular, y específicamente Santo Domingo Savio, estuvieron aislados al desarrollo industrializado y moderno que estaba viviendo la ciudad de Medellín a través de los planes de urbanización municipal desde los años 70, 80, 90. La existencia de una sola vía terrestre para el acceso al barrio con inadecuadas condiciones, y su ubicación tan periférica, generaba un conjunto de limitaciones para su población con relación al acceso a servicios de salud, educación y esparcimiento (Bornacelly, 2015).

### **La violencia, el conflicto e inseguridad en el barrio Santo Domingo Savio**

A lo largo de la historia del barrio, la violencia ha sido un instrumento usado para el control del territorio; así como lo ha sido en la historia de las regiones rurales de

---

Colombia. En Santo Domingo Savio se han identificado varios momentos en los cuales la violencia ha sido protagonista: en el surgimiento del barrio y en la emergencia de los grupos delincuenciales, las Milicias Populares, y el narcotráfico. A continuación, se presentará una síntesis de dichos momentos, evidenciando las múltiples territorialidades que han hecho presencia en el barrio y han conjugado en la lucha del poder.

En el surgimiento del barrio, la violencia estuvo asociada principalmente a los conflictos entre la fuerza pública y la comunidad frente al asentamiento y posesión ilegal de los terrenos periféricos de la ciudad. La policía utilizaba la fuerza y la violencia no sólo para destruir los “ranchos” ubicados en terrenos ilegales, sino para capturar y privar de la libertad a los líderes barriales más reconocidos, esto generó que las personas se unieran y se protegieran de manera colectiva armándose incluso con machetes y/o piedras para defender sus intereses (Jaramillo Arbeláez, 1994; Bustillo Naranjo, 2003).

Para ese mismo momento, la inseguridad crecía a la par de la pobreza, tanto las personas foráneas como los camiones que surtían alimentos a las tiendas eran víctimas de robo o atraco. Esta situación se acrecentó por el aumento de muchachos sin oficio, sin oportunidades, sin educación y con múltiples privaciones, quienes encontraron en los actos delincuenciales una forma de conseguir dinero fácil y otras cosas materiales. Así surgen varias bandas delincuenciales muy heterogéneas, que crecían bajo la competencia entre sus actores por el control del territorio, lo que ocasionaba conflictos, amenazas, confrontaciones, balaceras y homicidios (Jaramillo, 1994).

Ante la ausencia del Estado y el desprestigio generalizado de la justicia y de las instituciones de control del orden público, queda libre la vacante que representa la autoridad en el barrio. Como alternativa para enfrentar estas bandas, se constituyen las Milicias Populares como grupos armados integrados por habitantes con el propósito de intervenir en los conflictos barriales y garantizar un mínimo de seguridad para todos a través de las limpiezas sociales. Algunas Milicias Populares buscaron el reconocimiento del Estado como actores políticos y su labor de vigilancia, ese proceso dio lugar a la creación de la cooperativa Coosercom. Sin embargo, ese proceso fracasó provocando mayor fragmentación, expansión, reinsertión y aparición de nuevos milicianos. La zona Nororiental se convirtió en la zona con mayor presencia de Milicias Populares en

---

Medellín. Una parte significativa de la comunidad aceptaba y apoyaba la labor de las Milicias, pero también en cierta parte de la población había pobladores descontentos con denuncias presentadas ante diversas estancias del Estado (Jaramillo Arbeláez, 1994).

Hacia los años 80 las bandas delincuenciales tomaron mucha fuerza, debido a la presencia del narcotráfico como nueva economía de guerra. Se articuló la delincuencia común con la conformación de ejércitos de sicarios a favor de carteles y redes de tráfico, esto intensificó las dinámicas violentas, encuentros armados, secuestro, tortura, sicariato, homicidio, robo de vehículos, entre otras. Algunas bandas se aliaron para combatir a las milicias. Ante esta situación, en el barrio fueron emergieron otros grupos de autodefensa que buscaban respetar los espacios de los pobladores y prestar el servicio de vigilancia sin tener que hacer limpieza social (Jaramillo, 1994).

Con la emergencia del narcotráfico, no sólo se transformó el accionar de los grupos delincuenciales, también se generaron nuevas posibilidades de ascenso social a la población juvenil de estratos bajos de la ciudad. Se incrementó el consumo de drogas lícitas e ilícitas, y aumentó el número de homicidios, propiciando un ambiente de alta tensión a nivel local y municipal. El homicidio con arma de fuego se consolida como la primera causa de mortalidad en Medellín en los 80, y en 1990 fue considerada la ciudad más violenta e insegura del mundo, registrando un total de 6.349 homicidios en 1991. Los barrios de la zona Nororiental fueron los más afectados por la confluencia de actores como traquetos, sicarios, bandas, escuadrones de la muerte y agentes de policía y organismos de seguridad (Jaramillo Arbeláez, 1994; Ballesteros Toro, Velásquez Higueta, Sierra Vásquez, Torres Toro, González Vélez, 2010).

Algunos actores sociales con ideologías comunistas, de izquierda e incluso ex militantes de la guerrilla, encontraron un espacio seguro en la zona Nororiental para habitar y vivir libres de opresión, hostigamiento y acoso. Allí pretendieron atraer a grupos de personas con sus ideas y discursos, promoviendo la movilización a la protesta social. Además, la zona Nororiental y su población fue centro de promesas incumplidas por políticos clientelistas que rompieron las expectativas de los pobladores, eso llevo a que se sintieran poco representados por los políticos tradicionales, lo que advirtió la emergencia de una nueva generación fuera de la marca bipartidista, caracterizado por



---

actores sociales y políticos alternativos. A finales de los 90, integrantes de guerrillas se integraron a las milicias populares para realizar acciones por el control del territorio, sin embargo, Paramilitares y la fuerza pública accionaron para tomar control del territorio, siendo una lucha cruenta y fatídica (Jaramillo, 1994; Bustillo Naranjo, 2003).

En el marco de los conflictos entre los actores violentos presentes en el territorio (llámese bandas, milicias, paramilitares, fuerza pública), la sociedad civil vivió un panorama de miedo. Por su parte, con los líderes sociales y las organizaciones comunitarias del barrio, las bandas delincuenciales también han ejercido presión, tensión y hostigamiento, ya sea por el contacto cercano con la administración municipal que con ciertas decisiones pasan por encima de ellos, o en otros casos porque conforman nuevas formas de liderazgo diferente a lo que ellos aprueban (Jaramillo Arbeláez, 1994; Ballesteros Toro, Velásquez Higueta, Sierra Vásquez, Torres Toro, González Vélez, 2010).

En los años 90 se instauró el Programa Integral de Mejoramiento de Barrios Subnormales en Medellín (PRIMED) como iniciativa del gobierno nacional y local para hacer frente a los problemas de violencia y descomposición social en 15 barrios de ladera en tres zonas de la ciudad. La primera fase se hizo de 1992 a 1996, y la segunda fase de 1997 a 2001. Con el propósito de incorporar asentamientos y barrios periféricos a la ciudad, buscando reconstruir el tejido social y la confianza institucional, se realizó dotación de servicios públicos, construcción y provisión de instalaciones físicas, legalización de barrios, promulgación de títulos de vivienda y restitución del espacio público; sin embargo, fue un programa que duró poco y se suspendió debido a diferentes intereses (Bornacelly, 2015).

Aunque muchos grupos de milicias, integrantes de grupos armados y de guerrillas, aceptaron iniciar un proceso de desmovilización y de negociación, las situaciones mencionadas anteriormente, impactaron de manera significativa al barrio, a los hogares y a sus habitantes, generando cierta estigmatización de los barrios populares y sus habitantes. A mediados de los años 60 y finales de los 90, eran reconocidos sólo por cosas negativas o lamentables. Los habitantes de otras comunas de Medellín percibían que el barrio era inseguro, violento, donde habitaban sicarios y delincuentes.



La violencia permeo no sólo los espacios públicos de relacionamiento, sino en los espacios íntimos y privados del hogar. Las acciones violentas se convirtieron en el mecanismo para dar solución a los conflictos entre los vecinos, familiares, las parejas, e incluso contra el Estado, convirtiéndose en una práctica cultural frecuente, lo cual puede verificarse no sólo con los indicadores, sino a través de las vivencias de los habitantes, frente a la poca tolerancia, las acciones violentas, la violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer en la comuna 1.

### **Urbanismo social: la re-territorialización del Estado**

Tras la azotada violencia de los años 80 y 90 en Medellín, para inicios del siglo XXI se plantea un modelo de transformación urbana como alternativa a la situación social en Santo Domingo Savio, denominado **Urbanismo Social (US)**. Dicho Modelo fue movilizadado por las administraciones de los alcaldes Sergio Fajardo (2004-2007) y Alonso Salazar Jaramillo (2008-2011). El plan de Desarrollo Municipal 2008-2011 “Medellín es solidaria y competitiva”, definió el US como un modelo de intervención del territorio, que comprende no sólo la transformación física, sino también la intervención social, la gestión institucional y la participación comunitaria, siendo un nuevo paradigma de planeación y gestión territorial. Esta intervención estuvo dirigida a la rehabilitación de asentamientos precarios en zonas urbanas caracterizadas por altos índices de inseguridad, superando los lastres de la violencia descontrolada que estigmatizó las periferias. El US tiene sus bases en la interpretación del derecho a la ciudad desarrollado por Henri Lefebvre (1974), en el contexto colombiano fue aplicado y ajustado a través de las indicaciones del geógrafo-urbanista español Jordi Borja, quien sostenía el interés por desarrollar proyectos en territorios marginales que involucraran a la comunidad, buscando restablecer el vínculo entre administración y ciudadanos.

Desde el discurso institucional, el US ha sido presentado como una política pública a través de la cual, la administración municipal intervendría los lugares con menor calidad de vida, los cuales requerían de atención, buscando reducir las deudas sociales del Estado que habían estado acumuladas entre décadas. Para ese momento, el alcalde de la ciudad por primera vez estableció presencia del Estado no represiva en las zonas urbanas donde el Estado sólo había intervenido con fuerza pública. Lo que necesitan los

barrios marginados es lo que sí tienen los barrios planeados: seguridad, espacio público, educación, cultura, movilidad y vivienda.

El modelo US se operacionalizó a través del Proyecto Urbano Integral (PUI) entre 2004-2006, y fue ejecutado por la Empresa de Desarrollo Urbano de Medellín (EDU). El PUI tuvo varias zonas de acción en la ciudad, como fue la comuna 13 y la zona Nororiental, y fue el instrumento de intervención a través del cual se actuó en distintos escenarios de los territorios, entre los físicos, los sociales y los institucionales. En el caso de la zona Nororiental se intervinieron viviendas, colegios, jardines infantiles, corredores de movilidad, centros de salud, parques lineales, Centro de Desarrollo Zonal (CEDEZO), Parque Biblioteca España, entre otros. Fue una táctica arquitectónica y urbanística de transformación hacia la ciudad contemporánea basado en el modelo de urbanismo social.

Entre las obras realizadas en el marco del PUI, las más reconocidas en la zona Nororiental, ubicadas precisamente en Santo Domingo Savio fueron las siguientes:

El **Metrocable línea K** fundado en **2004**, fue el primer sistema aéreo de la ciudad que comunicaría una ladera con la ciudad. Para su construcción se tuvieron que realizar varios procesos de planeación y adecuaciones previas, como compras de lotes y viviendas en toda la zona nororiental, donde se ubicarían las pilonas del sistema. La línea K está articulada a la estación del Metro Acevedo, tiene en total 4 estaciones: Acevedo, Andalucía, Popular y Santo Domingo, allí se puede hacer transbordo a la *Línea L* que va hacia el Parque Arví. Según datos que dispone el Metro de Medellín, la línea K transporta diariamente cerca de 46.000 pasajeros, inició operación el 07 de agosto de 2004, tiene 93 telecabinas y un trazado de 2.07 kilómetros de longitud (Metro de Medellín, 2019).

**La Biblioteca España**, ubicada en el sector La Candelaria en el barrio Santo Domingo Savio No.1. Fue inaugurada en el año 2007 bajo la administración municipal de Sergio Fajardo. Es reconocida por ser una de las obras más representativas del urbanismo social. La biblioteca llevó el nombre del Rey de España, quien fue el que apoyo financieramente la construcción. En las diferentes fuentes consultadas se expone que, por cumplir con el calendario de entrega, el ritmo de construcción se aceleró, lo que provocó numerosas imperfecciones. Desde el 2010 se reportaron fallas estructurales en

la biblioteca, las cuales fueron reportadas nuevamente en el 2013, asociadas a la fachada exterior la cual fue construida con materiales poco resistentes a la humedad lo que debilitó su estructura y generó múltiples amenazas. En el 2015 se cierran las puertas de la biblioteca y se da inicio a un proceso de estudios y debates legales para definir el origen y las causas de las fallas. Del 2015 hasta la actualidad, la biblioteca ha estado en un proceso de continuo deterioro, fue deshabitada, cercada y retiraron su fachada, hubo cierto desinterés político de los alcaldes sucesivos y falta de participación de la población local que presionará para su renovación. En el 2021, con la administración del alcalde Daniel Quintero, se propuso realizar la inversión para reabrir el espacio de la biblioteca, y desde principios del año 2022 se iniciaron labores.

**Transformaciones del Colegio Antonio Derka.** En el gobierno de Sergio Fajardo, en su programa “Medellín la más educada”, se pretendía que a través de la educación se generaran cambios, basados en la equidad, para que todos los niños y jóvenes de bajos recursos tengan las mismas oportunidades de educación en la ciudad. Se decide construir en la comuna 1, barrio Santo Domingo Savio, un colegio de calidad con aportes de E.P.M. Se planteó crear un edificio amable y cercano a la comunidad. La configuración espacial responde a la metodología de la enseñanza “Escuela Abierta”, buscando desvanecer límites físicos y mentales, convirtiendo los colegios en centros de actividad cultural, recreativa y educativa, promoviendo la integración de toda la comunidad. La cubierta del colegio es una gran plaza-mirador, generando un espacio público representativo. El edificio permite la circulación que facilita la conexión peatonal entre dos colegios existentes.

La institución se construyó bajo la resolución 04907 del 2008, e integró a las instituciones Antonio Derka (figura 4 y 5) y Santo Domingo Savio con sede en la Amapolita. Actualmente ofrece los niveles de preescolar, primaria, secundaria, media académica, media técnica, convenio con el Sena y educación para adultos.

**Figura 4.** Colegio Antonio Derka: diseño arquitectónico



Fuente: Obra Negra (2008)

**Figura 5.** Plaza del Colegio Antonio Derka



Fuente: Obra Negra (2008).

Con la puesta en marcha del US, han surgido diferentes apreciaciones sobre dicho modelo de intervención, diferente a la perspectiva institucional. Para autores como Franco Restrepo (2011), el urbanismo social buscaba renovar la imagen estética de la ciudad, transformando su imagen de finales de siglo XX, caracterizada por el narcotráfico, la violencia, la pobreza, la ilegalidad y la desigualdad, por la imagen renovada del siglo XXI caracterizada por la transformación, la modernidad, la educación, la cultura, la innovación, esto con el objetivo de insertar a la ciudad en las lógicas del capital internacional y la economía postindustrial, las inversiones, los servicios y los grandes eventos de carácter internacional.

Para Quinchía Roldán (2012), el US es una práctica de poder de la administración municipal desde lo retórico, que moviliza representaciones sociales y discursos

---

persuasivos asociados a la ciudad planeada, que termina movilizando a la sociedad hacia el modelo de ciudad deseado. Discursos tales como el urbanismo social mejora la calidad de vida, el urbanismo social cambia referentes de violencia a través de la educación y cultura, el urbanismo social integra los barrios al desarrollo económico de la ciudad entre otros.

Montoya Restrepo (2014), ubica al US en clave al Marketing Urbano y de los derechos como un instrumento y estrategia política. El discurso del US privilegia la satisfacción de necesidades en términos del derecho al espacio público, al ambiente sano, entre otros, sin embargo, en los documentos institucionales estos objetivos no son los fines últimos, buscan mostrar la transformación de la ciudad de una violenta a una transformada, segura, que acoge inversionistas y turistas.

González Escobar (2014), menciona que el US hace parte de una tendencia contemporánea de la arquitectura que sobrevalora la imagen sacrificando su función y lectura del territorio y ante la implantación de un símbolo que legitima un Estado ausente.

## La planeación en la Comuna 1

Según el Centro de Documentación de la Comuna 1-Popular, las transformaciones vividas en la comuna son, en gran parte, gracias a los proyectos, planes y programadas que se han realizado bajo Presupuesto Participativo (PP), además del trabajo de muchas organizaciones y fundaciones que hacen presencia en el territorio. Los temas que se han priorizado con mayor frecuencia son educación, medio ambiente, juventud, inclusión social y desarrollo económico. Se ha observado que la comuna 1 es la que reporta mayor votación en las elecciones de los proyectos de presupuesto participativo, demostrando su fuerte apropiación de los procesos participativos (Centro de Documentación Digital: Comuna 1, 2015).

**Tabla 7.** Participación y priorización de proyectos por PP en comuna 1-Popular

Año	Votación comuna 1	Total presupuesto aprobado	Total proyectos priorizados	Temas priorizados*
2017	5.126	\$14.898.328.963	16	Educación superior, salud, infraestructura, competencias laborales para mujeres, mitigación de riesgos, intervención de quebradas y zonas verdes, deporte
2018	7.753	\$14.201.330.967	11	Educación superior, asistencia social al adulto mayor, fortalecimiento a procesos juveniles, de mujeres y adultos mayores, identidad cultural
2019	8.148	15.132.784.639	18	Educación superior, asistencia social al adulto mayor, recreación y deporte; identidad cultural, infraestructura, fortalecimiento de organizaciones comunales

**Fuente:** elaborado por la autora, con base en los datos del Balance planeación del desarrollo local y el presupuesto de la Alcaldía de Medellín (2017, 2018, 2019)

\*Temas priorizados: temas con mayor aporte económico

En Medellín el PP se adoptó a partir del 2004, pero previo a ello en algunas ciudades se realizaban ejercicios de participación denominados Cabildos Abiertos, que eran encuentros entre vecinos y la administración municipal donde se lograban acuerdos para resolver necesidades y problemáticas. El PP fue una estrategia pensada para fomentar la participación de la sociedad civil en las decisiones del Estado, aportando a la construcción de ciudad (Alcaldía de Medellín, 2020).



Teniendo en cuenta los antecedentes y normatividad (tabla 8), el artículo 90 de la Ley estatutaria 1757 de 2015, definió el PP como “el mecanismo de asignación equitativa, racional, eficiente, eficaz y transparente de los recursos públicos, que fortalece las relaciones Estado-Sociedad Civil, para ello los gobiernos regionales y gobiernos locales promueven el desarrollo de mecanismo y estrategias de participación en la programación de sus presupuestos, así como en la vigilancia y fiscalización de la gestión de los recursos públicos.”

**Tabla 8.** Resumen de la Historia, antecedentes y normativa del PP en Medellín

Año	Decisión	Objeto
1996	Se crea el Sistema Municipal de Planeación de Medellín	Se definen actores, instrumentos, procesos que intervienen en la planeación
2004	Nace el Presupuesto Participativo en Medellín	Da voz a los habitantes y se establece canales para la participación
2005	Construcción de los planes de desarrollo local en cada comuna y en cada corregimiento	Se plasma las necesidades y apuestas de las comunidades en diferentes áreas como medio ambiente, cultura, deporte, infraestructura, salud, entre otros
2007	Acuerdo 43	Planeación local y el Presupuesto Participativo empieza a formar parte del Sistema Municipal de Planeación
2007	Presupuesto Participativo joven	Promueve la participación juvenil
2012	Creación de la secretaría de participación ciudadana	Encargada de definir políticas, programas y proyectos que promueven la movilización, formación, organización y participación en la ciudad
2015	Ley estatutaria 1757	Ley nacional de participación, en la que se incentiva y protege la participación democrática
2017	Acuerdo 28	Actualización del sistema municipal de planeación
2017	Decreto 0697	Se crea una nueva reglamentación para planeación del desarrollo local y presupuesto participativo
2022	Decreto 0146	Se reglamentan procedimientos metodológicos del Presupuesto Participativo y la conformación de los consejos comunales y corregimentales de planeación y su funcionamiento

**Fuente:** elaborado por la autora, con base en Planeación del desarrollo local y presupuesto participativo.

Alcaldía de Medellín (s/f).

De esta manera, la Alcaldía de Medellín destina cada año el 5% del presupuesto anual de inversión, que es distribuido entre las 16 comunas y los 5 corregimientos. La distribución se realiza bajo criterios relacionados con la calidad de vida de cada territorio, es decir, los territorios con menor calidad de vida reciben más recursos. Dichos procesos de participación comunitaria, planeación local y el PP, se hacen efectivos a través de las instancias de planeación y actores políticos del territorio que son la Juntas de Acción

Local<sup>9</sup> y la Junta de Acción Comunal<sup>10</sup>. Ambas organizaciones están integradas por personas elegidas por voto popular cada 4 años, denominados servidores públicos ad-honorem. Para ser elegidos deben tener una experiencia de, al menos, 6 meses en proyectos de la comuna, y deben ser miembros de algún partido o movimiento político (Alcaldía de Medellín, 2004).

### **El Plan de desarrollo local Comuna 1 (PDC)**

En el marco de la construcción de los planes de desarrollo en Medellín, en el 2004 se consolida el Plan de Desarrollo Local (PDC) de la Comuna 1, el cual recogió los procesos que se venían gestando en la zona Nororiental desde 1993 bajo acompañamiento de la corporación Con-vivamos (antes Convivir) y la comunidad. El PDC de la Comuna 1 fue uno de los primeros planes del programa de Planeación Local y PP de Medellín, siendo un referente para para los planes locales de las otras comunas de la ciudad.

El PDC de la Comuna 1, se sustenta en el enfoque *del* Desarrollo a Escala Humana, enfocándose en los sujetos como mecanismo de desarrollo, fomentando la participación en la planeación local, y en donde se privilegia las necesidades sentidas de las comunidades. Se definieron como ejes articuladores del proceso la promoción de la participación y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias.

El PDC tuvo una ruta de trabajo de siete fases entre 2005 y 2013: fase diagnóstica, fase de formulación, fase de divulgación, fase de gestión, fase de fortalecimiento del comité de gestión, fase articulada de proyectos estratégicos y fase de desarrollo.

