

# Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación

Proposal for the Reconceptualization of Social Participation in Health

Concepção da Participação social em saúde: Proposta de resignificação

Luz Dary Carmona-Moreno MSc, PhD(c)<sup>1</sup>

Recibido: 9 de mayo de 2017 • Aprobado: 23 de junio de 2017

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6127>

Para citar este artículo: Carmona-Moreno LD. Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):441-454.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6127>

## Resumen

*Introducción:* el artículo presenta la reflexión sobre la concepción de la participación social en salud, que propone la autora a partir de sus prácticas para ampliar la comprensión de dicho concepto y realizar el análisis de la Política Distrital de Participación Social en Salud. *Desarrollo:* la temática de participación se abordó a través del análisis del contexto de la participación social en Colombia: el lugar de enunciación de la participación y su resignificación para la acción colectiva en salud; a partir de ellos se propone avanzar en el contenido de la participación como derecho y práctica social. *Conclusiones:* la política distrital vincula el concepto de participación con las nociones de poder y los derechos humanos; incluye el concepto de ciudadanía social en salud que instala un sujeto de poder y de derechos que va más allá de ser receptor de información o usuario de los servicios de salud. Se parte de la concepción de participación que subyace a la Ley 100, en la cual se evidencia una postura de participación decisoria; sin embargo, el peso de todos los mecanismos se enmarca en la representación y no en la decisión. En lo conceptual, se plantea el logro del bienestar humano y el desarrollo social, es decir, una visión de salud más allá de la enfermedad. No obstante, todos los mecanismos se centran en los servicios de atención que potencializan la idea de que la salud se restringe a la atención a la enfermedad, a un servicio y no a un derecho. En tal sentido se propone una reflexión para resignificar la participación social en salud desde tres conceptos: habitar, hablar e integrar en la perspectiva de desmarcar la participación de la lógica instrumental del sistema de salud.

*Palabras clave:* derecho a la salud, participación social en salud, poder, Ley 100.

---

<sup>1</sup> Universidad Andina Simón Bolívar. Quito, Ecuador. Correo electrónico: [larycm2003@hotmail.com](mailto:larycm2003@hotmail.com)

### *Abstract*

*Introduction:* This article reflects on a conception of social participation in health proposed by the author on the basis of her practice, intended to increase an understanding of this concept in order to analyze the capital city's Policy for Social Participation in Health. *Development:* The concept of participation is addressed through an analysis of the context of social participation in Colombia and its practice in the country, and its reconceptualization to favor collective action on health, on the basis of which it is proposed to promote the practice of social participation as a right. *Conclusions:* City policy links the concept of participation with notions of power and human rights. It entails the concept of citizenship with respect to health, producing subjects that go beyond being recipients of information and users of health services. It is embedded in the conception of participation underlying Law 100, including participation in decision making. Nevertheless, the mechanisms of implementation are based on representation, rather than participation in the decisions produced. Conceptually, the goal is to achieve human well-being and social development, a broad vision of health beyond the absence of disease. Policy mechanisms focus on providing care, though, promoting the concept of health in the context of disease, and on receiving services rather than enjoying a right. We propose a perspective that entails unshackling participation from the instrumental logic of the health care system and reframing social participation in health.

*Keywords:* The right to health, social participation in health, power, Law 100