El PDC definió como objetivo general mejorar la calidad de vida de los habitantes de la Comuna 1-Popular de Medellín mediante el desarrollo de programas y proyectos,

---

<sup>9</sup> **Junta de Acción Local (JAL):** corporación pública con atribuciones y funciones constitucionales, legales y normativas que representan políticamente a quienes habitan en los territorios (comunidades y corregimientos). Su finalidad está en promover la participación ciudadana, velar por el mejoramiento de los servicios públicos, proponer políticas públicas acordes a las necesidades del territorio, ser instancia de planeación y liderar procesos participativos para beneficio del desarrollo local.

<sup>10</sup> **Junta de Acción Comunal (JAC):** organización cívica, social y comunitaria de gestión social, sin ánimo de lucro con personería jurídica, integrada voluntariamente por los residentes del barrio quienes buscan unirse con fundamento en la democracia participativa y respaldado por la ley 743 de 2022.



fundamentado en la construcción social del hábitat y el mejoramiento de la actividad económica, los cuales deben estar enfocados a la articulación y fortalecimiento de las organizaciones sociales del territorio, en concertación y gestión permanente con entidades públicas y privadas, en el periodo comprendido entre 2015-2027.

Se definieron seis líneas estrategias, cada línea contiene varios componentes así:

- Político institucional: organizaciones sociales y comunitarias, la seguridad y convivencia, los medios de comunicación
- Sociocultural: salud y protección social, educación, deportes, recreación y actividad física, cultura
- Socioeconómica: empleo, ingresos, economía formal e informal, y formación para el empleo
- Físico-espacial: vivienda, equipamientos, espacio público, movilidad, servicios públicos domiciliarios y proyectos de ciudad
- Medioambiental: ecosistemas, espacio público, residuos sólidos, gestión del riesgo, educación, cultural, formación y participación ciudadana
- De gestión: administración municipal.

### **Plan comunal de Salud Comuna 1 Popular 2016**

*Convenio interadministrativo entre la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia*

Desde el Plan de Desarrollo local de la Comuna 1 se propuso, entre los programas e ideas de proyectos del componente de salud y protección social, un **Plan Comunal de Salud**, entendido como estudios de salud a la población que generen y ejecuten políticas preventivas. Fue priorizado dentro del programa de planeación local y presupuesto participativo y por su naturaleza comunitaria requirió la participación de los diferentes actores e institucionales para su construcción, respondiendo a las expectativas del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021) que invita a los estados a trabajar por el desarrollo de los pueblos con la participación de las comunidades.

---

Para la construcción del plan se utilizó la metodología “Pase a la equidad en salud” soportada en la resolución 1536 de 2015. Para realizar el ASIS comunitario se utilizó la metodología de Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP) de la OMS y OPS. Se realizaron 8 mesas de diálogo comunitario que respondieron a cada una de las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP (salud ambiental; convivencia social y salud mental; vida saludable y condiciones no transmisibles; seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; vida saludable y enfermedades transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; salud y ámbito laboral; gestión en salud de las poblaciones diferenciales y rectoría del sistema de salud), y otras ocho mesas de diálogo con población diferencial. Se realizó en tres momentos: el primero con la identificación de actores, convocatoria, movilización social; el segundo, de concertación comunitaria y formulación del Plan Comunal de Salud y el tercero de Apropiación Comunitaria del Plan Comunal de Salud, preparación y entrega de resultados finales.

Los referentes teóricos que direccionaron este Plan Comunal de Salud fueron: la salud como derecho fundamental (ley 1751 de 2015), los Determinantes Sociales de la Salud, y el enfoque de derechos, planteándose los enfoques con perspectiva de género, ciclo de vida y diferencial. Se apostó por un abordaje pedagógico constructivista, en donde las experiencias de vida de los participantes, conocimientos, saberes, percepciones fueron tenidos en cuenta. El Plan Comunal de Salud se estructuró con tres líneas operativas: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.

Las mesas de diálogo comunitario tuvieron tres objetivos: analizar la situación de salud de la comuna 1-Popular de Medellín desde las perspectivas y necesidades de las comunidades en cada dimensión y en cada grupo poblacional; priorizar tres tensiones en salud por cada dimensión o población diferencial; e identificar las posibles soluciones a dichas tensiones. El análisis de las mesas de dialogo se realizó a partir de entornos saludables: entorno-hogar, comunidad, institucional y otros entornos.

---

## **Anotaciones finales**

A través de éste recuento histórico, es posible evidenciar el proceso de configuración del territorio de Santo Domingo Savio, el cual ha sido resultado de determinaciones de orden global en donde el Estado ha tenido una gran responsabilidad en el surgimiento de éstos barrios periféricos urbanos, y a través de políticas neoliberales ha fomentado la desigualdad, la pobreza, marginalidad y vulnerabilidad social en la que han vivido, provocando informalidad, ilegalidad y criminalidad. Pero, al mismo tiempo se observa resistencias desde lo local, que han permitido en gran medida subsanar las falencias del Estado y buscar alternativas para mejorar sus condiciones de vida.

La territorialización, y por ende el territorio de Santo Domingo Savio, fue un proyecto de vida representado en el sueño de Doña Domitila Moreno, que encarna el deseo común entre los migrantes de tener un lugar propio donde habitar; no sólo entendiéndolo en términos de propiedad, sino también de apropiación y de significación, a través de las prácticas culturales, sociales, organizativas, y simbólicas, han ido definiendo una serie de entramados, que van configurando dinámicas en la vida cotidiana y en la interacción social, como se verá en el próximo capítulo.

## **Capítulo II. Geografías de la vida cotidiana en Santo Domingo Savio**

El término de “**vida cotidiana**” propuesto por la FS, es entendida como la realidad que se nos presenta de manera ordenada e interpretada por los hombres, con carácter intersubjetivo, en donde prevalece el sentido común y la actitud natural. De acuerdo con Berger y Luckmann (2008) la vida cotidiana está compuesta por una realidad que es objetiva y una realidad subjetiva. La realidad objetiva es la realidad externa, que tiene una historia que antecede al nacimiento del individuo y que existirá después de su muerte, esa realidad externa ha sido sujeto de objetivación a través de la producción y construcción humana, conteniendo instituciones y universos simbólicos, esa realidad objetiva hace referencia a la estructura social y al mundo social objetivado. Por su parte la realidad subjetiva hacer referencia a las vivencias, experiencias que tiene cada individuo frente la realidad externa, que configura su identidad. Basados en estos planteamientos, la vida cotidiana en Santo Domingo Savio tiene ambas realidades, la

---

realidad objetiva desarrollada en el capítulo I, y la realidad subjetiva que se desplegará en este apartado.

Desde una perspectiva fenomenológica, este capítulo expone, la manera cómo experimentan la vida cotidiana cinco personas —habitantes— del barrio Santo Domingo Savio, respondiendo al objetivo número dos de esta investigación. A partir de las entrevistas, se construyeron los relatos de cada participante, dando a conocer los entramados y las características de su vida cotidiana, abordando en mayor medida su realidad subjetiva. En los relatos también fue posible identificar elementos que constituyen ese mundo de la vida cotidiana como un mundo intersubjetivo y común en donde prima la interacción social.

Teniendo en cuenta lo anterior, el texto se organizó en dos apartados: el **territorio como espacio vivido**, donde se desarrollan las experiencias de vida cotidiana de los participantes, en ese contexto subjetivo de sentido, y luego en el apartado **prácticas de interacción social en el territorio**, donde se abordan todos los elementos que dan cuenta de las tipificaciones, objetivaciones, y pautas de interacción que emergieron en las entrevistas y recorridos territoriales con los participantes.

### **El territorio como espacio vivido**

Para dar cuenta de la vida cotidiana de los cinco participantes de ésta investigación, se decidió reconstruir y sintetizar su historia. Es importante mencionar que la experiencia de vida cotidiana de los participantes no solo hace referencia a las vivencias en temporalidad actual, sino que remite momentos y sucesos de la historia del pasado y del futuro. Luego de conocer las particularidades de cada habitante, se desarrollara un análisis de los elementos comunes entre las historias relatadas.

#### ***La historia de Luz Helena y su esposo Santiago***

Luz Helena y Santiago crecieron en el barrio Santo Domingo Savio. Ambos llegaron al barrio junto con sus padres y hermanos, cuando aún eran pequeños. Ellos vivenciaron todo el proceso de la consolidación de Santo Domingo, la autoconstrucción

de las casas, el desalojo y los abusos policiales, la organización comunitaria, las luchas, las resistencias y los progresos. Ambos fueron los primeros hijos en sus casas, razón por la cual, como hermanos mayores, tuvieron que asumir la labor de cocinar, cuidar a los hermanos menores, moler maíz, mientras los padres trabajaban.

Luz Helena estudió en el Liceo Santo Domingo sólo hasta tercero de primaria y Santiago estudio en el Colegio Antonio Derka hasta quinto de primaria. Para ese entonces los hijos hombres se salían de estudiar para buscar trabajo, mientras que, a muchas mujeres, como Luz Helena, la obligación en la casa les impedía continuar con el estudio.

**Entrevistador:** ¿estudiaste todo el bachillerato?

**Santiago:** No, ojalá. Estudié solo dos meses de 6to de bachillerato y me salí para irme a trabajar.

Luz Helena se fue varias veces de su casa siendo muy joven, aburrida del maltrato físico y psicológico que allí vivía. En esas “voladas” de su casa, tuvo sus dos primeros hijos con su primera pareja, pero aquel hombre nunca se hizo responsable. Cuando sus dos hijos ya estaban mayores, decidió irse definitivamente de su casa a vivir con una amiga en una habitación, y consiguió trabajo en un billar. Luz Helena siempre soñó con un hogar, y un verdadero padre para sus hijos.

Santiago, desde que se retiró del colegio, trabajo en construcción. Un día al terminar su jornada laboral, entró al billar donde trabajaba Luz Helena, y fue ahí en donde se conocieron. A partir de aquel día, Santiago se fue a vivir con Luz Helena, se ganó a sus hijos y juntos lucharon por un hogar. Desde entonces llevan 39 años juntos y 13 años de casados. Vivieron en varias casas arrendadas en el barrio, hasta que la madre de Luz Helena les dio la casa en donde actualmente viven, allí tuvieron tres hijos más.

Desde la perspectiva laboral, Luz Helena no sólo trabajó en aquel billar, también fue ama de casa, y durante 12 años se ubicó como empleada doméstica en casas familiares, donde tenía sus días fijos entre semana. En dichos trabajos nunca tuvo contratos formales, sólo le pagaban el día laborado. Por su parte, Santiago en la

construcción tuvo, en su mayoría, contratos de tipo obra/labor, aunque con algunos contratistas tuvo contratos a término fijo. Cuando no resultaba trabajo y la situación económica se ponía difícil, trabajaban los fines de semana vendiendo cigarrillos y agua, en zonas donde había eventos.

De los cinco hijos de Luz Helena, los dos mayores no estudiaron. Desde jóvenes empezaron a trabajar:

“Terminó 5to y se fue a trabajar. De 7 años se me volaba para la Mayoritaria y nos traía mercado y plata, y cuando nosotros íbamos a la plaza nos decían ‘ese niño es una belleza, es un ángel de Dios, no lo dejen aquí porque aquí se les va a dañar, es muy atento, muy cariñoso y respetuoso, no lo dejen aquí’”. Luz Helena.

Con los otros tres hijos, Luz Helena y Santiago hicieron todo el esfuerzo para que estudiaran. Los tres son bachilleres y han continuado estudiando técnicas y tecnologías en instituciones privadas:

“Mis hijos nunca tuvieron la posibilidad de estudiar como mucha gente de aquí del barrio, por becas o por eso del PP, nunca pudimos. Ellos estudiaron en los colegios públicos del barrio, pero la Universidad se pagó particular, con mucho sacrificio, pero se pagó”. Santiago.

Luz Helena se retiró de trabajar por afectaciones en su salud, así que se dedicó a las tareas del hogar. Montaron una pequeña tienda dentro de su casa que, aunque no se mueve mucho, algo de ingresos les genera, además gracias a su trabajo y a su ex patrón, logró comprar y organizar dos piezas junto a su casa para arrendarlas. Por decisión familiar Santiago dejó de trabajar, ya que el trabajo también le ha dejado secuelas en su salud general. Ninguno de los dos está pensionado, aunque tendrían la edad para serlo.

Actualmente Luz Helena y Santiago viven en una casa propia junto con sus dos hijos menores. Los ingresos del hogar están supeditados al aporte de los dos hijos que trabajan, la tienda y los arriendos de las dos piezas que tienen alquiladas. Los principales

gastos corresponden a los servicios públicos, la alimentación, y ahora que están organizando poco a poco su casa.

### ***La historia de Carmen***

Carmen nació en Fredonia. Llegó a Medellín cuando decidió casarse a los 24 años, ya que su esposo trabajaba en la ciudad. Previamente, su esposo había construido una casa en Santo Domingo Savio: *“compró una casita malita, feita. La mando a tumbar y construyo esta. Cuando yo llegué, llegué a estrenar, yo casi no salía, no había casi casas”*.

Desde que se casó, Carmen se dedicó a ser ama de casa, tuvo 2 hijos y 3 nietos. Ha vivido siempre ahí, en el mismo lugar. Actualmente vive sola, sus hijos se fueron de la casa cuando decidieron formar hogar, y ella se separó de su pareja hace más de 10 años. De la separación le quedó la casa, la cual ha ido organizando poco a poco a su gusto.

Debido a la separación, Carmen se quedó por fuera del servicio salud del cual era beneficiaria de su exesposo. Le tocó buscar empleo y obtener dinero para vivir y suplir sus necesidades básicas. Uno de sus hijos la impulsó a vender catálogos, llegó un momento donde vendía hasta 4 catálogos diferentes y le iba bien. También estuvo trabajando un tiempo en un granero los fines de semana, y cuando el granero cerró, una persona de gran corazón, le regaló una freidora y todos los insumos para que iniciará con la venta de comidas rápidas, desde eso Carmen trabaja vendiendo comida rápida en las noches dentro del barrio.

Carmen menciona que con lo que vende le da para vivir, paga los servicios públicos, el catastro y la alimentación, además de la ayuda de un hijo, que es el que está más pendiente de ella. Carmen en este momento no paga salud, ni tampoco pensión, y no es beneficiaria de ningún beneficio del Estado.

En sus tiempos libres va a la iglesia, compra las cosas para surtir su negocio, visita al hijo y sus nietos. Aunque reconoce e identifica varias actividades comunitarias en el

barrio, como el grupo de adultos mayores, y la junta de acción comunal, ella no participa de ninguna de estas.

### ***La historia de Eugenia***

Eugenia Nació en Angostura en una familia numerosa, Llegó a Medellín junto con sus padres y sus hermanos, porque a su padre le habían dicho que en las ciudades había mejores condiciones para vivir y trabajar. Llegaron a la zona Nororiental, a una casa en Santo Domingo. Cuenta que para ese momento el barrio ya estaba muy ocupado, pero las calles aún permanecían sin pavimentar. Eugenia estudió en un colegio de religiosas ubicado en la Comuna, tanto la primaria como el bachillerato. Al terminar el bachillerato se fue a vivir con su pareja al barrio La Esperanza, al que vio poblar y el cual también fue considerado como un barrio subnormal.

“Nos toco fue el proceso de la energía. La energía llegaba hasta Santo Domingo, y para la Esperanza era puro contrabando de aquí para arriba cogiendo la luz, horrible. Las calles también para acá para arriba era puros senderos, sólo había tres casas arriba en la esperanza cuando nosotros llegamos, entonces a nosotros nos tocó ver poblar todo el barrio La Esperanza”.

Eugenia es cofundadora de una Corporación dedicada al reciclaje, que tiene una estación de aprovechamiento y clasificación de materiales en el barrio Santo Domingo Savio, es allí donde Eugenia trabaja diariamente y de donde recibe un pago mensual del excedente de la comercialización del material. Las personas que trabajan en la Corporación son en total siete, dos de ellos hijos, que tienen un contrato por prestación de servicios, y los otros se les paga por horas a través de bonificación. Eugenia paga seguridad social —salud y pensión— de manera independiente. La Corporación ha motivado y ha brindado la oportunidad de que varias personas estudien, Eugenia estudió una Tecnología en Gestión Ambiental en el Sena hace menos de 5 años.

Eugenia vive actualmente con sus dos hijos en una casa propia en el barrio La Esperanza. Para el momento de la entrevista uno de ellos estaba trabajando y el otro estaba desempleado. Ella se separó del padre de sus hijos, pero aun así mantiene una



buena relación con él. Los tres aportan al hogar, los principales gastos corresponden a los servicios públicos y alimentación. Eugenia participa de un club de vida para adultos mayores, ha trabajado con la junta de acción comunal en los comités de medio ambiente. No recibe, ni ha recibido, ningún subsidio por parte del Estado.

### ***La historia de Fabio***

Fabio nació en Salgar en una familia también numerosa. Llegaron a Medellín porque uno de los hermanos, que fue el primer bachiller de la familia, deseaba seguir estudiando, entonces la única posibilidad era la Universidad de Antioquia que era pública ubicada en Medellín. Recién llegados vivieron de arrimados en un barrio al occidente de Medellín, pero la situación económica no les permitía quedarse allá. Su padre buscó por la zona Nororiental y llegaron a pagar arriendo en varias casas muy deterioradas de Santo Domingo Savio, hasta que al papá le resultó un negocio para comprar una casa en el sector de la Esperanza, la compró y la fue organizando a través de préstamos.

Fabio vivió todos los procesos de invasión, poblamiento y consolidación del barrio:

“La gente por aquí fue muy humilde, aquí no se puede decir que vino gente con dinero e hizo una casa de material de una vez. Normalmente traían las ganas de tener una vivienda, y se iban para el monte por allá cerca a Guarne o al parque ARVI y traían madera. Mucha gente construyó las casas trayendo 3 o 4 palos diarios, e iban y venían, los techos eran de fieltro, las paredes de madera, muchas de las casas, cuando se comenzaron, como no había servicios públicos, toco hacer letrinas, y e ir por agua por donde había nacimientos”.

Fabio empezó a trabajar desde muy pequeño, incluso contó cómo se ganó su primer peso:

“Por acá había nacimientos cercanos, de hecho, yo de niño me gane algún dinero llevando agua a quien lo necesitará y me pagaban con monedas, centavos... De hecho, recuerdo cuando me gané mi primer peso, yo hice un trabajo y luego vendí

---

unos plátanos y reuní un peso, y me pareció mucha gracia en ese momento, comprar una coca cola, ¡una coca cola para mí solo!, una hazaña.

El dinero, que en aquel tiempo recogió, lo llevaba a casa, y como había empezado a estudiar lo utilizaba para comprar cuadernos, porque nadie se los daba.

Incluso vivió también el proceso del alcantarillado artesanal que fue realizado en el barrio. Ese acontecimiento, así como muchos, que se dieron en el barrio con el apoyo colectivo de las personas, sacaban las mejores cualidades de la vida en comunidad, como la solidaridad y la fraternidad. “Nosotros llegamos a tener un tanque de 3 metros cúbicos para almacenar agua, entonces cuando ya en otras viviendas no tenían agua nosotros compartíamos”.

Fabio relata que cuando surgieron las pandillas y grupos armados en Santo Domingo, llegó un momento que tuvo que irse del barrio, porque lo mantenían acosado para que se uniera a estos grupos, pero él siempre se mantuvo en que no, rotundo, y esa decisión hizo que recibiera amenazas incluso de muerte: “me fui para el ejército paradójicamente a portar un arma, porque me iban a matar, entonces me presenté y me llevaron inmediatamente, me iban a matar aquí en Santo Domingo”.

Fabio también vivió la época de violencia exacerbada por el narcotráfico, la guerra entre Pablo Escobar y el Estado, que según cuenta no sólo era vivida en el barrio sino en toda la ciudad. Esta situación generó dinámicas de vida en el territorio asociados al control de los horarios de tránsito, los espacios de esparcimiento, las fronteras, generando ambiente de pánico, incertidumbre y dolor.

“No se le respondía por la vida a nadie, creo que después de las 9p.m., a nadie si estaba fuera de la casa, incluso en el balcón, o sea no estábamos seguros ni en el balcón de la casa y cuando había tiroteos no estábamos ni seguros en la casa porque las balas entraban por las ventanas, puertas, techos, y eso dejó víctimas también.”

---

Fabio ha trabajado, principalmente, en la construcción. Desde los 13 años se iba con sus hermanos a ayudarles a mover tierra, a arrimar adobes, a hacer banqueros o a traer arena. Para el año 2000 dejó de trabajar en la construcción, porque se puso muy difícil ubicarse, entonces trabajó en otras áreas como confecciones, en laboratorios de química cosmética o en talleres de mecánica industrial. “Yo en esos trabajos no me gané más del mínimo, yo a la construcción le debo mi casa”. Fabio, durante toda su vida laboral ha tenido múltiples tipos contratos, nunca ha tenido un trabajo con contrato a término indefinido, en su mayoría han sido por labor contratada y a término fijo, con ello tuvo contratistas que le pagaban su seguridad social, en especial cuando tenía contratos a término fijo, pero bajo la otra modalidad los contratistas no se la pagaban. Hace pocos años retomo nuevamente el trabajo de la construcción, bajo modalidad de obra/labor. Para el momento de la entrevista llevaba quince días sin trabajar, no le había resultado ninguna obra.

Fabio se casó, se separó y se divorció, de esa relación tiene 2 hijos. Ambos hijos se encuentran estudiando una carrera profesional, ambos becados. El hijo inicio la carrera, pero tuvo que suspenderla al sumir el rol de padre. La hija estudia actualmente en una universidad privada de la ciudad bajo la beca de ser “pilo paga”, y cuando puede le aporta económicamente.

Aunque Fabio tiene su propia casa en el barrio actualmente no vive allí, la tiene arrendada. Está viviendo en la casa de su actual pareja (que es propia) con un hijo de ella. Los tres aportan al sustento del hogar, los gastos son básicos: comida, servicios públicos e impuestos, pasajes, si requieren ropa o algún medicamento. En los tiempos libres (“si hay tiempo, porque para mí el dinero no es esencial para salir”) hacen caminatas, van al jardín botánico, al parque explora, los fines de semana lo pasan en casa la mayoría de las veces, porque Fabio ha tenido problemas con el alcohol.

### ***La historia de Héctor***

Héctor es de Cali, llegó a Medellín buscando una nueva oportunidad con su esposa, con quien llevaba muchos años separado. Esa intención se convirtió en una realidad, y a hoy vive con su esposa en una casa del barrio Santo Domingo que le fue

heredada a ella y la cual han ido organizando poco a poco. Cuando Héctor llegó al barrio todavía se vivían las secuelas de la violencia (desmovilizados, combos), pero “se veía una cultura de cambio”.

Héctor estudió en Cali una técnica de mercadeo y ventas, actualmente está cursando el último semestre del pregrado en comunicación social y periodismo, el cual realizó gracias a un convenio que le homologa el 50% del programa. Héctor ha trabajado más de 5 años con contratos de prestación de servicios, donde le pagan por producto entregado, sin embargo, el valor pactado por cada producto sigue siendo el mismo de hace 4 años. Cuando ha estado bajito de plata se rebusca, y principalmente se dedica a las ventas, ventas por internet, ventas de productos.

Tanto él como su esposa trabajan y aportan económicamente para su hogar, sus principales gastos están enfocados en alimentación, servicios públicos, y vestuario. En los tiempos libres salen a pasear por el pinal para arriba donde hay mucho campo, van a los parques, o hay domingos que no quieren salir, y comparten mucho en familia.

### **Análisis de elementos comunes en sus vidas cotidianas**

En los relatos de los participantes es posible identificar varios elementos que han sido comunes en sus vidas cotidianas, aspectos del trabajo, de las oportunidades de educación, las experiencias con la violencia y asuntos de género e identidad. Con relación al **trabajo**, los participantes son muestra de que la mayoría de los habitantes de zonas periurbanas, como Santo Domingo Savio, fueron absorbidos por el trabajo informal, caracterizado por trabajos con pocas garantías, sin estabilidad, con remuneraciones injustas, explotación laboral, desprovistos de protección al trabajador, con constante exposición a riesgos, prolongadas jornadas laborales, que todo en conjunto, genera consecuencias directas en la salud. El trabajo informal tiene tiempos de latencia y de inactividad, en los cuales los compromisos y necesidades no dan esperanzas y deben echar mano de otras actividades, comúnmente llamado “rebusque”; se ayudan haciendo ventas, domicilios y mandados. Y cómo si fuera poco, el trabajo informal además genera desprotección en la vejez y la imposibilidad de acceder a una pensión, como consecuencia encontramos en Santo Domingo a adultos mayores con muchas

limitaciones económicas, que afectan directamente en su alimentación, y que deben trabajar para su manutención. Sin embargo, ante estas adversidades nos topamos con habitantes del barrio pujantes, valientes, trabajadores, que proponen alternativas como adecuar una tienda en su casa, vender catálogos, arrendar piezas, trabajar en zonas de eventos; esto rompe con la creencia que tienen las personas que han vivido desde el privilegio, que las personas que viven en las periferias no les gusta trabajar, o que quieren todo regalado, o que esperan que el gobierno les dé; éstas han sido tipificaciones que se han creado que no siempre representan la realidad.

Con relación a la **educación** de los participantes, quienes dejaron inconclusa la primaria, secundaria e incluso la educación superior, se identificó que fue como consecuencia de sus necesidades económicas, que los ha presionado a trabajar, siendo la maternidad o paternidad una de las principales razones.

“Mi hijo comenzó becado en la Universidad de Antioquia, pero al ponerse a tener un hijo, le tocaba ponerse a trabajar y mermarle a las materias y ya eso retrasaba, hasta que tuvo que suspender la carrera”. Fabio.

Es importante anotar que, desde el ámbito de la educación, se encuentran diferencias entre de género y entre generaciones; las primeras generaciones que habitaron el territorio, que son las personas que a hoy tienen de 58 años en adelante, son las que en mayor proporción desertaron en su estudio, principalmente porque para su momento no había limitaciones en edad para trabajar, ni pedían un mínimo de formación en los trabajos, así que desde muy joven se podían a trabajar. Esto cambia cuando se comienza a poner límites de edad para contratar en las empresas, contratando solo a personas con mayoría de edad (18 años), lo cual impactó mucho a las siguientes generaciones, aunque seguía estando el espacio de la informalidad y para su momento se sumaba el espacio de la ilegalidad, que también reclutó a muchas personas, y que sigue estando presente en la actualidad:

“Tenía 14 años (hace 4 años maso menos). Los amigos me lo hicieron salir hasta del estudio, que para que trabajara con ellos, y el peladito con ganas de ganar plata, porque la mamá no es que haya sido buena mamá.” Carmen.

---

Respecto a las diferencias de género, mientras los hombres se insertaban en actividades productivas, las mujeres estaban destinadas a estar en sus casas, cumpliendo con las labores del hogar. Esto se ha reproducido generación tras generación, sin embargo, a hoy encontramos mujeres que han roto con ese esquema, como es el caso de Nieves, que cuando tuvo sus hijos dejó inconcluso el bachillerato, pero luego, siendo madre soltera, buscó la manera de terminar y graduarse como bachiller. Su edad no ha sido un límite para seguirse formando y ser hoy técnica en salud pública, así como Eugenia que es técnica en gestión ambiental. “No, es que la tecnología apenas la terminé hace 5 años. La tecnología yo la terminé ya viejita... nos dedicamos a estudiar las personas que estábamos por acá, manejo ambiental, en el SENA”. Y la hija de Fabio, que pertenece a la generación actual, por sus méritos académicos ha sido beneficiada de una beca para estudiar una carrera profesional en la universidad que ella escogiera:

“Mi hija salió becada, para ser pilo paga. Ella se ganó cuatro becas, pero solo podía disponer de una, y escogió la universidad Eafit, psicología, es de las primeras carreras que abre Eafit, porque Eafit es de administración. Ya está por terminar, becada, ha sostenido la beca todos estos años”.

Indiscutiblemente a hoy, existen mayores oportunidades y facilidades en la educación, pero siguen existiendo barreras, limitantes de orden social, económico y cultural que hace que siga presente la deserción escolar como una problemática en el territorio.

Por otro lado, las diferentes **situaciones y expresiones de violencia** en el territorio marcaron las experiencias de vida cotidiana de todos los habitantes. El control del territorio estaba representando a través de actos de violencia que infundían miedo en la población; limitando las prácticas cotidianas como transitar con tranquilidad por ciertas zonas, en ciertos horarios y la libertad de opinar, generando sensación de inseguridad hasta en su propia casa. El territorio está tan controlado, que hay quienes deciden quien se queda y quien se van del territorio:

---

“Cuando regrese del ejército, estaba en su apogeo la guerra de Pablo Escobar contra el estado, el estado contra Pablo Escobar, bombas aquí y bombas allá, nadie podía salir después de determinada hora de la noche, eso era en todo en Medellín, no se le respondía por la vida a nadie, creo que después de las 9p.m, a nadie si estaba fuera de la casa, incluso en el balcón, o sea no estábamos seguros ni en el balcón de la casa y cuando habían tiroteos no estábamos ni seguros en la casa porque las balas entraban por las ventanas, puertas, techos, y eso dejó víctimas también (...) porque este barrio lo llegaron a secuestrar, de decir los dueños de una pandilla dijeron nadie trabaja, o sea que hay paro de buses y el que este transportando le quemamos el carro. Eso lo hacían los grupos al margen de la ley. Llegaron a hacer algo tan sin sentido que dijeron no se recoge basura, si suben a recogerla entonces quemamos el carro de la basura, entonces les toco mandar una volqueta escoltada con dos policías motorizados a recoger basura. (...) Comenzaron las fronteras, usted es de allí, no se pase para acá, incluso hubo un símbolo, unos tenis colgados en un alambre, no se pasen para allá, hasta ahí llegan, eso tiene su historia, de pronto cayo mucha gente que no tenía que ver nada con las pandillas” Fabio.

“A ellos los hicieron ir de la casa, (en voz baja) la lengua hace muchas cosas. Uno de mis hermanos vio que estaban atracando... que estaban golpeando a una persona, entonces se puso a defenderlo a decir que, porque le estaban haciendo eso, entonces los amenazaron, fueron hasta la casa con pistolas, mejor dicho, eso fue hace más de 10 años, entonces problemas, problemas, entonces los hicieron ir a todos y yo viviendo por aquí”. Santiago.

La pobreza, la falta de oportunidades y de educación en el territorio, incito a más de uno a unirse a grupos para cometer actos criminales, violentos e ilegales:

“Mucha, mucha violencia, eso era capaz de matar a un muchacho por quitarle unos tenis, una gorra, una chaqueta, eso era muy horrible.” Cristina.

“Llego un momento en que ni siquiera había respeto por la vida” yo me tuve que ir...me iban a matar aquí en Santo Domingo.” Fabio.

---

El mismo control que existía en el territorio presionó para que las personas fueran indiferentes y naturalizaran los hechos violentos con el fin de evitar problemas, generando una dialéctica entre decisiones e imposiciones:

“Me tocó ver matar a muchos, pero cierre ojos y boca. Yo hay mismo me entraba, no pasó nada ni nada, nunca me llamaron a un reclamo, nunca me dijeron, Carmen usted dijo esto, vio esto, no, gracias a nuestro señor no”. Carmen.

De esa manera la violencia se convirtió en un mecanismo validado para solucionar problemas “con ellos podía conversar y les podía contar mis cosas, una vez me dijeron le damos el paseo a su padrastro y le dije no, no así no es.” Luz.

Para la mayoría de los participantes, uno de los hechos que contribuyó a la disminución de la violencia y los actos criminales en el territorio fue la llegada del Metrocable, el cual dispuso de espacios de interacción social seguros, en los que hacen presencia personal de vigilancia. Esta obra generó la migración de las personas integrantes de las bandas a zonas más recónditas, donde todavía existe la ilegalidad, la informalidad, la criminalidad, pero menos visible.

“Yo creo que este barrio Santo Domingo se empezó a calmar, luego de que pusieron la primera piedra del Metro Cable, yo sí recuerdo eso. Después de que se puso la primera piedra, que la puso Luis Pérez, que él fue el que inicio el Metro Cable, esa misma semana, vinieron unos grupos a sacar los muchachos que supuestamente eran de las pandillas, y digo supuestamente, porque uno no llega con una lista y ya sabe el prontuario de alguien, y comienza una matazón. En construcción, ya habían comprado muchas viviendas, ya habían demolido muchas viviendas, pero faltaba que viniera el alcalde, con la primera piedra, para lo que va a hacer un proyecto muy grande en Medellín, el segundo más grande después del Metro, y comenzaron a limpiar el barrio, y de ahí para acá, cesaron esos tiroteos que eran esos tiroteos de 6, 8, 10 horas. Conocí uno que inició, recuerdo porque fue en el sector por donde yo vivo, que inicio a la 1:20 a.m. y a las 11:30 a.m. vino a calmarse porque subió el ejército.” David.



---

“El barrio progresó después de que llegó el Metro Cable, porque él uno se murió, él otro está en la cárcel, él otro se fue y no se volvió a saber, y vino la paz, desde eso es que en ese barrio usted no oye decir que mataron uno en la capilla, uno en carevieja, que mataron a otro por la terminal, que no que aquí en el plan de la candelaria.” Cristina.

**Eugenia:** a veces dice la gente que, con la construcción del Metro Cable, y sí influyó mucho, pero yo pienso que ahí ya se venían dando unos diálogos, y unas conversaciones por otro lado, incluso lo que paso fue que coincidieron las dos cosas.

**Entrevistador:** ¿esos diálogos lo hacían la misma gente del barrio?

**Eugenia:** no, eso fue a nivel nacional que se dio el primer cuento de eso de desarme, y también ya había muerto Pablo Escobar, entonces ya la otra gente, los más fuertes ya caídos.

Actualmente los participantes mencionan que el territorio ha cambiado respecto a los hechos violentos e inseguridad, comparado con lo que fue. En este momento, se sienten seguros, no les da miedo salir de sus casas en la noche, o llegar tarde, no hay limitaciones en sus prácticas cotidianas. Sin embargo, eso no quiere decir que no haya control del territorio, sigue estando presente, en términos de vigilancia, de vacunas, y enfocado en el microtráfico y al control de plazas de vicio.

“Sí, al menos por aquí sí, por este lado por aquí es elegante, el barrio bien, todavía siguen cosas, pero ha cambiado mucho a lo que era.” Luz.

“Hay mucha calma en el barrio, aquí no se volvió a ver que un carro atracado, que le quitaron a julano tal, que usted vino de forastera y que con un celular en la mano y que ¡pum! y se voló, todo eso se acabó.” Cristina.

“Sí, yo ahorita me siento segura, soy capaz de salir de noche, subirme a la 1 a.m. y no me da miedo, el servicio de transporte ha mejorado mucho.” Eugenia.

---

Con relación a los **asuntos de género e identidad**, en las entrevistas con las mujeres participantes, emergieron asuntos como la reproducción de patrones culturales patriarcales y machistas, violencias basadas en género y desigualdades de género.

La desigualdad de género fue uno de los hallazgos más repetitivos. Se encontró como un hecho común que los hombres abandonen el hogar y no cumplen con el rol de padres responsables, en su mayoría no responden ni material ni simbólicamente por sus hijos, dejando toda la responsabilidad a cargo de la mujer, siendo ellas las que se ven obligadas a trabajar para sacar adelante y “levantar” a sus hijos:

“Mi esposo me dejó con los cuatro hijos mayores del matrimonio que eran seguiditos, entonces me quedó la niña de un año, el niño de 2 años, el otro de 3 años y el otro de 4 años, me quedaron a mi para mantenerlos, porque él nunca me dio ni una libra de panela, esa fue otra cosa, entonces me toco empezar a trabajar” Nieves.

“Él económicamente no me sirvió para nada, nada es nada, y no le dio lo más lindo que es cariño a los hijos, porque el amor no se compra, el amor se da y se gana, entonces los hijos míos nunca supieron que era una caricia del papá, pero ellos sabían, porque yo les metí a la cabeza él es su papá, él era de aquí del barrio, igual lo veíamos.” Luz.

Antes era muy común la creencia que la tenencia de hijos con la pareja era una manera de “amarrar” a los hombres para que no se fueran del hogar, sin embargo, esa creencia en el territorio ha perdido validez, ya que los hombres han abandonado a las mujeres aun así haya hijos de por medio; es una cuestión cultural que ha sido naturalizada, así como la infidelidad y la poligamia. “Él tuvo muchos hijos regados. De dos mujeres que haya vivido con ellas, conmigo y con la que yo le digo, pero ella creía que tener y tener hijos era para amarrarlo, tuvieron 5 hijos.” Luz.

Por otro lado, históricamente a la mujer se le ha encargado el cuidado, tanto de los hijos, los hermanos, como del hogar, incluyendo también tareas de la casa, siendo un patrón que se ha reproducido generación tras generación. “Yo, desde niña, crie a mis

hermanos. Si no había comida, yo tenía que resolver alguna cosita para los niños, lo que había en mi casa era para los niños pequeños, y a mi padrastro porque vaya y no le dejara. Y lo mejor era para él.” Luz.

En algunos casos, el cuidado del hogar y los hijos de alguna manera han limitado a las mujeres para hacer otro tipo de actividades como estudiar y trabajar: “yo no estudié, yo le cogí pereza al estudio, no porque no me dieron estudio, sino porque yo me tenía que levantar a las 3 de la mañana a despachar a mi padrastro para el trabajo y a mis hermanos para la escuela” Luz. Sin embargo, actualmente encontramos casos de mujeres que cumplen con múltiples tareas, trabajan, estudian, y al mismo tiempo están a cargo del hogar.

Las violencias basadas en género pueden tomar muchas formas, física, sexual, psicológica y económica. En la información recogida aparecieron casos de violencia basadas en género de tipo psicológica, física y sexual, como fue el caso de la amiga de Carmen, que quería dejar de trabajar en empleos indeseables, y buscó un marido como refugio, como estabilidad económica, pero, lastimosamente, debido a su vulnerabilidad fue lábil al sometimiento de un hombre que la manipulaba para dar gusto a sus condiciones y sus deseos:

“Ella se consiguió una persona. El muchacho era un cerrajero, pero él le dijo que la recibía con la niña, pero con el niño no. Ella tenía una niña de año y medio, entonces él dijo la recibo y nos vamos a vivir juntos, pero ella no lo quería, era un tipo feísimo, ella estaba ahí porque quería salirse de eso (trabajos nocturnos y en bares). Le dijo que la señora que le cuida el niño que se lo siga cuidando, entonces yo le dije a ella, usted sabe por qué le reciben la niña, porque a la niña se la puede comer, ¡así le dije! y ella me puso la mano en la boca, y me dijo no me diga eso, porque de todo lo que usted me dice me sale así, recuerde que usted es como mi mamá, lo que usted me dice me sale como si fuera una maldición, no me diga eso.” Carmen.

También emergió en un relato, de un caso de abuso sexual infantil, en las inmediaciones del hogar, por parte de un integrante de la familia, quien más de una vez

se aprovechaba de ciertas situaciones, para someter a la niña a actos en contra de su voluntad. Y en otro relato, aparece la violencia física por parte de la pareja: “Yo fui una esposa maltratada, bastante, bastante. A mí me pegaban porque sí y porque no (risa nerviosa), entonces yo fui una esposa muy maltratada”.

### **Procesos de interacción social en el territorio**

Como el mundo de la vida cotidiana también es un mundo compartido e intersubjetivo, las prácticas de interacción social juegan un papel fundamental para la legitimación de objetivaciones, tipificaciones y pautas que también configuran esa vida cotidiana de los habitantes del territorio. Tal como lo dice Berger & Luckmann (1967) “la realidad de la vida cotidiana se reafirma constantemente en la interacción del individuo con los otros.”

En la información recolectada con los participantes, encontramos entre las prácticas de interacción social que configuran la trama de la vida cotidiana: formas de organización política y social, elementos del relacionamiento y patrones culturales, a continuación se describirá cada una.

**Formas de organización política y social:** Las personas que residen en Santo Domingo Savio desde su fundación, que nacieron o que llegaron al territorio en su proceso de consolidación, son personas con muchas costumbres heredadas de la vida en el campo: solidarias, fraternas, siempre con la disposición para ayudar a otros, además de aguerridos, pujantes; muchos de esos valores fueron cultivados en las primeras formas de organización social en el territorio, llamados convites, que era la juntanza de varios habitantes con el objetivo de mejorar las condiciones del barrio. De esas experiencias nacieron diferentes formas de organización social y política que actualmente permanecen en el barrio, y también los roles de líderes. Desde un inicio hasta la actualidad esas formas de organización son las que han permitido la comunicación con la administración municipal y la demanda de servicios.

“Para hacer la iglesia, hacían un convite y la gente se iba, cuando iba a arreglar una calle, abrieron las calles, y luego no se quien, regaban gravilla, y uno de esa

---

misma gravilla, como regaban piedras muy grandes, uno recogía de esas piedras para uno construir.” Luz.

“Un día, me dijo: vos sos una líder, vos tenés cara de una líder, ponete a trabajar por este barrio para que lo mejorés, y le dije yo, oiga padre, nosotros estamos peleando porque nosotros necesitamos agua y luz, nosotros estamos muy organizados, se va a nombrar una acción comunal, que se va a hacer esto y aquello, y a ver, vámonos, hagamos una caminada, vámonos con las personas que quieran. Se hicieron manifestaciones, llevábamos las ollas, las tapas, les hacíamos bulla de que necesitábamos el agua y la luz, porque había unos transformadores, entonces si un transformador de esos se estallaba no había ni un bombillito, eso era una cosa horrible, un sufrimiento.” Cristina.

“La junta de acción comunal veía la necesidad de un sector, entonces ya esa necesidad se pasaba a las secretarías y a los lugares que era de eso, entonces ya ellos venían y miraban qué lo que les estaba diciendo un grupo de líderes, era verdad.” Eugenia.

Incluso, actualmente, además de las formas de participación institucionales, llámese las juntas de acción comunal y local, en el territorio también hay muchas otras formas de participación y de encuentro como organizaciones de jóvenes, de mujeres, de adultos mayores, de religiones, que han sido motivadas por deseos genuinos de la gente. Es el caso de la fundación Trash ART, la huerta comunitaria, escuelas de deportes, entre otros, que buscan ofrecer actividades para la comunidad, para la recreación en los tiempos libres.

“Ahora en la pandemia tuvimos un grupo que hacía almuercito y se les daba a personas muy necesitadas de los alrededores, maso menos a 25 personas. (...) Hicimos comités de mujeres, yo lo manejé muchos años, y luego se le entregué a una muchacha, y ella lo tiene todavía. En ese grupo de mujeres hicimos una huerta que produce cebolla, cilantro, tomate, zanahoria... ella es quien tiene allá la casa y el terreno lo pone a disponibilidad de las mujeres y del grupo. Nosotros en ese

grupo tenemos evangelización, varias actividades con los viejitos, jugamos un bingo, cosas así sociales” Cristina, recorrido territorial.

“Hubo un cura, un párroco que, en los cumpleaños del barrio, convocaba a la comunidad que hiciéramos un sancocho colectivo, por familias, cuántos son y yo les aporto para que hagan un sancocho en el barrio, con leña, eso se hace y se ha venido haciendo los 20 de julio, que tomaron como fecha la fundación del barrio, el barrio cumple años el 20 de julio.” Fabio.

Lo anterior siendo una alternativa para la situación mencionado por la mayoría de los participantes, que coincidieron que **los espacios de encuentro, de interacción social** en el territorio son mínimos, están los espacios públicos, la calle del comercio, las canchas, los alrededores del Metro, la zona del mirador de la Candelaria y en algún momento estuvo la biblioteca que lleva ya varios años cerrada.

“Espacios de recreación ha habido muy pocos y siempre han sido insuficientes, incluso con la biblioteca hubo ludoteca y fue insuficiente. Aquí hubo dos parques para los niños, dos parques muy pequeños, muy mal tenidos la mayoría de las veces, este que llamamos el parque del mirador, tiene dos columpios, una esfera y un tobogán de metal, totalmente obsoletos, no tiene más, no tiene absolutamente nada más. Aquí no hay espacio adecuado para montar en bicicleta, montar en patines, afortunadamente algunos muchachos que aprender a montar en patines utilizan la parte de abajo del Metro cable. No hay un gimnasio adecuado al aire libre, adecuado que se diga que uno pueda hacer bastantes ejercicios, no lo hay, espacios de recreación no los hay. No hay un cine cercano, la biblioteca lo tuvo, un auditorio donde nos proyectaban película los sábados o los domingos, y nos daban conciertos, nos daban teatro.” Fabio.

Respecto al **relacionamiento**, para muchos de los participantes, los vecinos conforman una red de apoyo importante al momento de tener alguna dificultad, donde se reflejan esos valores que antes mencionamos, de solidaridad y fraternidad. En el *boom* de la violencia en la inseguridad en el barrio, ese relacionamiento se vio afectado por la falta de confianza, el miedo que sobresalía en esa época. También algunos mencionaron

que, por ser un territorio tan sobrepoblado, lo asimilan a un pueblo, en donde todo se sabe, y en donde corren los chismes, cosa que para muchos no ha sido de total agrado.

“Yo trato con todo el mundo y en lo que pueda servir, sirvo, todo el mundo por aquí, Carmen tal cosa, tal otra... y una cosa sí tengo que decir y es que por aquí todo el mundo es muy pendiente de mí. Dios le ha de pagar a todos ellos, como saben que vivo sola, si llevan varios días sin verme, incluso han venido a tocarme la puerta para preguntar por mí... yo la he ido muy bien por aquí con todo el mundo, hasta quizás con esos maleantes, perdone la expresión, con ellos el saludo, no me metía en nada. Sí, la relación con los vecinos ha sido y es muy buena (voz baja) menos con la señora de aquí del lado (risas), porque a mí no me gustan los chismes, y se ha vuelto costumbre que esa señora hable de mí, diciendo cosas que no son ciertas.” Carmen.

“Viví 22 años con mi esposa cerca al puesto de salud, fue muy buena la relación con los vecinos, y desde que llegamos al barrio, ha sido también buena, yo no he tenido problemas de vecindad no, he tenido problemas porque algunos pandilleros han tratado de que me una a alguna pandilla, y yo siempre he querido que me dejen a parte de los conflictos, entonces me ha tocado irme, no más, pero con los vecinos nunca he tenido problemas.” Fabio

“Anteriormente era más bonito, antes de la violencia, si usted tiene comida yo tengo, si yo tengo un arroz lo parto a la mitad y usted come, pero cuando nosotros nos fuimos para Buenos Aires, y volvimos, a mí no me gusto, ya no era lo mismo, cada uno en su casa, pero igual si uno necesita ahí están.” Luz.

Aunque también mencionaron que no falta el vecino conflictivo, además de uno que otro problema de tolerancia, más que todo asociado a prácticas que afectan la vida en sociedad, como las fiestas nocturnas que van hasta el amanecer afectando el descanso de los vecinos, y como lo dice un participante: “por aquí entre más grande sea el baffle más les gusta. Un domingo es muy común que en todas las casas se esté escuchando música a alto volumen”. Socorro, recorrido territorial. Y cuando han tenido

algún problema de esta índole, mencionaron tener dos alternativas, uno llamar a la policía del sector o dos, acuden a los “muchachos” que vigilan el territorio.

**Patrones culturales:** Cabe mencionar que, en ámbitos de pobreza, de poca educación, y de poco acompañamiento, los niños, adolescentes e incluso los adultos son presa fácil, a **prácticas relacionadas con la ilegalidad y delincuencia**

“Hasta el muchacho que está en la esquina y no tiene nada que hacer y le ofrecen unos cuantos pesos por cuidar la esquina, porque nadie pase para acá, que le avise si viene la policía, o sea aprovechar la problemática, la pobreza, la persona que no pudo estudiar, meterle en la cabeza que no hace falta estudiar, cambiarle la mentalidad, o sea no progreses que no necesitas, o decirle a la chica tu eres muy linda para qué vas a estudiar, para qué vas a echar para adelante, si la plata está hecha. Cambiar esa mentalidad eso fue uno de los daños que nos hizo el narcotráfico en su momento, una sociedad destruida, una sociedad pobre, una sociedad con hambre es vulnerable, es fácil de convencer, algo así tiene el campesino, el campesino saca su cosecha y le ofrecen lo que les da la gana y llega alguien y le dice: hombre, usted gana mejor portando un fusil, y le trabaja por ese lado, entonces se aprovechan de eso”. Fabio.

Los procesos de violencia y de inseguridad que se han vivido en el territorio ha generado cierta **estigmatización**, que aunque ha cambiado a través de los años gracias al reconocimiento de acciones comunitarias y colectivas que han demostrado que en el territorio hay otras identidades- territorialidades de esperanza, todavía hay muchas personas de otras comunas, que tienen desde su imaginario que los barrios ubicados en la periferia son peligrosos e inseguros.

“En el 2008 que yo llegué, cualquier persona del barrio pasaba una hoja de vida a una empresa y le negaban el empleo, entonces muchas personas utilizaban direcciones de otros sectores de la ciudad para poder pasar una hoja de vida y nunca decir que eran de aquí, pero con el paso de tiempo esas dinámicas han cambiado, no solo el tema de infraestructura, sino el tema de presupuesto participativo que le apostó duro a la educación superior. Eso ha cambiado la



percepción, usted ya puede decir que es de Santo Domingo y no es problema, y mucha gente que viene del centro, del poblado, de la academia, fueron descubriendo que aquí no todo era violencia, que no todo era malo, que hay gente calidosa aquí". Héctor.

Desde el surgimiento del barrio han existido múltiples violaciones a los derechos de los habitantes de Santo Domingo Savio, lo que llevo a que los habitantes se instruyeran y **utilizarán estrategias asociadas a la protesta social**, lo cual se ha reproducido generación, tras generación y sigue siendo un mecanismo para llamar la atención de la administración municipal cuando han sido echados al olvido.

"...una persona que se ha demorado 30 años construyendo su casa y los despachaban con 10 millones, ¡compre con 10 millones!, entonces para la hecha de la biblioteca hubo gente que hizo una huelga de hambre, sé el nombre de uno y el apodo de otro, y se encadenaron a una de estas pilas del Metro Cable, a hacer huelga de hambre, porque para hacer la biblioteca a la gente no le pagaban mayor cosa porque estaban en alto riesgo, porque no tenían escritura, porque sus predios no valían nada, todavía estaba el estigma de que las viviendas en Santo Domingo no valían nada" Fabio.

Incluso el 25 de noviembre de 2021, hubo paro de más de 200 buses de tres empresas que transportan en Santo Domingo Savio, por el mal estado de las vías, dicho paro duro 5 días, hasta que no se tuviera respuesta por la administración municipal (Minuto30, 25 de noviembre de 2021).

Por otro lado, se encuentra en casi todos los relatos que el **uso y el abuso de las sustancias lícitas e ilícitas** en Santo Domingo Savio es alto. Hay una naturalización del consumo de alcohol y cigarrillo desde niños, una gran proporción de la población usa las dos o alguna de las dos sustancias de manera frecuente.

"en esta sociedad se señala muchas veces al que consume vicios que no son legales, marihuana, cocaína, basuco, heroína, metanfetaminas, que hay muchas, se señalan porque no son legales, pero hay otros vicios que son legales y son los

primeros invitados a una fiesta, como son el cigarrillo y el licor, de hecho el licor lo invitan hasta a un velorio” Héctor.

“aclaro que nadie quiere ser un alcohólico ni un adicto a cualquier vicio, si no que ninguno cree que un vicio va a coger ventaja, cuando yo era niño mi abuela me daba cerveza para abrirme el apetito, no me gustaba pero me lo tomaba, mi mamá me daba aguardiente para las lombrices, no me gustaba pero me lo tomaba, cuando iba a las fincas de los familiares les parecía mucha gracia que un niño estuviera borracho, tomábamos cerveza al que más aguantara, y eso va cogiendo ventaja, y casi todos los patrones que he tenido le ha gustado el trago, entonces me han invitado a trago y después de uno tener los tragos encima – hágale que yo invito a la otra-“ Fabio.

“aquí (mirador de la candelaria) siendo las 4:40 pm, se observa expendió de drogas, en especial marihuana, los principales consumidores son hombres, jóvenes, entre unos 20-35 años, llegan personas en moto, se bajan y consumen, las personas alrededor no tiene ningún reparo, no se molestan, pareciera que no les incomodara ni el olor ni la escena” Diario de campo- Recorrido territorial.

### **Capítulo III. La salud en la cotidianidad del territorio**

El contexto sociohistórico, la configuración del territorio y las dinámicas de la vida cotidiana expuestas en los dos capítulos anteriores, han jugado un papel determinante en la salud de la población de Santo Domingo Savio. En esta investigación, se asume la salud como un estado de completo bienestar que debe ser comprendido como un proceso dialéctico, complejo, histórico y social, que implica poner el foco en las múltiples dinámicas tanto del territorio como de sus habitantes. Para el caso de Santo Domingo Savio, la mayoría de las dinámicas estuvieron marcadas por la ausencia del Estado y la institucionalidad, y ha sido a través de la organización comunitaria como se ha resistido, y se han buscado alternativas.

Este capítulo está integrado por tres apartados; en el primero expone los acontecimientos más relevantes relacionados con los procesos de salud en la historia de

Santo Domingo Savio; en el segundo, se describen las vivencias en salud en el territorio de Santo Domingo Savio, recogidas a través de las conversaciones con los participantes, dando cuenta de la situación de salud singular de cada uno, tomando categorías como el acceso a los servicios, el estado de salud, las prácticas de cuidado, y la percepción de salud. Y el tercer y último apartado, se presenta los diferentes cambios que trajo la pandemia en la vida cotidiana y en la salud de los participantes. Cabe mencionar que, con esta estructura, se estaría dando respuesta al objetivo tres y cuatro planteados en esta investigación.

### **La atención en salud en el territorio**

Según fuentes primarias y fuentes secundarias, desde el surgimiento de Santo Domingo hasta la actualidad, han acontecido procesos de salud relevantes en el territorio; en la mayoría de estos sucesos, la participación comunitaria ha sido clave. Para el momento de invasión y consolidación del barrio Santo Domingo Savio, fueron las congregaciones religiosas, monjas, sacerdotes, y personas del mismo territorio los que inicialmente a través de la caridad, buscaban ayudas y ponían a disposición los espacios y sus conocimientos para atender a los enfermos.

“Había un médico que venía ahí donde es la parroquia. Había un almacén de ropa usada, una señora doña Teresa lo manejaba, y venía un médico una o dos veces a la semana, Fernando Escobar, un médico del barrio que se graduó, vivían aquí, su familia vivía acá.” Socorro

Poco después de consolidarse el barrio, en cada campaña electoral era frecuente que los políticos visitasen mucho a Santo Domingo Savio con el propósito de conseguir votos a través de promesas para mejorar sus condiciones de vida. De esa manera, los líderes del barrio aprovecharon más de una vez para hacer visible la necesidad de un Centro de Salud en el territorio, evidenciando la gravedad de la situación. Cuando alguna persona del barrio se enfermaba, les tocaba salir del barrio a la hora que fuera, sin transporte y con limitados recursos, en búsqueda de atención médica.

“Cada que iba a haber elecciones, lo prometían, hasta que lo cogió Luis Alfredo Ramos de alcalde de Medellín, entonces empezaron a hacer una construcción,

vinieron a vacunar, que, contra la tosferina, la rubeola, todo eso, empezaron a venir así. Ya también vino una máquina del municipio y abrió más la carretera.” Socorro.

Fue así como el Centro de Salud de Santo Domingo empezó a funcionar como entidad pública a cargo del Estado, prestando principalmente atención de urgencias, ya que los recursos y el personal siempre fueron y han sido limitados. Debido a ello los partos, por un largo periodo de tiempo, fueron atendidos en las casas por parteras residentes en el territorio, quienes habían sido avaladas y delegadas por el mismo Centro de Salud para realizar dichos procedimientos y así descongestionar el servicio de urgencias.

“Cuando menos pensé, me mandó llamar, y buscamos una partera, fue a mí la primera que me dijo, no tenía ni un pañal. Entonces fuimos a buscar a la partera, de por aquí del barrio, doña María. En ese entonces el Centro de Salud le daba un papel, un certificado para que esas señoras atendieran los partos, cuando ya nacía el bebé, lo llevaban al Centro de Salud”. Luz Helena.

Sin embargo, algunos participantes de esta investigación mencionaron que, más o menos, para principios de los años 80, el Centro de Salud de Santo Domingo fue adecuado para prestar el servicio de ginecobstetricia, lo cual tiempo después deshabilitaron, aparentemente por falta de recursos; esta información no fue posible contrastarla con fuentes secundarias.

Podríamos decir que hasta aquí el modelo de atención en salud era netamente asistencial- morbicéntrico, con una concepción de salud limitada a la enfermedad o evento, y eran pocos los procesos que se hacían desde lo preventivo. Dicha situación tuvo un giro con la presencia del médico Héctor Abad Gómez en varios barrios de la zona Nororiental, en especial en el barrio Popular. Se hacían reuniones frecuentes junto con los líderes en donde se promovía el trabajo comunitario y los instruía en salud pública.

“Desde muy jovencita que llegue acá a Medellín, me gustaba estar en grupos... y en ese entonces abajo en el Popular 1, un líder me invito a una reunión con el

---

doctor Héctor Abad, antes de que lo matarán, entonces yo asistía mucho a esas reuniones que ellos tenían en la oficina... donde se hablaba de Salud Pública, porque él básicamente lo que quería era formar eso, los salubristas en los territorios más pobres... porque él era el que tenía ese enfoque de lo sanitario que primero para tener buena salud, el primer enfoque era tener buena sanidad, el entorno, la vivienda, entonces ahí fue que se empezó.” Nieves.

De ésta manera, se fue comprendiendo y difundiendo a través de los líderes, que para ciertas enfermedades frecuentes en estos territorios no sólo requerían del Centro de Salud y la presencia de médicos, sino que era necesario transformar las condiciones inadecuadas de sanidad que se presentaban en las viviendas, tales como falta de agua potable, los alcantarillados artesanales, el uso de las letrinas, el hacinamiento, el inadecuado manejo de residuos sólidos, entre otras, que fueron evidenciadas en un censo realizado por MetroSalud en la Comuna 1. Con ello, se empezó a desarrollar estrategias comunitarias para transformar esas condiciones.

“Aquí se crearon los gestores comunitarios... se capacitaban unas personas en tres actividades principales, EDA, IRA y gestión sanitaria, en esos tres enfoques capacitaban a las personas, nos capacitaban porque yo fui una de las primeras también, eso fue por allá en el 88-91. Nos daban unas capacitaciones muy buenas. Nosotros cogíamos 50 familias, a esas 50 familias había que hacerles una ficha, y usted como líder comunitario lo que le iban enseñando allá, usted tenía que enseñárselo a las familias, éramos agentes educativos.” Nieves.

A través de esos programas se plantearon alternativas para el consumo seguro del agua:

“En el censo con MetroSalud, se encontró que los sanitarios eran por fuera de la casa y el agua no era potable, entonces se les enseñaba a como filtrar el agua, a hacer un filtro, esa era la principal problemática por la cual había tanta EDA y tanta IRA, era por las condiciones de salubridad del sector que no ayudaban.” Nieves.

También se gestionó para que se empezara a cambiar el uso de la letrina por sanitarios:

“Metro Salud hizo la gestión y nos dieron un sanitario, un bulto de cemento y los adobes para organizar los sanitarios para las familias que no tenían ...pero las familias se encargaban de hacerlo, se hacia el convite, pero nosotros teníamos que vigilar que realmente si se hiciera, y que los gestores comunitarios no fueran a cobrarle a la gente.” Nieves.

Sólo hasta el año 2013, la Secretaria de Salud de Medellín configuro un perfil epidemiológico de la Comuna 1, para dar cuenta del comportamiento de ciertos indicadores entre los años de 2005-2013, como la **tasa de Mortalidad**<sup>11</sup>, en el cual la comuna 1, del 2005 al 2013, presentó mayor número de muertes por año que Medellín. **Las causas de muerte** se explican mejor cuando se distingue por sexo, observándose que en las mujeres las causas de muerte fueron en su mayoría por enfermedades del sistema circulatorio, seguido de neoplasias, mientras que en los hombres las causas de muerte tuvieron un comportamiento diferente, en la mayoría de los años, la principal causa fue las enfermedades circulatorias, pero en los años 2007, 2008, 2009 y 2010 fueron superadas por causas externas, en donde se encuentran las muertes violentas. Este hallazgo es coherente con la gráfica correspondiente a muertes por homicidios, que en 2009 y 2010 la comuna 1 presentó mayores muertes por homicidio que Medellín.

En la comuna 1 Popular, las principales **causas de muerte** estuvieron asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón y cáncer digestivo. El comportamiento de tasas en la mayoría de esas patologías, indica que los casos de la Comuna 1 superan los casos de Medellín. Entre los factores de riesgo asociados se

---

<sup>11</sup> Las gráficas de los indicadores de mortalidad, causas de muerte, causas de muerte diferenciadas por sexo, mortalidad infantil y embarazo adolescente se encuentran disponibles en el Plan de desarrollo local de la comuna 1 (Alcaldía de Medellín. (2015).

observa prevalencia de consumo de cigarrillo y alcohol, prevalencia de obesidad, hipertensión e hipercolesterolemia.

En los casos de **mortalidad infantil** por Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) en menores de 5 años entre 2005-2013, nuevamente se presenta un mayor número de muertes asociadas a ERA en la Comuna 1 que, en la ciudad de Medellín, sólo es superada por Medellín en los años 2005 y 2009. Respecto a la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), es llamativo que para el año 2008 y 2011 la Comuna 1 supera a Medellín cuatro y ocho veces más respectivamente.

Otro hallazgo importante estuvo relacionado con el **embarazo adolescente**. Se evidencia que la Tasa de Fecundidad (entendida como el número de mujeres embarazadas) de 15-19 años. por cada 1.000 mujeres en la Comuna 1-Popular en el 2013 fue la más alta en la ciudad con 63.1 casos, mientras que en el Poblado y en Laureles fue de 6.1 casos, mostrándose una clara diferencia entre los territorios.

Basados en los anteriores datos y en otros indicadores que no se mencionan aquí, se definieron ideas de proyectos en el componente de salud y protección social en el **Plan de Desarrollo Local de la Comuna 1**, las cuales se han priorizado a través del PP, apuntando a mejorar estas condiciones. Uno de esos proyectos fue la definición y gestión de un **Plan Comunal de Salud** como orientador en las acciones en salud dentro de la Comuna 1, que fue planteado entre el 2013 y el 2016. En la definición del Plan Comunal de Salud, se realizó un análisis de situación de salud a través de mesas de diálogo, en donde se priorizaron las principales problemáticas por cada dimensión del PDSP y por cada entorno. A continuación, se describen las necesidades y situaciones que fueron más priorizadas por la comunidad.

**Tabla 9.** Problemas priorizados en salud en la comuna 1 dentro del Plan Comunal de Salud 2016, de acuerdo con la dimensión y entornos.

<b>Problemas priorizados de salud ambiental</b>
<b>Entorno hogar</b> -No se está dando educación adecuada en cuanto al cuidado y respeto al ambiente
<b>Entorno comunitario</b> -No hay servicio de agua potable en algunos sectores de la comuna 1

-Puntos críticos en la acumulación de residuos sólidos
<b>Entorno Institucional</b> Poco seguimiento y control de la autoridad ambiental en el territorio
<b>Problemas priorizados de vida saludable y condiciones no transmisibles</b>
<b>Entorno hogar</b> -Mal ejemplo en el hogar por consumo de sustancias como cigarrillo, alcohol, drogas en presencia de los niños -Malos hábitos de higiene oral -Alimentación inadecuada, comida chatarra sin frutas ni verduras -Las personas utilizan remedios caseros o se auto medican -Desde el hogar no se les enseña a los niños un adecuado proceso de autocuidado -Poca actividad física
<b>Entorno comunitario</b> -Espacios deportivos y recreativos insuficientes -Falta de acompañamiento y seguimiento por parte de la institucionalidad -Se inicia el consumo de cigarrillo desde edades tempranas
<b>Entorno institucional</b> -Faltan espacios adecuados para la actividad física -Instalaciones de Centros de Salud en condiciones no adecuadas (infraestructura y Talento Humano) -MetroSalud no promueve hábitos de vida saludable
<b>Problemas priorizados en convivencia social y salud mental</b>
<b>Entorno hogar</b> -Poca educación en los padres de familia -Desempleo y empleo informal -Violencia intrafamiliar -Desigualdad de género
<b>Entorno Comunitario</b> -Cobro de vacunas a los establecimientos de la comuna, lo que afecta los precios de productos de la canasta familiar -Uso indebido de espacios públicos -Contaminación auditiva -Chismes y comentarios mal intencionados entre vecinos -Intolerancia y falta de solidaridad -Manejo inadecuado de las mascotas -Plazas de venta de "vicio" -Falta de respeto de los conductores de buses y busetas -Falta de instituciones para el cuidado de los enfermos de salud mental -Falta de información para la prevención de las enfermedades de Salud Mental
<b>Entorno Institucional</b> -Falta de garantías a la hora de denunciar -Falta de credibilidad hacia las instituciones -Falta de información sobre la oferta institucional -Comisaría de familia: burocracia y tramitología excesiva -Casa de justicia: falta de personal profesional, falta de seguimiento a los casos -Secretaría de gobierno: falta de rendición de cuentas claras



-Falta de funcionarios de espacio público
<b>Problemas priorizados seguridad alimentaria</b>
<b>Entorno hogar</b> -Dificultades con el acceso a alimentos requeridos para una alimentación balanceada por desempleo e informalidad -Poca educación en alimentación balanceada -Tradición de malos hábitos y de inadecuada preparación, alto consumo de harinas, azúcares y sal
<b>Entorno comunitario</b> -Las personas en la comuna comen para llenarse y no para nutrirse -Falta de promoción de las eco huertas en la comunidad -Poca oferta de alimentos saludables en la comuna
<b>Entorno institucional</b> -Altos índices de obesidad y sobrepeso -No hay seguimiento y control de programas de seguridad alimentaria
<b>Problemas priorizados en sexualidad, derechos sexuales y reproductivos</b>
<b>Entorno hogar</b> -Falta de comunicación en temas de sexualidad, tabúes, sesgos religiosos y culturales -Encubrimiento, silenciamiento y falta de denuncia de abusos sexuales en el hogar -Falta de autonomía para decidir sobre su cuerpo -Desconocimiento de métodos anticonceptivos tanto mujeres como hombres -Cultura machista -Falta de educación sexual -Maternidad como único proyecto de vida
<b>Entorno comunitario</b> -Falta de programas sociales y comunitarios que eduquen en sexualidad
<b>Entorno institucional</b> -Abuso sexual de actores armados legales e ilegales -Poco conocimiento de los docentes en temas de sexualidad y para tratar temas de abuso sexual
<b>Vida saludable y enfermedades trasmisibles</b>
<b>Entorno hogar</b> -Tenencia inadecuada e irresponsable de mascotas -Falta de información en temas de prevención de enfermedades trasmisibles de padres a hijos -Hacinamiento -Mal manejo de residuos sólidos -Falta de vacunación -Sexualidad irresponsable
<b>Entorno comunitario</b> -No hay cultura de autocuidado y promoción de la salud -Las organizaciones comunitarias no incluyen actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad -Falta de información de ETS e ITS -No hay consciencia del uso del preservativo

<p><b>Entorno institucional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta consciencia de una sexualidad responsable</li> <li>-Falta difusión de rutas de atención médica</li> <li>-No hay atención oportuna en los Centros de Salud</li> <li>-No hay continuidad en las campañas educativas</li> </ul>
<p><b>Problemas priorizados Salud en el ámbito laboral</b></p>
<p><b>Entorno hogar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Doble jornada laboral</li> <li>-Trabajo informal</li> <li>-Alimentación a horas irregulares</li> <li>-Mal manejo de químicos</li> </ul>
<p><b>Entorno comunitario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Largas jornadas y abuso laboral</li> <li>-Falta de agremiación de trabajadores informales</li> <li>-Las PYMES no tienen cultura y/o aplicación de los riesgos laborales</li> </ul>
<p><b>Entorno institucional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No hay control efectivo sobre el acoso laboral</li> </ul>
<p><b>Problemas priorizados con el adulto mayor</b></p>
<p><b>Entorno hogar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Maltrato en el hogar</li> <li>-Desconexión de servicios públicos</li> <li>-Pocos ingresos</li> <li>-No tiene una alimentación adecuada</li> </ul>
<p><b>Entorno comunitario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de atención en salud pública oportuna</li> <li>-Desnutrición</li> <li>-Falta de espacios públicos</li> </ul>
<p><b>Entorno institucional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inadecuada clasificación del adulto mayor por el Sisbén</li> <li>-Poca cobertura de programas y procesos del adulto mayor y no hay continuidad</li> <li>-Censo e identificación verdadero de los adultos mayores</li> <li>-Mucha tramitología</li> </ul>
<p><b>Problemas priorizados en la mujer en edad fértil</b></p>
<p><b>Entorno hogar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de educación sexual en el hogar</li> <li>-Falta de consciencia de autocuidado de las mujeres</li> <li>-Falta de educación formal en las mujeres, educación superior</li> <li>-Embarazo adolescente</li> <li>-Machismo</li> </ul>
<p><b>Entorno comunitario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Desempleo</li> <li>-Abortos clandestinos</li> </ul>

**Fuente:** elaborado por la autora, con base en el informe del Plan Comunal de Salud (2015)

---

Este Plan Comunal de Salud tuvo un alcance de diagnóstico y de priorización de problemáticas; por cada una se dejó planteado una ruta posible de solución donde se buscaba integrar a las instituciones presentes en el territorio. Este plan, tal cual como está, estuvo vigente de 2005 a 2016. Durante su vigencia, se realizaron diferentes planes y programas articulados, que apuntaron a alguna de estas problemáticas, incluso este plan fue y es la ruta para trabajar con las prácticas descentralizadas y académicas de varios programas de la Universidad de Antioquia y de otras universidades, pero con los cambios normativos del PP en el 2017, muchas personas manifiestan que se ha perdido el horizonte y que actualmente no se le está asignando recursos a la salud desde el PP de la Comuna.

"Han cambiado mucho la dinámica, porque aquí la parte de salud se dejó a un lado, y el PP se enfocó solo en educación básicamente, entonces la mayor parte de lo que tiene que ver con salud como tal, lo tomaron como que no era necesario porque era obligatoriedad del sistema"... "Entonces en el PP mataron salud." Nieves.

Lo anterior dio pie para dar cuenta de que la participación comunitaria y por ende la planeación en salud desde lo local, ha tenido cambios significativos. Antes los líderes trabajan juntos por el bienestar del territorio, prevalecía el interés colectivo sobre el individual, pero a hoy la situación ha estado atravesada por tensiones políticas e intereses individuales que afectan su proceder.

"Es que el PP aquí a nivel de salud, quiso hacer mucho, pero le apagaron la llama infortunadamente. Lo malo es que hasta a nivel administrativo casi todo aquí funciona si hay PP, porque nos volvimos 'PP-dependientes', ya es muy poco lo que se trabaja con presupuesto ordinario, y el presupuesto ordinario se puede decir que ya tiene dueños también, porque desde que politizamos partidistamente los recursos, entonces ya no." Nieves.

## **Situación de salud de los participantes**

Las vivencias en salud relatadas por los cinco participantes de esta investigación se agruparon en cuatro categorías: 1). Acceso a los servicios de salud, 2). Prácticas de cuidado, 3.) Estado de salud y 4). Percepción de salud. Estas categorías propuestas por Samaja en lectura a Castellanos permiten dilucidar su situación de salud basados en las condiciones de vida del territorio.

### ***Acceso a los servicios de salud***

En general, los participantes de esta investigación manifiestan haber tenido una buena experiencia con el acceso a los servicios de salud, como es el caso de Héctor, que lo han atendido cuando ha necesitado:

“He tenido urgencias y me han atendido de urgencia muy bien, no me puedo quejar de ese servicio, el personal y la atención muy profesionales. La última vez que tuve un accidente me atendieron en el neurológico de Colombia, y de ahí me remitieron a Incondol, porque yo me moche un dedo, y en Incondol me hicieron una cirugía reconstructiva y me volvieron a pegar el dedito que me moche”. Fabio.

También a Eugenia, que le han dado los medicamentos requeridos:

“A mí me va muy bien con la nueva EPS, dicen que no sé qué, que la nueva EPS, pero a mí siempre me ha ido muy bien, yo pido mis citas, a mí me mandan medicamentos muy buenos, en estos días la doctora dijo, no, vos seguís con esos triglicéridos muy altos, te voy a cambiar los medicamentos, te vas para alto costo, y cuando me manda la orden que para que fuera a reclamar el medicamento, y una cajita de 10 pastillas 86.000 pesos, y yo ¡ay! Y me mandaron 6 cajas. Yo pido la cita los exámenes, y todo muy bien.” Eugenia.

Como a Luz, que no ha tenido que esperar a que le autoricen algún procedimiento “...A mí nunca me ha pasado de que años esperando una cirugía ¡no! Ni con las citas.” Luz Helena.

---

Sin embargo, en el transcurso de la conversación, se identificó que, aunque la mayoría no han tenido problema con la atención en los servicios de salud, persisten barreras en el acceso, principalmente de tipo institucional. Entre esas barreras se encontró la ubicación distante de las IPS donde son atendidos, ya que en el Centro de Salud sólo atienden por consulta externa a los pacientes afiliados a Savia Salud, el resto de población debe dirigirse a la IPS correspondiente, las cuales quedan fuera del territorio. Esto es resultado de la fragmentación que tiene el sistema de salud en Colombia, entre regímenes EPS-IPS, ocasionando el acceso limitado al Centro de Salud más cercano, donde son sólo atendidos ante una urgencia:

“Nosotros llegamos a utilizar al Centro de Salud antes de que lo involucraran con el Sisbén, porque al Centro de Salud podía arrimar todo el mundo, pero después del Sisbén hay régimen contributivo y régimen subsidiado, entonces ya al Centro de Salud no se dirige todo el mundo, porque hay unas condiciones” Fabio.

Además de lo anterior, reconocen que el personal médico en el Centro de Salud es insuficiente, lo que también limita a las personas cuando necesitan atención médica.

“Lastimosamente allá hay muy poco personal, ha habido veces de que hay un médico para urgencias, partos y de todo, para un solo médico, entonces muchas veces la urgencia no se ve si no hay sangre, si no hay escándalo. Yo prefiero en vez de ir al Centro de Salud, voy de una vez a que me atiendan en uno de los sitios de SURA” Fabio.

Sumado a eso, el uso del lenguaje técnico por parte de los profesionales de la salud se convierte en una barrera para la comprensión del diagnóstico y las posibilidades de tratamiento de las personas:

“Ellos le hablan a la gente con los términos de ellos, y le dijeron un montón de cosas a mi mamá, y ella me llamo llorando, entonces les dije espéreme mami yo ya voy, yo no sé nada, porque yo soy ignorante en el tema, yo no soy médico ni nada de eso, cuando yo llegué y empezó el doctor, es que Álvaro tiene esto, esto, esto, entonces yo apenas lo miraba a los ojos, entonces yo le dije con todo el

---

debido respeto que usted se merece, a mi hábleme a lo coquito, qué tiene él y que hay para hacer...” Socorro.

También se encontró que persisten barreras asociadas a la ubicación y condiciones del territorio, como fue el caso de Eugenia que solicitó unos exámenes de laboratorio para su padre, en donde le habían informado que podía solicitar el servicio a domicilio, pero cuando revisaron la dirección de su casa, le negaron el servicio.

“Resulta que a mi papá le mandaron unos exámenes de laboratorio y todos se los ordenaron para el laboratorio Echavarría, y nos dijeron que ese laboratorio ofrecía el servicio domiciliario, entonces yo llame y dije vea es que necesitamos unos exámenes para un paciente de 100 años, que consideramos que no es digno de sacarlo ahorita a hacerle exámenes por ahí, me dijeron deme la dirección... yo sé la di y me dijo que no, que no tenían cobertura para esa zona... entonces el colmo, que Santo Domingo, donde está la población más vulnerable, los adultos mayores, la población más pobre, me digan que no hay cobertura... ah es que son puras escalas, puros senderos, que los muchachos no tienen donde dejar el carro, la moto, yo no sé qué diablos, y la verdad nos toca llevarlo el lunes pero yo si voy a poner la queja para que otros adultos como mi papá, vengan y les hagan los exámenes, como es posible que savia salud que es del estado, que debería con mayor razón atenderlos, uno ve que suben carros de SURA ... es el colmo.” Eugenia.

Manifiestan, además, inconsistencias e inadecuados registros entre las instituciones de salud, situación que bloquea la prestación de la atención médica a una persona debido a que aparece activo en otra institución, como fue el caso del familiar de uno de los participantes:

“Usted me puede creer que mi mamá se vino con él para acá (Centro de salud Santo Domingo), y aquí no lo quisieron atender, no lo dejaron pasar de la puerta, que porque mi hermano aparecía hospitalizado en San Cristóbal, y mi hermano ahí, yo le decía ¿muchacho por Dios no lo ves ahí?, y él me decía es que en el sistema aparece que su hermano está hospitalizado, o sea que ellos allá no habían

sacado a mi hermano porque ellos seguían facturando por mi hermano, entonces le dije yo: a mi hermano lo sacan de ahí o yo no sé qué van a hacer, tienen 3 días, porque mi hermano está muy mal, a los días se llevaron a mi hermano otra vez para acá, ya lo habían sacado del hospital de allá.” Socorro.

También se puso en evidencia que en ocasiones los traslados de los pacientes no se hacen bajo un adecuado proceso, debido a que envían a los pacientes a Unidades de Salud que no cuentan con las condiciones que necesita el paciente, ni en infraestructura ni en talento humano que respondan a su complejidad, por lo tanto, el paciente entra en un ciclo de traslados en donde corre peligro su vida:

“Me llamó una trabajadora social ¿usted dónde está? Le respondí en la Aurora, me dijo ¿usted que está haciendo allá? Álvaro se va hoy de allá, y pasadas las 7p.m., mi hermano estaba en Envigado en el Hospital Manuel Uribe, pero allá no lo pudieron atender por la complejidad, de allá lo remitieron al Hospital Pablo Tobón Uribe, y mi hermano lastimosamente falleció en el Pablo” Socorro.

Todas las situaciones anteriores, generan frustración y disminuyen la credibilidad hacia las instituciones de salud.

En el relato con Socorro, se encontró como factor favorecedor el conocimiento de las rutas de atención dispuestas para exigir el derecho a la salud, lo que contrarresta de alguna manera los factores limitantes que anteriormente se mencionaron. La ruta la han usado para gestionar citas que no les han dado, para que no les nieguen la prestación del servicio, o para que el servicio sea más ágil.

“Llamé a la Super Salud, usted marca y si suena dos veces, es mucho. La muchacha lo más atenta, lo más formal, entonces me dijo tienen 24 horas para que saquen a su hermano de ahí, entonces ahí mismo se fue la enfermera y le dijo a mi mamá: su hijo se va hoy de aquí, entonces ahí mismo le hicieron empacar todo a mi mamá, y eran las 7 p.m. y mi mamá todavía con las cosas empacadas. Mi mamá fue a preguntar y que se habían equivocado, entonces yo les dije ¿cómo así, si es el único paciente que está aislado?, entonces volví a llamar a la Super

Salud, ¡oiga no le hicieron caso a la Super Salud! ¿entonces sabe que hice? llamé a la personería de Medellín, pero que mi hermano se iba, se salía de allá” Diana.

Pero, quienes no conocen las rutas, han naturalizado la “pelea” como el mecanismo para exigir el derecho “mientras que usted esté vivo, usted tiene que pelear por su salud”. Nieves.

Para junio del 2022, Medellín registró una cobertura de aseguramiento en salud mayor al 90% es decir, que la mayor parte de la población de la ciudad está afiliada al sistema de salud ya sea, en el régimen subsidiado o contributivo. Sin embargo, el hecho de que exista una alta cobertura en salud no significa que todos tengan acceso a los servicios de salud, como se expuso anteriormente. Existen un conjunto de factores que pueden ser limitantes o favorecedores para el acceso, pueden ser de tipo institucional, contextual o personal, que lo afectan directamente; además el acceso no es sólo tener una cita médica, se requiere evaluar la calidad del servicio otorgado, la oportunidad en la atención, la eficiencia del sistema, la resolución de las necesidades, entre otros. Algunos estudios sobre el acceso a la salud han encontrado que los grupos poblaciones pobres, o más vulnerables, están en mayor desventaja, porque es donde se conjugan más los procesos limitantes (Vargas J, Julián, & Molina M, Gloria. 2009; Sánchez Hernández Bello, Amparo, & Gutiérrez Bonilla, Marta Lucía. 2008. V, Guillermo, Laza V, Celmira, Estupiñán G, Carolina, & Estupiñán G, Laura. 2014)

### ***Prácticas de cuidado***

La mayoría de los participantes mencionaron que tienen prácticas cotidianas que están relacionadas con el cuidado de su salud, tales cómo cuidar de su alimentación, caminar y dormir bien. Como es el caso de Carmen, que tiene en sus hábitos caminar y cuidarse de la alimentación:

“Me gusta mucho caminar, todos los días, cuando me voy para dónde mi hija me bajo en tricentenario y me subo todo eso caminando como lo bajo. Me encanta caminar, me controlo en los alimentos, si desayuno, no almuerzo, o me como una fruta en la mañana para poder almorzar, y si voy a comer como temprano, ya para acostarme me tomo un agua de panela con acetaminofén y no más.” Carmen.



Por su parte Fabio que sufre de alcoholismo, está en un proceso de recuperación. Se percibe dentro de sus relatos que es consciente de su salud, trata de llevar prácticas de cuidado como dormir bien, caminar, en la alimentación no se limita, evita pasar hambre:

“Brego a dormir bien, porque yo valoro mucho dormir, lo valoro porque como yo he llegado a pasar hasta 5 días completos sin lograr dormir, ni de día ni de noche, me parece que una horita más de sueño si puedo, si no tengo que ir a trabajar y puedo dormirla duermo. Yo no me quedo en la cama haciendo pereza, no me gusta, más bien me levanto me tomo un tinto y camino, me gusta mucho caminar. También brego a alimentarme bien, y alimentarme bien no quiere decir privarme de lo que a mí me gusta, a mí me gusta el dulce, como dulce, me gusta las carnes, los fritos, eso lo hago, me alimento a no pasar hambres, desde que tenga la posibilidad de comer, como, me gusta caminar.” Fabio.

En el caso Eugenia, reconoce que no tienen en su rutina diaria prácticas que ayuden a su salud, por el contrario, se refugia en los medicamentos para controlar algunos indicadores de inadecuados hábitos de alimentación y sedentarismo, que se atribuyen a las enfermedades crónicas no transmisibles:

“Lo único que yo hago, que me puede servir, es caminar, porque yo camino mucho, pero yo no saco tiempo para el ejercicio, si hago mis perezas en la casa llego me quito los zapatos, escuchó el rosario, grupos de oración, hasta que me quedo dormida, y en la alimentación más bien regular, yo no dejo de hacer mi sancocho, mis frijoles con chicharrón, en eso si soy desjuiciada... yo me tomo mi medicamento y me siento a comerme mi chocolate y mi calentado (risas)” Eugenia.

En este caso en particular la participante toma un medicamento para bajar los triglicéridos y el colesterol, además participa del programa de hipertensos de la EPS, donde le realizan seguimiento:

“He manejado mis controles de presión, mis citas de hipertensión, mis citas de citología, mis controles normales, una o dos veces con médico general en el año, y de resto Eugenia parecería ser una piedra”. Eugenia.

### ***Estado de salud***

De los cinco participantes, las tres mujeres presentan enfermedades de base tales como: hipotiroidismo (Carmen), fibromialgia y artritis degenerativa (Luz), hipertensión e hipercolesterolemia (Eugenia). Los dos hombres no relatan sufrir de ninguna enfermedad, ni tomar ningún medicamento, solo Héctor que tiene el antecedente de alcoholismo:

“A mí me hicieron unos exámenes hace unos 10 meses y según eso mi organismo está bien, riñones buenos, el hígado. Puede ser por meterme miedo el médico, me dijo: su hígado esta un poquito picado si sigue bebiendo le va a dar cirrosis, pero yo soy consciente de que si sigo atentando contra mi salud me van a dar muchas cosas, porque muchas enfermedades que están ocultas se han despertado puede ser con un golpe, con una preocupación. Hay muchas situaciones que pueden despertar enfermedades, hasta un cáncer se puede despertar por lo emocional.”  
Fabio.

Luz menciona que las afecciones en su salud han estado directamente relacionadas con las labores que ha desempeñado en sus trabajos, como las actividades de empleada doméstica, dejándole un problema del túnel del carpo en ambas manos, que le implico una cirugía, y razón por la cual sus hijos le pidieron que se saliera de trabajar:

“Yo he sufrido mucho de las manos, sufro de fibromialgia, osteoporosis y artritis degenerativa. Me retiré del trabajo porque estaba sufriendo del túnel del carpio en ambas manos, ya no podía hacer muchas cosas, el médico me dijo que me tenían que operar y mis hijos me dijeron que no volviera a trabajar, y desde eso me retiré”.  
Luz Helena.

En el caso de Héctor y Eugenia, ambos reconocen que sus trabajos tienen un alto riesgo para desarrollar alguna enfermedad:

“Yo trabajo construcción, en mi está protegerme. Yo trabajo mucho con pulidora, y la pulidora normalmente genera polvo, material particulado, y así me ponga tapabocas, que por lo general si me pongo, voy a respirar polvo, eso va a influir a corto o a largo plazo en la salud de mis pulmones, de mis bronquios. También me ha dañado mucho el oído, también me ha dañado la vista, porque he trabajado soldadura, y por mucho que uno se proteja con una careta o unas gafas oscuras, también la radiación de la soldadura le daña a uno la vista. En fin, ha habido muchas situaciones que han influido en mi salud a largo plazo” Fabio.

“Lo que me están mirando son los pulmones, que no vaya a sufrir más adelante una enfermedad como EPOC o algo así, porque todo el tiempo he estado en medio de partículas de reciclaje, porque he estado al pie de los fumadores. Yo nunca he fumado pero la mayoría de ellos fuman, entonces apenas me van a buscar las enfermedades. Lo que, si es que mantengo el colesterol y los triglicéridos muy altos, me mandan medicamentos y yo me tomo eso” Eugenia.

### ***Percepción de salud***

Todos los participantes mencionan sentirse bien de salud, asocian la salud a estar sin ninguna enfermedad, y de poder enfrentar situaciones difíciles. Reconocen que entre más problemas o dificultades tengan, más fácil se pueden enfermar.

“Yo me siento muy bien, yo no sé cuántas enfermedades pueda tener... inofensivas o asintomáticas... (risas), pero así en general yo mi salud la siento bien, soy capaz de elaborar los duelos más fáciles, siento que tengo capacidad para reflexionar o para discutir la problemática y eso a veces me desnivela un poco la situación de los hijos, pero entiendo que ellos ya son adultos” Eugenia.

“Yo creo que es excelente, para ser una persona que me ha tocado trabajar en situaciones adversas, como es lluvia o mucho calor y después lluvia, o trabajar vaciando concreto y salir muy sucio de concreto y tenerme que lavar con agua fría, eso repercute a corto o largo plazo en la salud”. Héctor.

“Yo digo que la salud es el estado de ánimo de la persona. Si yo creo que entre más dificultades tengamos, entre más problemas asumamos, más fácil nos enfermamos, entonces yo digo que mi salud, gracias a Dios, estuve en mi época de adolescencia, en un hogar medianamente bien, con techo, con alimentación necesaria, nunca nos acostamos sin comer.” Carmen.

### **Santo Domingo en el marco de la pandemia Covid-19**

A principios del año 2020 la OMS declara a nivel mundial la emergencia sanitaria a causa del virus COVID-19. En Colombia, el primer caso fue diagnosticado el 06 de marzo de 2022 en la ciudad Capital Bogotá, luego en Medellín. El 25 de marzo de 2020, por órdenes del presidente de la República se inicia la cuarentena obligatoria en Colombia, definida como una medida de aislamiento preventivo para controlar los contagios masivos, y así mismo evitar las muertes. Dicha cuarentena obligatoria fue ampliada en varias ocasiones hasta el 31 de agosto de 2020. Sin embargo, desde mayo se inició la apertura gradual de instalaciones de servicios y comercio bajo estrictos protocolos y lineamientos de bioseguridad.

El 17 de febrero de 2021 inició el plan de vacunación gratuita y pública contra el COVID-19, organizado en fases por grupos poblacionales según nivel del riesgo. Con el esquema de vacunación completo, se recomendó dosis de refuerzo de acuerdo con el biológico aplicado inicialmente y el tiempo transcurrido desde la última dosis, en especial en personas con factores de riesgo asociados como mayores de 50 años y con comorbilidades. Desde el 01 de mayo de 2022 se suspendió el uso del tapabocas en espacios cerrados con excepción de algunos escenarios donde puede haber un riesgo de alto de contagio; dicho decreto sólo aplicaba en aquellos municipios donde se haya superado el 70% de cobertura en esquemas completos de vacunación, y un 40% de su población con un refuerzo de vacunación. No obstante, la declaración de emergencia sanitaria en Colombia siguió vigente, con prórroga hasta el 30 de junio de 2022.

A través de los datos dispuestos por el Instituto Nacional de Salud, a la fecha (20/06/2022), **en Colombia** se han contagiado **6'131.657 personas con COVID-19**, de las cuales 139.918 fallecieron y 5'952.212 se recuperaron. La distribución de casos

confirmados por departamentos se dio de la siguiente manera: los departamentos con más casos confirmados fueron Bogotá (1'786.328), Antioquia (925.384), Valle (543.544), Cundinamarca (319.517), Santander (285.498), y Barranquilla (267.807). Los departamentos con menos casos confirmados fueron Choco (18.606), Arauca (16.365), San Andrés (10.216), Amazonas (7.578), Guaviare (5.592), Vichada (3.404), Guainía (2.767), y Vaupés (1.896).

Para el caso de Antioquia, que tuvo 925.384 casos confirmados, el 80.8% de los casos están ubicados en el Valle de Aburrá (747.715), luego le sigue el Oriente con el 8.3% de los casos (77.043), Urabá con el 3.1% (29.070), y de ahí el Suroeste, Norte, Bajo Cauca, Occidente, Nordeste, con un porcentaje similar entre 1,8%-1,2%, siendo Magdalena medio el de menor participación con el 0.5%.

De los 747.715 casos confirmados en el Valle de Aburrá, en Medellín se ubican el 70.5% de estos, es decir 527.351 casos confirmados por COVID-19, de los cuales 10.085 fallecieron y 516.293 se recuperaron, con una tasa de letalidad de 1.91%. La distribución de los casos en Medellín se dio de la siguiente manera, entre las comunas y los corregimientos (tabla 10)

**Tabla 10.** Casos acumulados confirmados de COVID-19 en Medellín, distribuido por comunas y corregimientos

Comuna	Confirmados	Recuperados	Fallecidos	Tasa de recuperación	Tasa de letalidad
Medellín	527.351	516.293		98%	1.91%
16-Belén	34.265	33.676	522	98%	1.52%
7-Robledo	26.866	26.484	367	99%	1.37%
9-Buenos Aires	23.757	23.336	397	98%	1.67%
6-Doce de Octubre	22.641	22.146	478	98%	2.11%
14-Poblado	21.809	21.436	208	98%	0.95%
3-Manrique*	19.395	19.000	390	98%	2.01%
13-San Javier	19.240	18.893	335	98%	1.74%
4-Aranjuez*	19.197	18.743	445	98%	2.32%
8-Villa Hermosa	18.347	17.989	350	98%	1.91%
5- Castilla	17.667	17.291	363	98%	2.05%
11-Laureles	16.074	15.781	257	98%	1.60%
12-La América	14.283	14.022	235	98%	1.65%
10-La candelaria	12.512	12.208	292	98%	2.33%
1-Popular*	12.076	11.807	266	98%	2.20%
2-Santa Cruz*	11.394	11.114	277	98%	2.43%
15-Guayabal	11.025	10.805	209	98%	1.90%

Corregimientos	Confirmados	Recuperados	Fallecidos	Tasa de recuperación	Tasa de letalidad
San Antonio de Prado	10.336	10.160	176	98%	1.70%
San Cristóbal	10.293	10.156	129	99%	1.25%
Altavista	4.668	4.620	41	99%	0.88%
Santa Helena	1.319	1.301	15	99%	1.14%
Palmitas	8	8	0	100%	0

**Fuente:** elaborado por la autora, con base en Medellín en cifras (Alcaldía de Medellín, 2020)

\*Comunas resaltadas en azul corresponden a la zona nororiental de Medellín

Como se puede observar en la tabla 10, las comunas ubicadas en la zona Nororiental de Medellín tuvieron las tasas de letalidad del Covid-19 más altas entre las demás comunas. El Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez, las tasas rondan entre el 2%-2.43%, eso significa que la enfermedad cuando se ubica en zonas con menor calidad de vida, su respuesta tiende a ser más agresiva y mortal, poniéndolos en una posición de desventaja.

### **Cambios en la vida cotidiana de los habitantes de Santo Domingo Savio, con la Pandemia del Covid-19**

La mayoría de los participantes coincidieron en la afirmación de que la pandemia había golpeado fuertemente al barrio, refiriéndose a la pandemia no sólo al hecho biológico de contagiarse, enfermarse y morir por el virus, sino enfáticamente a las consecuencias que trajo las medidas adoptadas por el gobierno, para contrarrestar la emergencia sanitaria. Como fue el aislamiento obligatorio que tuvo como finalidad resguardar a las personas y sus familias en sus casas por un periodo de 2 meses, con estrictas restricciones para la movilidad, suspendiendo todas las actividades productivas y, por ende, laborales en el país. Esta medida trastornó el curso “normal” de la vida cotidiana de la mayoría de los colombianos, generando cambios, alteraciones y afectaciones con marcadas diferencias entre las personas y los territorios; es decir, fue muy distinta la experiencia del aislamiento obligatorio para una familia que se quedó en una casa con comodidades y con la alacena llena, que para una familia que estuvo en una casa con espacios limitados y pocas condiciones para resguardar a las personas que la habitaban. En palabras de Héctor:

“En el barrio se vieron muchas personas afectadas por la parte económica, primero porque aquí hay gente en condiciones muy difíciles, todavía sigue llegando gente que viene del campo, e incluso desplazados de otros países, mucho venezolano... para las personas económicamente humildes fue diferente que para los ricos acaudalados que podían comprar suficiente comida cuando nos encerraban, los pobres aquí nos vimos hasta en la necesidad de ver que se podía vender para sobrevivir... sí, al barrio lo afectó mucho, porque en este barrio de tiempo acá se mueve mucho el comercio, muchas personas viven de hacer mandados, y ni si quiera eso se podía, hay gente que vive inclusive de buscar en las basuras un envase para irlo a vender como reciclaje, y ni si quiera eso se podía, entonces eso nos afectó mucho”.

Los entrevistados identificaron cambios en sus vidas cotidianas, principalmente respecto al trabajo, los ingresos, la alimentación, la salud mental y la interacción social. Los cambios en el trabajo dependieron principalmente de la modalidad de contratación que tenían, los pocos que gozaban de un contrato laboral previo a la coyuntura, los enviaron para la casa en una modalidad de vacaciones no remuneradas, pero continuaban aportándole a su seguridad social:

“Al principio que nos encerraron a todos, me mandaron de 2 a 3 meses para la casa, no me sacaron de la seguridad social, pero si esos tres meses estuve sin sueldo, vacaciones no remuneradas, pero que le hace, nos cuidamos, y ya luego volví a trabajar.” Santiago.

A muchos otros les finalizaron el contrato, como fue el caso de los hijos de Luz Helena y Eugenia:

“Cuando empezó la pandemia, mi niña había tenido un accidente en la moto, en ese tiempo ella tenía que entrar un martes de incapacidad y el viernes antes se cerró todo, entonces la mandaron para la casa, la liquidaron, la echaron... y al niño también, él estaba trabajando y lo mandaron para la casa, sin pago”. Luz Helena.

---

“Uno de mis hijos perdió el trabajo, el otro estuvo mucho tiempo sin trabajar “.  
Eugenia.

Los más afectados fueron los trabajadores independientes, los que vivían del diario y del rebusque:

“Mucha gente que trabajaba del diario, que debían irse a rebuscar les tocaba que confinarse, por ejemplo, mi hija tiene un carrito de butifarras y chorizos, ¿qué le tocó? aguantar hambre, porque se tenía que confinar, porque en el centro no se podía bajar a vender”.

Así mismo ocurrió con Carmen que cerró su negocio de comidas rápidas por casi 3 semanas, por miedo e incertidumbre.

Los cambios en el trabajo acarrearón la disminución significativa en los ingresos del hogar durante el tiempo de confinamiento. Algunos vivieron de los ahorros que tenían los hijos, “con lo que ellos tenían, porque nosotros no teníamos ahorros, y lo que daba la tienda, pero eso era muy poquito, todavía era más poquito de lo que se hace ahora, pero de todas maneras cualquier cosa que entraba servía”. Luz Helena. Otros vivieron con las ayudas que recibieron de sus familiares, “todos nosotros tuvimos que mirar de qué forma le ayudábamos a la hija que no podía trabajar”. La disminución en los ingresos conllevó a posponer o incumplir con los compromisos económicos, “yo nunca me había atrasado en una cuenta de servicios y me tocó hacer uso de una cuenta por cuotas —todavía la estoy pagando—, me la financiaron a 2.000 pesos mensual”, incluso algunos se vieron limitados con la alimentación, “no nos llegamos a acostar tampoco sin comer, pero sí estuvo muy, muy apretada la situación, sólo se compraba lo más necesario, y lo que nos alcanzaba”.

Aunque el gobierno nacional y municipal anunció varias ayudas para las poblaciones más vulnerables, sólo uno de los participantes recibió ayuda de origen estatal, en especie le llegó un mercado, y también un apoyo económico de ciento sesenta mil pesos. Los demás recibieron ayudas principalmente de su red de apoyo familiar, empresas privadas y fundaciones que llegaron al barrio, como grupo Éxito, grupo Familia grupos religiosos, grupos juveniles, entre otros. Los líderes expresaron que fueron



muchas las ayudas que llegaron durante el confinamiento, casi todas en especie: mercados, insumos de aseo, alimentos no perecederos, pero fueron más las ayudas de otras instituciones que las del mismo estado.

“En mi casa no llegó ningún subsidio del estado, ni los mercados de la alcaldía, aquí a los recicladores le llegó, por parte del grupo Familia, cada mes un mercado por 7 meses, pero a mí no me llegó, que ciento sesenta mil pesos, jamás.”  
Eugenia.

“Cuando eso yo estaba viviendo solo, no pase hambre gracias a mis familiares, y sobre todo uno de ellos que ha estado vinculado a grupos juveniles, entonces le llegaron a regalar hasta dos mercados en la semana, yo particularmente no obtuve ni una sola ayuda ni del municipio ni del estado, pero mi hermano y mis hermanas no me faltaban con mi poquito de mercado, me afectó porque no tuve empleo”.  
Fabio.

Frente a la pandemia, todos los entrevistados en algún momento sintieron “miedo”, como lo menciona Eugenia: “yo volé de acá (lugar de trabajo) cuando empezó la pandemia. Yo le dije a Milena, la amiga mía, yo no sé si usted se queda aquí o qué, pero yo por mi parte cierro este chuzo y me voy para mi casa”. Ese miedo provocó varios meses de estrés, angustia, preocupación, incertidumbre, y tristeza, no sólo por las limitaciones económicas, sino también por el “encierro”, la enfermedad y la pérdida de familiares y amigos.

“El martes que empezó la pandemia, que nos guardaron a todos, se muere una cuñada mía, fue de las primeras que toco enterrar sin eucaristía, sin acompañamiento, sin nada, la sacaron de la casa a la 1 a.m., y nos dijeron vaya a las 10 a.m., cuatro personas por las cenizas para llevarla para San Pedro, eso fue como un *shock*. Fue un hijo con la esposa, una hermana y yo, esas cuatro personas pudimos acompañar, y de ahí en adelante se viene ese asunto que todo el mundo que se moría ni de velorio, ni misa ni nada. Yo si perdí muchas personas amigas cercanas a mí.... A mí me marco mucho ese momento en que enterramos a la cuñada, para mí eso fue un baldado de agua, fue un momento muy duro,

también cuando mi expareja llegó a UCI, mal, mal, mal, fue un momento muy difícil.” Eugenia.

“A mí la pandemia realmente me ha quitado mucha gente querida, mucha, mucha... (silencio, aparecen lágrimas en los ojos).” Nubia.

Sin embargo, muchos participantes mencionaron que así como hubo gente que se asustó con la pandemia, y cumplió con todas las medidas, lineamientos y protocolos que daban desde el ámbito nacional, otras hicieron como si nada estuviera pasando, especialmente en las partes más periféricas del territorio:

“Pero yo lo que veo es que los estratos bajos, así como nosotros, no le apostamos mucho a la seguridad, no nos importa tener un virus hasta que lo tenemos, en estos momentos que ya podemos salir y todo, en este momento se escucha menos ruido, que el que se oía en el confinamiento, las fiestas eran abrumadoras, yo por acá no veía confinamiento, los que nos confinamos éramos unos poquitos... mejor dicho al cuidado no se le apostaba” Nubia.

Este testimonio pone en evidencia una situación compatible con lo que emergió en el Informe del Plan Comunal de Salud de la Comuna-1, en donde identifican como problema la poca conciencia del autocuidado, del cuidado del otro, e incluso del cuidado del medio ambiente; representado en el alto consumo de drogas y licor, el alto número de embarazos adolescentes, los altos casos de maltrato y violencia intrafamiliar, el inadecuado manejo de los residuos, la inadecuada tenencia de mascotas, entre otras.

Con relación a los procesos de salud en época de pandemia, el principal hallazgo encontrado fue que casi todos se enfermaron durante la pandemia, con síntomas respiratorios y otros, independiente de los síntomas, el dolor o la gravedad, todos prefirieron abstenerse de ir al centro de salud o a la IPS donde los atendían, principalmente porque veían a los centros de salud como un foco de enfermedad, en donde podían contagiarse, y donde no se sentían seguros. Por esa razón, todos los participantes echaron mano de la automedicación, la medicina natural y las farmacias:

“Santiago y yo tuvimos una diarrea como de 10 días, y oiga nos tomábamos todo lo que nos decían, tomamos coca cola hervida, tomamos almidón con coca cola

---

hervida, almidón con Alka Seltzer, y nada, hasta que yo le dije: miijo, tomémonos solamente el almidón con la coca cola cruda, y eso fue... con eso nos aliviarnos”.

Muchos confesaron que todos los remedios que rodaban a través de los grupos de WhatsApp se los hacían, bajo la idea de prevenir la aparición del COVID. Algo positivo que reconoció un participante fue el surgimiento de las tele consultas, en su EPS, varias veces que necesitó atención, fue atendida a través del teléfono por personal de salud, en donde le dieron todas las orientaciones; esto de alguna manera fue una alternativa que ayudo a descongestionar los centros de salud.

A pesar de que vivieron muchas situaciones desfavorables, también rescataron algunas vivencias positivas en la pandemia “De esas dificultades...se pueden sacar muchas cosas positivas, el salir adelante después de que perdemos un empleo, perdemos un familiar, perdemos la salud, a los que le quedaron secuelas, pero siguen adelante, y salen adelante. Hay cosas que se volvieron irreversibles en salud, pero salimos adelante”. Este testimonio pone en evidencia la capacidad que tienen de adaptarse a situaciones difíciles y poner una buena actitud para continuar. Entre lo mencionado, se recogen nuevos aprendizajes, principalmente con uso de las plataformas digitales y de comunicación, y el fortalecimiento de las relaciones familiares, la unión, la comprensión y el valor de la familia.

---

## Discusión, conclusiones y recomendaciones

La puesta en marcha de cada objetivo específico planteado en esta investigación permitió ir consolidando la información para dar cumplimiento al objetivo general de **comprender la relación que se entreteje entre territorio y salud a partir de la vida cotidiana de los habitantes de Santo Domingo Savio**. Los tres capítulos de resultados representaron el desarrollo de cada objetivo específico y fueron planteados de una manera estratégica no sólo para hacer más sencillo el proceso de comprensión, sino también para dar cuenta de la relación de interdependencia que existe entre estos: entendiendo primero cómo se configura el territorio, las territorialidades, y las dinámicas de poder en Santo Domingo Savio; segundo, reconociendo las dinámicas de la vida cotidiana que se ejecutan en el territorio, y tercero comprendiendo cómo se dan los procesos de salud, colectiva e individualmente en la cotidianeidad del territorio.

El primer elemento planteado fue **Santo Domingo Savio como territorio**, concibiéndolo como un espacio geográfico, político y cultural, que está configurado bajo una trama social, en donde interactúan sujetos, recursos y organizaciones sociales. Además, por medio de los procesos de interacción social en Santo Domingo Savio se han generado procesos de apropiación y significación del espacio, materializándose dinámicas de poder. Así pues, Santo Domingo Savio es el resultado de procesos de la **desterritorialización** de migrantes expulsados o despojados o que dejaron sus territorios de origen, y **re-territorializaron** uno nuevo como refugio (Haesbaert, 2012).

A través de la historia plasmada en el capítulo I, es posible evidenciar la convivencia entre las tensiones de orden global con las determinaciones de orden local en el territorio; ejemplo de ello, fue en la consolidación y el surgimiento de Santo Domingo Savio: el asentamiento en las periferias urbanas, fue el resultado de presiones asociadas a determinaciones globales y decisiones estructurales en donde el Estado tuvo mucha responsabilidad, apareciendo una alta demanda de personas desplazadas y migrantes de espacios para habitar-vivir y vieron en la periferia una alternativa asequible para condición socio-económica. Ante ésta situación el Estado como respuesta inicial, generó represión, desalojo, y negación ante la demanda de servicios públicos como agua, luz, y alcantarillado, sin embargo, las personas que habitaron estos espacios se unieron como

comunidad, en forma de resistencia, y solventaron a través de prácticas y acciones colectivas, las ausencias del Estado. De esa manera, los procesos asociados al crecimiento de la ciudad generaron fenómenos conocidos como gentrificación, y la segregación espacial que reflejan las desigualdades sociales. Debido a esos fenómenos, Santo Domingo Savio estuvo aislado del desarrollo industrial y moderno de la ciudad por un largo periodo de tiempo.

Éstas tensiones global-local se han reproducido en muchos momentos de la historia del territorio; tal cual como con la propuesta del Urbanismo Social, como muestra de la re-territorialización del Estado, en donde existió tensiones entre la convergencia del territorio pensado (como eran imaginado y planeado por la administración) versus el territorio habitado y vivido. Ahora bien, como el territorio y la territorialidad son fenómenos interdependientes y es a través de los ejercicios de territorialización como se construyen el territorio, en la historia de Santo Domingo Savio es posible identificar múltiples **territorialidades** que han sido las que han construido el territorio; **territorialidades asociadas a la violencia y control territorial**: bandas delincuenciales, milicias, guerrilla, paramilitares, fuerza pública; **territorialidades de esperanza o resistencia**: líderes y organizaciones sociales, fundaciones, grupos juveniles, religiosos; y **territorialidades fachada**<sup>12</sup> como el estado, que aunque hace presencia continua en el territorio, a través de la institucionalidad, su capacidad es limitada y frecuentemente no responde a las necesidades de la comunidad.

Vale la pena mencionar que todos los **procesos de territorialización** son diferentes, pero existe una constante entre los grupos hegemónicos y los grupos subalternos, tal cual como lo menciona Haesbaert 2012 "...Tomo como referencia las definiciones de Lefebvre, quien distingue entre dominación y apropiación, asumiendo que la última tiene una dimensión más simbólica. En general los grupos hegemónicos se territorializan más por dominación que por apropiación, mientras que los pueblos o los grupos más subalternizados se territorializan mucho más por apropiación que por dominación. En efecto, estos últimos pueden no tener la dominación concreta y efectiva del territorio pero pueden tener una apropiación más simbólica y vivencial del espacio".

---

<sup>12</sup> Término que utilizó uno de los participantes de la investigación.

---

Esto, de alguna manera, representa lo que sucede en las clases sociales con relación a los sentidos, significados y percepciones de sus espacios de vida, es decir, es común encontrar que en zonas de clases sociales altas las dinámicas barriales y territoriales sean muy diferentes a las zonas populares, identificándose poca apropiación de los espacios públicos, del territorio, y de la vida en comunidad. Mientras que para las zonas populares como es el caso de Santo Domingo Savio, el territorio fue concebido como un proyecto de vida, iniciado por la adquisición material de un espacio/ terreno, y luego a través de los procesos de autoconstrucción, se generaron procesos de apropiación y significación que dotan de sentidos al territorio. Aportando al planteamiento de que el territorio no sólo se reduce a un escenario en donde se evidencia los modos de producción, y la relación sociedad -naturaleza, sino también es un escenario **denso de significados y un tupido tramado de relaciones simbólicas** (Giménez 1999).

Como segundo elemento planteado en ésta investigación, está la comprensión de la **vida cotidiana** (capítulo II), lo cual necesitó de esa primera comprensión del territorio (capítulo I) ya que, la vida cotidiana está ubicada en tiempo y espacio, y es **en el territorio donde se establece y se ejecuta esa vida cotidiana**. Se plantearon tres formas de acercarse a esa vida cotidiana: desde una realidad objetiva, desde una realidad subjetiva y desde los procesos de interacción social. A modo de síntesis, desde las realidades subjetivas se encontró muchas similitudes en las historias de los participantes, se puede sostener que la vida cotidiana en Santo Domingo está centrada principalmente en el trabajo, la familia, la vecindad y el relacionamiento entre sus habitantes. La mayoría de los participantes están insertos en trabajos informales caracterizados por jornadas extenuantes, baja o injusta remuneración, tiempos de latencia, no previsión para la vejez, ni protección ante accidentes. El ingreso económico del trabajo informal es variable, situación que afecta principalmente las dinámicas del consumo en donde se encuentra la alimentación, servicios, seguridad social, vestido, y ocio; todos los participantes dan prioridad a la alimentación y los servicios públicos y de vez en cuando les alcanza para cubrir lo otro.

En las entrevistas todos reconocieron la importancia de la educación, así muchos de ellos no hayan culminado sus estudios, han motivado a sus hijos para que estudien

porque en la educación ven la posibilidad de ascender y escalar socialmente. El territorio ofrece educación pública (primaria y secundaria) no sólo a niños, adolescentes y jóvenes sino también a los adultos mayores que quieran culminar sus estudios, quienes han hecho estudios técnicos, tecnologías y pregrados los han realizado en el SENA, o instituciones privadas, las cuales han pagado a través de créditos (en su mayoría), y otros pocos a través de becas o estímulos económicos. Por otra parte, tres de los cinco participantes, han tenido familias desintegradas en su núcleo del hogar, estando ausente el rol de padre, así pues la mayoría de las familias están encabezadas por mujeres cabeza de hogar, que deben trabajar para su manutención, teniendo dobles jornadas y dejando a sus hijos solos o a cargo de otras personas. Ahí las redes de apoyo y soporte han sido fundamentales, y están centradas en la familia, e incluso para algunos también en sus vecinos. Por último, se ha normalizado que cuando hay agudización en los procesos de violencia, o estallidos de criminalidad, muchas prácticas de la vida cotidiana se ven limitadas, tales como la movilidad en ciertas zonas y horarios.

Ahora bien, los procesos de interacción social en el territorio determinan la trama social presente en esa vida cotidiana. De estos procesos, es importante resaltar las formas de organización política y social, que han sido claves en la historia de Santo Domingo Savio, lo cual coincide con lo expuesto en otros trabajos como el de Pérez Fonseca, que valora la formación de los convites, los comités y las diferentes juntas de acción comunal que ha habido. Estas formas de organización han creado identidades colectivas, un sentido del ser y estar en los territorios. A través de estas formas de organización fue como se dio la urbanización del territorio, en un proceso solidario de resistencia y organización popular. “El tejido social surge en la vida cotidiana de los territorios; en los territorios configurados en condiciones de carencia, los mismos líderes y las mismas personas han identificado que las necesidades básicas sólo se pueden solucionar por medio de la unión, los acumulados socios históricos, las trayectorias de vida, la lucha, la solidaridad y las organizaciones y personas que llegan a los territorios a ayudar”. (Pérez Fonseca, A. L. 2018).

Los procesos de territorialización crean acervos de conocimiento, tipificaciones, objetivaciones y pautas de interacción que se reproducen en la vida cotidiana, a través de la interacción social, dando ciertas pautas de comportamiento en el territorio. Esas

tipificaciones se entienden como a esas costumbres y prácticas cotidianas que se tiene en el territorio como por ejemplo ir a misa a los domingos, escuchar música a alto volumen, que los hijos se vayan de casa jóvenes y formen hogar y familia rápido, la naturalización del consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo desde la infancia, el microtráfico y el consumo de marihuana, naturalización en el control del territorio, entre muchas otras, esas tipificaciones no son estáticas, se van transformando a través de las experiencias y el tiempo, por ejemplo con el proceso de urbanismo social se generaron nuevas tipificaciones y objetivaciones que impulsaron el turismo en el territorio y con ello las actividades económicas. “La rutinización de dichas prácticas denotan un conjunto de subjetividades enmarcadas en la proyección de la reproducción social de las estructuras sociales en los microespacios públicos o privados, donde las diferenciaciones de ellos no se reconocen en límites escalares fijos e inmóviles, sino que se entremezclan”. (Martínez Riquelme, P. 2018).

Haber explorado lo cotidiano y la cotidianidad permitió reconocer las formas de habitar y vivir el espacio a partir de las estructuras y las prácticas sociales que son también prácticas espaciales, que dan cuenta de nociones de arraigo, subjetividad, diferentes sentidos y significados que dan al espacio. La cotidianidad además, al formar parte de la reproducción de la sociedad, rompe con la noción segmentada y jerárquica de escala, transformándose en el resultado de las tensiones entre las fuerzas estructurales y las prácticas humanas. “Lo cotidiano es tanto local como global, ya que su expresión espacial está contenida en las prácticas vinculadas a las formas de reproducción social, de acuerdo con el planteamiento de Lefebvre, pero también es política, en la medida que implica mecanismos de poder, conflicto y negociación, en la perspectiva de Marston” (Martínez Riquelme, P. 2018).

Ahora bien, los procesos de salud que emergieron desde lo individual y lo colectivo en Santo Domingo Savio, evidencian la relación estrecha y de interdependencia con las prácticas de la vida cotidiana y la configuración del territorio. La ausencia del estado que primero en las primeras décadas de la configuración del territorio, también se reflejó en los procesos salud-enfermedad de la población. Los líderes hacían uso de sus saberes y contactos para ofrecer alternativas ante la enfermedad, se acudían a saberes populares,



ancestrales y tratamientos caseros haciendo uso de las plantas para curar enfermedades, los partos eran asistidos por parteras del territorio. Tiempo después, la construcción del centro de salud estuvo gestionada por la presión de los líderes y la voluntad política de la administración municipal, abriéndose un espacio para la atención de los enfermos, para que no tuvieran que salir del territorio. De esta manera, la salud en el territorio ha estado basada principalmente en un enfoque morbicéntrico, han sido los líderes, la JAC y JAL (con orientación de organizaciones y de la academia) los que han movilizado otros enfoques, implementando estrategias, programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y exigiendo el derecho a la salud, a pesar de ello, se sigue enfocando en la enfermedad: las personas sólo consultan para cuando están enfermos y el centro de salud sigue centrado en la curación, que adopta programas de prevención.

Gracias a diferentes voluntades como: líderes, actores sociales, comités, la JAL y la JAC, organizaciones externas e incluso la academia, se han logrado avances, materializados en planes, programas, estrategias, que han develado las necesidades de salud de la comunidad y han avanzado en procesos de educación en salud y la ejecución de acciones preventivas; presionando a la administración municipal, para que se integren y se articulen en estos procesos. La clave para que estos procesos continúen, y se logren nuevos avances, sigue estando en **lo comunitario**, en la unión, el fortalecimiento de los líderes, los comités de salud, la JAL, las JAC y la participación comunitaria, ya que sólo desde lo comunitario es posible trabajar por el bienestar colectivo, dejando a un lado intereses y afiliaciones políticas que pueden generar fisuras que agoten esfuerzos que ya se han alcanzado.

Cabe mencionar, que las desigualdades sociales presentes en el territorio se han reflejado y expresado en la vida cotidiana y en los procesos salud-enfermedad de la población, sobre todo en la presencia de barreras para el acceso a los servicios de salud tanto de tipo institucional como geográfico. Con la pandemia por el COVID-19 en Santo Domingo Savio, se expusieron dramáticamente las desigualdades sociales asociados al territorio, evidenciándose que las condiciones de vida, las dinámicas del territorio y de la vida cotidiana en poblaciones marginadas y vulnerables aumentan significativamente la letalidad de la enfermedad, en el caso propio de las personas entrevistadas en Santo

---

Domingo Savio, fue determinante la inserción laboral, las comorbilidades ya existentes, las barreras del acceso a los servicios de salud, la desconfianza ante el sistema que llevaba a no consultar, la automedicación y las pocas prácticas de cuidado.

Con todo lo anterior, se puede sostener que abordar el territorio y la cotidianidad permite comprender los procesos de salud de una población de una manera integral y compleja, ya que en la cotidianidad se expresa las tensiones de lo local y lo global, entendiendo las dinámicas que están entrecruzadas en el contexto que tienen relación directa con la salud. Desde esa mirada amplia, es posible hacer análisis utilizando categorías propias de paradigmas críticos como: clase social, modos de vida, condiciones de vida, estilos de vida, que surgen incluso en la cotidianidad y que pueden enriquecerse con las experiencias, sentidos y significados de esos entramados simbólicos que están presentes en la estructura social. Con eso entonces se quiere plantear que los procesos de salud-enfermedad que emergieron desde lo individual y lo colectivo en Santo Domingo Savio, tienen una relación estrecha e interdependiente con las prácticas de la vida cotidiana y con la configuración del territorio.

Se considera que lo desarrollado en esta investigación, abre nuevos horizontes de comprensión y análisis para futuras investigaciones ya que, tanto territorio como vida cotidiana, son categorías que pueden complementar significativamente análisis de desigualdades, análisis de situación de salud, procesos de planeación local que fomenten el desarrollo de políticas públicas que realmente aporten bienestar a los territorios. En esta investigación, surgió como categoría emergente el género, lo cual también orienta para profundizar análisis de género y territorio, en donde se expresan las relaciones de poder en la cotidianidad.

---

## Referencias

- Acuerdo 46 de 2006: Plan de Ordenamiento Territorial (2006). Alcaldía de Medellín.  
<https://fonvalmed.gov.co/wp-content/uploads/2015/10/2006-ACUERDO-46-PLAN-DE-ORDENAMIENTO-TERRITORIAL.pdf>
- Alcaldía de Medellín (2004). *Plan de Desarrollo 2004–2007: Medellín, compromiso de toda la ciudadanía* (Acuerdo mayo 31 del 2004). <https://bit.ly/3dLzdr2>
- Alcaldía de Medellín (2008). *Plan de Desarrollo 2008–2011: Medellín es solidaria y competitiva*. <https://bit.ly/3r7iJwH>
- Alcaldía de Medellín (2011-2017). *Índice multidimensional de condiciones de vida (IMCV): 2011-2017. Medellín en cifras*. <http://medata.gov.co/medell%C3%ADn-en-cifras/indice-multidimensional-de-condiciones-de-vida-imcv-2011-2017>
- Alcaldía de Medellín (2015). *Plan municipal de gestión del riesgo de desastres de Medellín, 2015-2030. Síntesis*. <https://bit.ly/2zveHne>
- Alcaldía de Medellín (2015). *Viviendas encuestadas y clasificadas en el Sisbén según estrato de la Unidad de Vivienda y Comuna o Corregimiento: base de datos certificadas por el DNP, Corte diciembre de 2015*. <https://bit.ly/3xU5JhH>
- Alcaldía de Medellín (2016-2020). *Perfil demográfico 2016-2020: Comuna 01 Popular*. <https://bit.ly/2F918NH>
- Alcaldía de Medellín (2018). *Balance Ruta: Planeación del desarrollo Local y Presupuesto Participativo*. <https://bit.ly/3LIhiON>
- Alcaldía de Medellín (2019). *Elecciones ciudadanas: Presupuesto Participativo: Resultados*. <https://bit.ly/3CcnLhB>

- Alcaldía de Medellín (2021). *Medellín será el primer distrito de ciencia, tecnología e innovación de Colombia*. Secretarías y Dependencias. <https://bit.ly/3G0DXmA>
- Alcaldía de Medellín (s.f). *¿Cuál es la normativa vigente?* Planeación del desarrollo local y presupuesto participativo. <https://bit.ly/3MLqHnq>
- Alcaldía de Medellín (s.f). *Covid 19 Medellín: detalle por comunas, año 2020*. Medellín en cifras. <http://medata.gov.co/medell%C3%ADn-en-cifras/covid-19-medell%C3%ADn>
- Alcaldía de Medellín, Secretaria de Participación Ciudadana, Departamento Administrativo de planeación. (2017). *Balance Planeación del Desarrollo Local y Presupuesto Participativo*. <https://bit.ly/3BQgUca>
- Alcaldía de Medellín. (2015). *Plan de desarrollo local Comuna 1 Popular*. <https://bit.ly/3xZO0W5>
- Alcaldía de Medellín. (2016). *Informe final: Plan Comunal de Salud Comuna Uno, Popular, de Medellín*. <https://bit.ly/3SIFc4U>
- Alvear Sanín, J. (2020). La lamentable historia del tranvía del oriente [Conferencia]. *Academia Antioqueña de historia*, Medellín, Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/3Mm5tNF>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá (2012). *Área Metropolitana 32 años contribuyendo a mejorar la calidad de vida*. <https://bit.ly/3sFqbjC>
- Armas, C.S, García, M. H, y Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS, 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(S1), 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>
- Ballesteros Toro, J. I., Velásquez Higueta C., Sierra Vásquez, M, Torres Toro, E.M., y González Vélez, M.E. (2010). Santo Domingo Savio: un territorio reterritorializado.

---

*Territorios*, (22), 87-110.

<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/territorios/article/view/1384/1301>

Beck, U. (1998). La política de la sociedad de riesgo. *Estudios demográficos y urbanos*, 13 (3). 501-515. <https://doi.org/10.24201/edu.v13i3.1025>

Berger, P.T., Luckmann, T. (1967). *La construcción social de la realidad* (1ª ed). Amorrortu editores.

Blanco-Gil, J, López-Arellano, O., y Rivera-Márquez J.A. (1997). Territorio y Salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/lasa97/blancogil.pdf>

Borde, E., y Torres-Tovar M. (2017). Territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*, 41 (Número especial). 264-275. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>

Bornacelly Castro, J. (2015). *La producción social del espacio bibliotecario: un análisis socio espacial del parque biblioteca España* [Tesis de maestría, Instituto de Estudios Regionales (INER), Universidad de Antioquia] Repositorio Institucional Universidad de Antioquia. <https://bit.ly/3CdUkM0>

Borrell, C., y Pasarín, M.I. (2004). Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000100001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000100001)

Borrero Ramírez, Y.E. (2011). Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29 (3). 299-307. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2011000300011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000300011)

- Breilh, J. (1979). Community medicine under imperialism: a new medical police? *International Journal of Health Services*, 9 (1). 5-24.  
<https://www.jstor.org/stable/45138314>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Pública*, 6(1). 83-101.  
<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2010.v6n1/83-101/es>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl 1): S13-S27.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002)
- Bustillo Naranjo, H. (2003). *Santo Domingo Savio o treinta años de solidaridad: III Concurso escriba la historia de su barrio*. Alcaldía de Medellín, Secretaria de desarrollo comunitario.
- Castaño Marín, V. (2021). Los Ángeles: el barrio obrero del centro. *Centrópolis: el periódico del centro de Medellín*. <https://www.centropolismedellin.com/los-angeles-el-barrio-obrero-del-centro/>
- Centro de documentación digital Comuna 1 (CEDI) (s.f). Presupuesto Participativo.  
<https://documentacioncomunapopular.org/presupuesto-participativo/>
- Colombia. Ministerio de Salud. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: la salud en Colombia la construyes tú.*

---

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PD SP.pdf>

Coneval (2016). *La cohesión social. Medición de la pobreza.*

[https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Cohesion\\_Social.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Cohesion_Social.aspx)

Consultor salud (2022). *Extienden la emergencia sanitaria hasta el 30 de junio, pero tendrá nuevas condiciones – Res.666 de 2022. 29 de abril de 2022.* Biblioteca.

<https://consultorsalud.com/emergencia-sanitaria-30-jun-2022/>

Corporación con-vivamos (2015). *Comuna 1 popular de Medellín.* Prensa Con-Vivamos.

<https://bit.ly/3ztujHD>

Corporación Parque Arví. *¿Qué es la Corporación Parque Arví?* (consultado en el 2021).

<https://parquearvi.org/Corporacion/Paginas/Que-es-la-Corporacion-Parque-Arvi.aspx>

Cortés Rodas, F. (2003). Neoliberalismo, globalización y pobreza. *Estudios Políticos*, (22), 151–167. Recuperado a partir de

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/view/17592>

Delgado Mahecha, O. (2003). *Debates sobre el espacio en la geografía contemporánea.*

Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos.

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/2904/01PREL01.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). *Boletín técnico:*

*Pobreza monetaria por departamentos en Colombia: año 2019.*

[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/2019/Bol etin-pobreza-monetaria-dptos\\_2019.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2019/Bol etin-pobreza-monetaria-dptos_2019.pdf)

- Efe Economía (2013). Medellín designada la ciudad más innovadora del mundo por City of de Year. *El País*. <https://bit.ly/3sF3RXE>
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Suplemento 3). 07-22. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original1.pdf>
- Franco Restrepo, V.L. (2011). *Medellín, orden, desigualdad y fragilidad*. Corporación Jurídica Libertad.
- Galeano, M.E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Garcés Arboleda, Y. (2018). *Ciudad planeada, ciudad habitada* [Monografía de pregrado, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional, Universidad de Antioquia. <https://bit.ly/3RjppX9>
- Gobernación de Antioquia (2022). *Situación actual de Coronavirus en Antioquia: reporte a 16/06/22*. <https://www.dssa.gov.co/index.php/situacion-actual-coronavirus-en-antioquia?start=20>
- González Escobar, L.F. (2014). De los parques bibliotecas de Medellín a los museos de Ciudad de México: poder, arquitectura y tectónica. *Revista Universidad de Antioquia*, (315), 105-112. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaudea/article/view/19471/16409>
- González Vélez, M.G., y Carrizosa Isaza, C. (2011). Entre La planeación urbana, La apropiación del espacio y la participación ciudadana: los pactos ciudadanos y el Parque Biblioteca España de Santo Domingo Savio. *Estudios Políticos*, 39, 117-140. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/view/11758>
- Gottman, J. (1973). *The significance of territory*. University Press of Virginia.



- Granero Realini, G. (2017). *Territorios de la desigualdad: política urbana y justicia espacial*. Surbanistas.
- Guba E.G., y Lincoln Y.S. (2002) Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman, C. y Haro, J.A. (comps.), *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social* (p.p. 113-145). Colegio de Sonora. [http://www.ustatunja.edu.co/cong/images/cursos/guba\\_y\\_lincoln\\_2002.pdf](http://www.ustatunja.edu.co/cong/images/cursos/guba_y_lincoln_2002.pdf)
- Haesbaert, R. (2013) Del mito de la desterritorialización a la multiterritorialidad. *Cultura y representaciones sociales*, 18 (15). 9-42. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-81102013000200001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102013000200001)
- Harvey, D. (2011). *El derecho a la ciudad*. <https://newleftreview.es/issues/53/articles/david-harvey-el-derecho-a-la-ciudad.pdf>
- Hernández Bello, Amparo, & Gutiérrez Bonilla, Marta Lucía. (2008). Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá - Colombia, 2005\*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(14), 145-176. Retrieved October 12, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272008000100009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000100009&lng=en&tlng=es).
- Hiernaux, D. & Lindón, A. (2004) La periferia: voz y sentido en los estudios urbanos. *Papeles de población*, 10(42), pp. 101-123. <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v10n42/v10n42a5.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2022). *Covid-19 en Colombia: corte 16/06/22*. Panorama. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

- Íñiguez Rojas, L. (2008). Territorio y contextos en la salud de la población. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865006>
- Íñiguez Rojas, L., y Barcellos, Ch. (2003). Geografía y salud en América Latina: evolución y tendencias. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(4), 330-343.  
<http://www.proexcel.fiocruz.br/inalteraveis/Sistemas%20de%20Saude/4.geograf%20y%20salud%20Amer%20Latina.pdf>
- Jaramillo Arbeláez, A.M. (1994). *Milicias Populares en Medellín entre la guerra y la paz*. Corporación Región para el Desarrollo y la Democracia.
- Kelley, L. (2004). Globalisation: what is it and how does it affect health. *Medical Journal of Australia*, 180 (4), 156-158. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05855.x>
- Laurell, A.C. (1978). Procesos de trabajo y salud. *Cuadernos políticos*, (17). Editorial ERA. 59-70. <https://bit.ly/3LLYm1m>
- Lefebvre, H. (1974). La producción del espacio. *Revista de Sociología*, 3, 219-229.  
<https://bit.ly/3CeHugB>
- Ley 1757 de 2015. (2015, 6 de julio) Departamento administrativo de la Función Pública. Ley estatutaria 1757 de 2015.  
[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=65335](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=65335)
- Marazzi, C. (2003). El sitio de los calcetines: el giro lingüístico de la economía y sus efectos sobre la política. Akal.
- Martínez Riquelme, P. (2018). Geografía y vida cotidiana. La escala de lo cotidiano para entender lo global. *Revista De Geografía Espacios*, 8(15), 5-20.  
<https://doi.org/10.25074/07197209.15.1031>

- 
- Medellín cómo vamos. (2020). *Área Metropolitana*. <https://bit.ly/3LOMyvB>
- Medellín cómo vamos. (2020). *La desigualdad en Medellín sigue siendo muy alta*.  
<https://bit.ly/3BTGVaV>
- Melo González, J.O. (1996). *Historia de Medellín. Tomo I*. Suramericana de Seguros.
- Melo González, J.O. (1996). *Historia de Medellín. Tomo II*. Suramericana de Seguros.
- Melo González, J.O. (2020). Colombia: una historia mínima: una mirada integral al país (2a ed). Editorial planeta colombiana.
- Metro de Medellín. (2019). *Metrocable Línea K: 15 años de mejor calidad de vida para la zona nororiental de Medellín*. Noticias Metro. <https://bit.ly/3CgR9DE>
- Mieles Barrera, M.D., Tonon, G., y Alvarado Salgado, S.V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*, (74), 195-225.  
<https://www.redalyc.org/pdf/791/79125420009.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social Republica de Colombia (s.f). *Plan nacional de Vacunación contra el COVID-19*. Vacunación contra Covid-19.  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>
- Molina Jaramillo, A.N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00075117>
- Molina, G. (2009). La pobreza absoluta en la comuna uno de Medellín. Escritos desde la docencia. Lealon.
- Montoya Arango, V. (2009). Espacio e identidad: sobre el sentido de lugar y la idea de la territorialidad. *Cátedra abierta: universidad, cultura y sociedad*, 79-91.

- Montoya Restrepo, N. (2014). Urbanismo social en Medellín: una aproximación desde la utilización estratégica de los derechos. *Estudios Políticos*, 45, 205-222. <https://www.redalyc.org/pdf/164/16431516011.pdf>
- Obra negra arquitectos (2008). Colegio Antonio Derka, Santo Domingo. <https://www.obranegra.com/work#/colegio-santo-domingo/>
- ONU Hábitat. (2014). *Construcción de ciudades más equitativas: políticas públicas para la inclusión en América Latina*. [https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/Construccion\\_ciudades\\_mas\\_equitativas.pdf](https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/Construccion_ciudades_mas_equitativas.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Covid-19: cronología actuación de la OMS*. (consultado el 27 de abril de 2020). <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Otálvaro Castro, G.J. (2019). Ciudad, juventudes y políticas de salud en Medellín en el siglo XXI [Tesis de doctorado, Universidad Andina Simón Bolívar]. Repositorio Institucional del Organismo de la Comunidad Andina —CAN—. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7072>
- Pérez Fonseca, A. L. (2018). Las periferias en disputa. Procesos de poblamiento urbano popular en Medellín. *Estudios Políticos*, (53), 148-170.
- Peña, J., Perdomo, L.M., y Cuartas D.E. (2013). Geografía y salud, una visión del pasado y presente. *Revista Entorno Geográfico* (9). 146-158. <https://doi.org/10.25100/eg.v0i9.7613>
- Polo Almeida, P. (2015). *Territorio-salud: el tejido de una relación desigual percibida por las y los trabajadores del banano, en el recinto San Rafael, Guayas-Ecuador, entre 2000 y 2013*. Clacso. <https://bit.ly/3CIWUjv>

Porto-Gonçalves, CW. (2002). Da geografia às geo grafias: um mundo em busca de novas territorialidades. In: Ceceña, A.E., Sader, E. (Eds). La guerra infinita: hegemonía y terror mundial. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (pp. 217-56.

Pradilla Cobos, E. (2014). La ciudad capitalista en el patrón neoliberal de acumulación en América Latina. *Cadernos Metr6pole*, 16 (31), 37-60. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2014-3102>

*Proyectos Urbanos Integrales —PUI—*. Ciudeu.  
<https://www.cideu.org/proyecto/proyectos-urbanos-integrales-pui/>

Quimbaya, N.A. (2014). El reto de Medellín es dejar de ser la ciudad más desigual del país. *El Colombiano*. <https://bit.ly/3MzMZco>

Quinchía Roldán, S.M. (2012). Discurso, ideología, y poder en la producción de ciudad: un acercamiento a la práctica discursiva del urbanismo social en la ciudad de Medellín, 2004-2011 [Tesis de maestría, Facultad de Arquitectura, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/8677/43593760.2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramírez Patiño, S. P. (2011). Cuando Antioquia se volvió Medellín, 1905-1950: los perfiles de la inmigración pueblerina hacia Medellín. *Anuario colombiano de historia social y de la cultura*, 38(2), 217-253. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/28089>

Resolución Número 8430 de 1993 (1993, 4 de octubre). Ministerio de salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

- Ritzer, G. (1993). *Teoría sociológica contemporánea*. Universidad de Maryland.
- Ruta N, Medellín (2013). Medellín la más innovadora (consultado en marzo 01 de 2013).  
<https://bit.ly/3wv7ctb>
- Sack, R.D. (1986). *Human territoriality: its theory and history*. Cambridge Studies in Historical Geography.
- Samaja, J. (2003). Desafíos a la epidemiología: pasos para una epidemiología "Miltoniana". *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6 (2). 105-120.  
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/s7qmXcKCZp5NKbxdgcczmfS/?lang=es&format=pdf>
- Sánchez, F.V. y León N. (2006). Territorio y salud: una mirada para Bogotá. *En Región, espacio y territorio en Colombia*. (p. 203). Repositorio Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/3115>
- Sánchez V, Guillermo, Laza V, Celmira, Estupiñán G, Carolina, & Estupiñán G, Laura. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 305-313. Retrieved October 12, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en&tlng=es).
- Sandoval Casilimas, C.A. (1997). *Investigación Cualitativa*. Corcas Editores.
- Santos, M. (1996). *La naturaleza del espacio*. Hucitec.  
<https://geohistoriahumanidades.files.wordpress.com/2010/11/milton-santos-la-naturaleza-del-espacio.pdf>
- Schutz, A. & Luckmann, T. (2003). *Las estructuras del mundo de la vida* (1ª ed). Amorrortu editores.

---

Secretaría de Salud de Medellín (2018). *Observatorio de salud: estructura demográfica: población por zona y comuna de residencia, según sexo. Medellín, 2017.*  
<https://bit.ly/3DY3vIb>.

Vargas J, Julián, & Molina M, Gloria. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 121-130. Retrieved October 12, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2009000200003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200003&lng=en&tlng=es).

## Anexos

Los siguientes anexos representan el material complementario de esta investigación. Se adjunta el formato de consentimiento informado utilizado, el instrumento de la entrevista en profundidad y el instrumento de los recorridos territoriales.

### Anexo 1. Consentimiento informado entrevista

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### Entrevista en profundidad

Proyecto de investigación:

***Territorio y Salud: Experiencias de la vida cotidiana en la periferia urbana de Medellín. 2020 -2021***

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Usted ha sido informado(a) y seleccionado(a) para participar de esta investigación, denominada *Territorio y salud: experiencias de la vida cotidiana en la periferia urbana de Medellín 2020-2021*. Que pretende comprender la relación que se entreteje entre el territorio y la salud, a partir de la experiencia de la vida cotidiana de personas que integran hogares del barrio Santo Domingo Savio de la de la ciudad de Medellín. Tiene una duración aproximada de 12 meses. La investigadora principal es Valentina de la Roche Colorado, candidata al magister en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Medellín).

Usted participará de una **entrevista individual**, de manera totalmente voluntaria. Tiene derecho a desistir de participar de la entrevista en cualquier momento, sin ningún tipo de consecuencia, puede hacer todas las preguntas que desee. Al aceptar hacer parte de la investigación se le solicitará firmar el consentimiento informado donde conste su aceptación.

Antes de decidir participar, es importante que conozca y comprenda la información que le estamos brindando respecto al estudio:

- La participación en esta entrevista no representa ningún beneficio económico, ni tampoco le generará ningún costo por su participación.
- A partir de esta investigación se pretende aportar conocimiento sobre el vínculo entre el territorio y la salud en el barrio Santo Domingo Savio a partir de la vida cotidiana de las personas. Para fortalecer las acciones en pro de la salud y el bienestar que se hacen de manera local y movilizar a políticas sociales y de salud incluyentes, diferenciales y con enfoque territorial.
- La entrevista será grabada a través de una grabadora de voz y su contenido será transcrito. Su nombre o cualquier información que lo puede identificar como sujeto de la investigación será excluida de la transcripción. En la transcripción su identificación será sustituida por códigos y será reservada. Por ninguna razón su información personal será revelada. La información



brindada por usted será confidencial y de conocimiento exclusivo por el equipo de investigación.

- Se requerirá de su autorización para hacer grabaciones de voz y tomar fotos de los espacios y lugares de vida, así como del territorio.
- Los participantes de esta investigación no tendrán riesgos físicos o psicológicos. Por las condiciones que atravesamos por la pandemia COVID 19, existe un riesgo biológico inminente, por lo tanto, la investigación se clasifica en un *riesgo mayor al mínimo*.
- Al momento de terminar la investigación, el investigador se compromete a socializar los resultados en la comunidad y los participantes de la investigación.

Por el marco de la pandemia covid-19 se requiere de un compromiso tanto de los participantes como del investigador en el cuidado y protección constante para disminuir riesgos de contagio, es necesario el uso del tapabocas constantemente, las reuniones y encuentros se harán en espacios libres y ventilados y se mantendrá el distanciamiento social.

Esta propuesta investigativa ha sido revisada y aprobada por el Comité de ética de la Facultad Nacional de Salud pública de la Universidad de Antioquia, y es considerada como una investigación de riesgo mínimo. Este comité es el encargado de supervisar la investigación y asegurarse que se eviten posibles daños a los participantes. Información de contacto es: Correo electrónico: [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co) Teléfonos: 2196878 -2196830

Cualquier inquietud puede comunicarse con Valentina de la Roche Colorado, al correo: [valentina.delaroch@udea.edu.co](mailto:valentina.delaroch@udea.edu.co)

### **Aceptación de la participación en la investigación**

Yo, \_\_\_\_\_  
identificado con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_ consiento voluntariamente participar en la investigación, declaro que he sido claramente informado para participar de ésta entrevista que será insumo para la investigación, entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ningún modo, he sido informado de los posibles riesgos y que no voy a obtener ningún beneficio económico, estoy de acuerdo en participar con los términos aquí descritos.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Autorización expresa e informada para toma y uso de fotos:**

Este proyecto de investigación adopta las recomendaciones de la Guía sobre el tratamiento de las fotos como datos personales de la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) -Colombia.

Se cuidará de:

- Garantizar seguridad y confidencialidad de las fotos.
- No obtener ni divulgar datos personales y fotografías, sin previa autorización.
- No utilizar las fotos para fines diferentes a los autorizados o contratados
- No apropiarse de las fotos.

Acepto voluntariamente, el tratamiento de mis datos personales, y el uso de las fotografías.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Consentimiento informado recorrido territorial

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Recorrido territorial

Proyecto de investigación:

***Territorio y Salud: Experiencias de la vida cotidiana en la periferia urbana de Medellín. 2020 -2021***

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Usted ha sido informado(a) y seleccionado(a) para participar de esta investigación, denominada *Territorio y salud: experiencias de la vida cotidiana en la periferia urbana de Medellín 2020-2021*. Que pretende comprender la relación que se entretiene entre el territorio y la salud, a partir de la experiencia de la vida cotidiana de personas que integran hogares del barrio Santo Domingo Savio de la de la ciudad de Medellín. Tiene una duración aproximada de 12 meses. La investigadora principal es Valentina de la Roche Colorado, candidata al magíster en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Medellín).

Usted participará del **recorrido territorial**, de manera totalmente voluntaria. Tiene derecho a desistir de participar en cualquier momento, sin ningún tipo de consecuencia. Al aceptar hacer parte de la investigación se le solicitará firmar el consentimiento informado donde conste su aceptación.

Antes de decidir participar, es importante que conozca y comprenda la información que le estamos brindando respecto al estudio:

- La participación en esta investigación no representa ningún beneficio económico, ni tampoco le generará ningún costo por su participación.
- A partir de esta investigación se pretende aportar conocimiento sobre el vínculo entre el territorio y la salud en el barrio Santo Domingo Savio a partir de la vida cotidiana de las personas. Para fortalecer las acciones en pro de la salud y el bienestar que se hacen de manera local y movilizar a políticas sociales y de salud incluyentes, diferenciales y con enfoque territorial.
- El recorrido será grabado a través de una grabadora de voz y su contenido será transcrito. Su nombre o cualquier información que lo puede identificar como sujeto de la investigación será excluida de la transcripción. En la transcripción su identificación será sustituida por códigos y será reservada. Por ninguna razón su información personal será revelada. La información brindada por usted será confidencial y de conocimiento exclusivo por el equipo de investigación.

- Se requerirá de su autorización para hacer grabaciones de voz y tomar fotos de los espacios y lugares de vida, así como del territorio.
- Los participantes de esta investigación no tendrán riesgos físicos o psicológicos. Por las condiciones que atravesamos por la pandemia COVID 19, existe un riesgo biológico inminente, por lo tanto, la investigación se clasifica en un *riesgo mayor al mínimo*.
- Al momento de terminar la investigación, el investigador se compromete a socializar los resultados en la comunidad y los participantes de la investigación.

Por el marco de la pandemia covid-19 se requiere de un compromiso tanto de los participantes como del investigador en el cuidado y protección constante para disminuir riesgos de contagio, es necesario el uso del tapabocas constantemente, las reuniones y encuentros se harán en espacios libres y ventilados y se mantendrá el distanciamiento social.

Esta propuesta investigativa ha sido revisada y aprobada por el Comité de ética de la Facultad Nacional de Salud pública de la Universidad de Antioquia, y es considerada como una investigación de riesgo mínimo. Este comité es el encargado de supervisar la investigación y asegurarse que se eviten posibles daños a los participantes. Información de contacto es: Correo electrónico: [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co) Teléfonos: 2196878 -2196830

Cualquier inquietud puede comunicarse con Valentina de la Roche Colorado, al correo: [valentina.delarocha@udea.edu.co](mailto:valentina.delarocha@udea.edu.co)

### **Aceptación de la participación en la investigación**

Yo, \_\_\_\_\_  
identificado con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_, consiento voluntariamente participar en la investigación, declaro que he sido claramente informado para participar de ésta entrevista que será insumo para la investigación, entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ningún modo, he sido informado de los posibles riesgos y que no voy a obtener ningún beneficio económico, estoy de acuerdo en participar con los términos aquí descritos.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Autorización expresa e informada para toma y uso de fotos:**

Este proyecto de investigación adopta las recomendaciones de la Guía sobre el tratamiento de las fotos como datos personales de la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) -Colombia.

Se cuidará de:

- Garantizar seguridad y confidencialidad de las fotos.
- No obtener ni divulgar datos personales y fotografías, sin previa autorización.
- No utilizar las fotos para fines diferentes a los autorizados o contratados
- No apropiarse de las fotos.

Acepto voluntariamente, el tratamiento de mis datos personales, y el uso de las fotografías.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Instrumento recorridos territoriales

#### Anexo 1.

#### Instrumento de Recorridos territoriales

**Proyecto de investigación.** *Territorio y salud: experiencias de la vida cotidiana en la periferia urbana de Medellín. 2021-2022. Universidad de Antioquia*

Fecha: \_\_\_\_\_

Recorrido #: \_\_\_\_\_

Quien hace el recorrido: \_\_\_\_\_

(2) Líderes que acompañan el recorrido:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Objetivos:

1. Reconocer características del barrio, las dinámicas sociales, culturales, actores y organizaciones sociales presentes.
2. Mirada histórica del proceso de territorialización y poblamiento del barrio.
3. Reconocer organizaciones y dinámicas relacionadas con la salud.

#### Actividades:

1. Realización de recorrido por el barrio, para conocerlo de manera general.
2. Indagar por la historia del barrio, desde la visión individual de los líderes.
3. Identificar características propias del barrio y de la población – costumbres
4. Observación de dinámicas, organizaciones y costumbres relacionadas con la salud.

Insumos: Cámara, grabadora, diario de campo.

#### Pilares para la observación y el recorrido territorial:

1. Conocer el barrio Santo Domingo Savio: los lugares icónicos, colegios, escuelas, donde frecuentan hacer sus mercados, iglesias, lugares de ocio, centros culturales, límites del barrio, instituciones o formas de organización sociales, dinámicas sociales, dinámicas culturales, dinámicas de participación, dinámicas de poder y conflictuales. Interacciones sociales- lugares comunes de participación. Con qué recursos cuenta el barrio: recursos de educación, de comercio, de transporte, de alimentación, de empleo, de comunicación.
2. Historia del barrio: como fue el proceso de urbanización y territorialización. ¿Cómo se fundó? ¿Quiénes la fundaron? ¿además de los pobladores, hizo presencia alguna institución? ¿Cómo fue el acceso a los servicios básicos? ¿Qué papel tuvo la presencia del Metrocable y Metro salud entre otros? (indagación con los líderes sociales)

3. Salud: identificación de centros de salud, rutas de atención, otros servicios de atención particular en el barrio, farmacias, boticas, disposición de basuras, alcantarillado, servicios de agua potable, plagas y animales.

Otros elementos:

- Identificar principales necesidades y problemas.
- Reconocer fortalezas y potencialidades.
- Formas de organización y participación social.

## **Anexo 4.** Instrumento entrevista individual

### **Anexo 4.**

#### **Instrumento de Entrevista Individual**

**Proyecto de investigación:** *Territorio y salud: experiencias de la vida cotidiana en la periferia urbana de Medellín. 2021-2022. Universidad de Antioquia*

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar donde se realiza la entrevista:

\_\_\_\_\_

Responsable de la Entrevista:

Valentina De La Roche Colorado

#### **Introducción:**

Saludo. Presentación. Entrega del consentimiento.

En esa investigación se requiere entrevistar a algunas familias que lleven 5 años o más viviendo en el barrio. Por esa razón, tú estás invitada a participar de esta investigación.

La entrevista consta de preguntas sobre tu historia personal y la de tu familia en el barrio Santo Domingo Savio. Será grabada, la información recogida sólo se utilizará para asuntos netamente académicos. Tu nombre y tus datos personales serán siempre protegidos. ¿Estás de acuerdo entonces en que hagamos esta entrevista? – que se firme el consentimiento.

#### **Objetivo:**

- Reconocer la experiencia de vida en el territorio desde la perspectiva individual.
- Identificar desde la perspectiva individual la experiencia en salud, a lo largo de su vida en el territorio.
- Identificar los posibles cambios que genero la pandemia en la vida cotidiana del hogar.



**Encuesta sociodemográfica:**

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
4. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
5. Nivel de escolaridad: (Seleccione)
  - Primaria incompleta
  - Primaria completa
  - Bachillerato incompleto
  - Bachillerato completo
  - Técnica o Tecnología
  - Pregrado profesional
  - Posgrado
6. Trabaja: Si No Ocupación: \_\_\_\_\_
7. Tiene contrato de trabajo: \_\_\_\_\_
8. Hace cuantos años vive en el barrio Santo Domingo: \_\_\_\_\_
9. Vivienda: Estrato:
  - Propia
  - Arrendada
  - Familiar
10. Quienes conforman su hogar: \_\_\_\_\_
11. En la casa tiene acceso a:
 

Agua potable: SI	NO	
Energía: SI	NO	
Gas domiciliario: SI		NO
Teléfono: SI	NO	
Internet: SI	NO	
12. Tiene Seguridad social:
 

Salud: SI	NO	Régimen:	EPS:
-----------	----	----------	------
13. Conoce dónde lo atienden en caso de tener alguna urgencia de salud:



**Preguntas orientadoras:**

Cuéntame tu historia. ¿Cómo llegaste a Santo Domingo Savio? ¿En qué año?  
 ¿Por qué te viniste del lugar donde naciste?  
 ¿Por qué llegaron a Santo Domingo y no a otro lugar?  
 ¿Cómo era Santo Domingo cuándo llegaron?  
 ¿Qué momentos, situaciones, problemáticas recuerdas que te haya tocado vivir en el barrio? ¿cómo lo solucionaron?  
 ¿Qué ha significado para ti vivir en el barrio? ¿Te gusta vivir aquí?  
 ¿Te sientes seguro en tu hogar? ¿y el barrio?  
 ¿Cómo percibe el transporte público de su barrio? ¿Los colegios? ¿Las zonas para el esparcimiento?  
 ¿Si tuviera la posibilidad de vivir en otro lugar, donde le gustaría vivir?

¿Cuáles son tus horarios de trabajo?  
 ¿En qué te movilizas para el trabajo? ¿Cuánto tiempo gasta?  
 ¿En qué cosas has trabajado en tu vida?  
 ¿En este momento estás satisfecho con el trabajo y tus ingresos?  
 ¿Te pagan todas las prestaciones: salud, pensión, cesantías, vacaciones?  
 ¿En el lugar que trabajas cuentan con condiciones adecuadas para el trabajo?  
 ¿Considera que su situación de empleo y sus condiciones de trabajo influyen en su salud?, ¿en qué sentido?

¿Quiénes del hogar aportan al sustento de la vivienda?  
 ¿Cuáles son los gastos en el hogar?  
 ¿Qué hacen en los tiempos libres?  
 ¿Si tu o alguien de tu familia se encuentra enfermo a dónde se dirigen? ¿Qué hacen?  
 ¿Alguien del hogar está estudiando? ¿dónde estudia?

¿Qué espacios de participación comunitaria identifica en su comunidad?  
 ¿Participas de alguna actividad del barrio, de la iglesia o de alguna organización social? ¿qué lo motiva a participar de dichos espacios?  
 ¿Eres beneficiario de algún programa? ¿Cuál es el beneficio?  
 ¿cómo es la relación con tus vecinos?  
 ¿Alguna vez has sentido que te han vulnerado tus derechos? ¿qué has hecho?

**Salud:**

¿sufres de alguna enfermedad? ¿tomas algún medicamento? ¿Cómo percibes tu salud?  
 ¿En la casa alguno sufre de alguna enfermedad?  
 ¿Cuéntame acerca de una experiencia en la que haya visto comprometida tu salud o de algún integrante del hogar, como fue esto?  
 ¿Es fácil acceder a los servicios de salud, desde tu casa?  
 ¿Cómo te ha ido cuando has asistido a los servicios de salud? ¿cómo es la atención? ¿cómo ha sido tu experiencia?  
 ¿Ustedes cómo cuidan de su salud?

**Cambios Covid:**

¿Podrías contarme cómo era tu vida y la de tu hogar antes de la pandemia, durante la pandemia y ahora? ¿Qué ha cambiado?  
 ¿Se afectó su empleo? ¿Se afectaron sus ingresos?  
 ¿Tu salud se ha visto o se vio afectada en pandemia?, ¿en qué sentido?, ¿qué ha hecho al respecto?  
 ¿Tuvieron alguna necesidad en salud? ¿los atendieron en los centros de salud?  
 ¿Ha recibido o recibiste algún tipo de apoyo, ayuda o beneficio por parte del Estado?, o ¿ha tenido alguna barrera para acceder a estos?

**Anexo 5. Aval comité de Programa**

**FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
**Héctor Abad Gómez**

21040004-MSP-001-2021

Medellín, 2 de febrero de 2021.

Estudiante  
**VALENTINA DE LA ROCHE COLORADO**  
Maestría en Salud Pública, cohorte 36  
Facultad Nacional de Salud Pública

**Asunto:** Aval del Comité de Programa al proyecto de investigación.

Cordial saludo.


El Comité de Programa de la Maestría en Salud Pública, en sesión virtual del 26 de enero de 2021, acta No. 01, después de revisar y verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos previamente para la aprobación de los proyectos de trabajo de grado, le informa lo siguiente:

El Comité de Programa le otorga el aval a su proyecto de investigación denominado "**Territorio y Salud: Experiencias de la vida cotidiana en la periferia urbana de Medellín. 2020 -2021**", para que continúe los trámites de aprobación ante el Comité de Ética de la Investigación y el respectivo registro en el Centro de Investigación.

El Comité de Programa le felicita por el logro en el desarrollo de su proyecto de investigación y le alienta para que continúe su proceso con dedicación y empeño y pueda culminar satisfactoriamente su formación en la Maestría.

Al mismo tiempo le recordamos tener en cuenta los demás requisitos que exige el Comité de Ética.

Atentamente,

  
**Blanca Myriam Chávez Guerrero**  
Coordinadora  
Programa Maestría en Salud Pública

Copia: Profesor Gabriel Jaime Otálvaro Castro, director del trabajo de investigación.



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

**Héctor Abad Gómez**

21030002- 00166-2021

### CERTIFICACIÓN

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez - CEI en la sesión 274 del 17 de septiembre de 2021 avaló en la categoría de riesgo mayor al mínimo, el proyecto de investigación *"Territorio y Salud: Experiencias de la vida cotidiana en la periferia urbana de Medellín. 2020 – 2021."*, presentado por *Valentina De La Roche Colorado*, Investigadora Principal-IP, estudiante Maestría en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.

De acuerdo con las responsabilidades establecidas por la clasificación de riesgo mayor al mínimo, la IP debe:

- a) Velar por la seguridad, bienestar y derechos de los participantes del estudio.
- b) Garantizar la seguridad del equipo de investigación y verificar afiliación del equipo de investigación al Sistema General de Riesgos Profesionales, al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema General de Pensiones.
- c) Analizar la necesidad y la relación costo-beneficio de adquirir una póliza para el cubrimiento de las contingencias en caso de materialización de riesgos en los sujetos de investigación.
- d) Dar cumplimiento al protocolo de investigación tal como fue aprobado por el CEI. En caso de requerir cambios en sus objetivos y metodología solicitar su aprobación al CEI mediante solicitud de enmienda al protocolo.
- e) Conducir el proceso de consentimiento informado y documentarlo.
- f) Reportar de forma inmediata al CEI, la materialización de cualquiera de los riesgos identificados o no en el protocolo al CEI, así como su análisis de causas, las acciones que se implementaran para prevenir que ocurra nuevamente y las medidas de mitigación y compensación.
- g) Presentar al CEI, informe de seguimiento periódico cada tres meses que incluya:
  - I. Reporte y análisis de causas de riesgos materializados, así como las acciones que se implementaran para prevenir que ocurra nuevamente y las medidas de mitigación y compensación.
  - II. Reporte de beneficios materializados en apropiación y gestión del conocimiento.
  - III. Reporte de cambios en objetivos, metodología.
  - IV. Porcentaje de avance del proyecto.
- h) Si el proyecto no ha iniciado su ejecución un año después de su aprobación debe ser sometido a nueva evaluación ante el CEI.
- i) Presentar informe final al CEI una vez terminada o suspendida la investigación.



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**  
**Héctor Abad Gómez**

Este aval es válido durante toda la vigencia del proyecto de investigación.

Dado en Medellín, 28 de septiembre de 2021.

Atentamente,

**MÓNICA LUCÍA SOTO VELÁSQUEZ**  
Presidenta

**BEATRIZ E. CAICEDO VELÁSQUEZ**  
Secretaria

Proyectó: Diana Isabel Cano Gil – Asistente Administrativa CEI  
WhatsApp: 3146258447  
Remitir comunicaciones al correo electrónico: [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co)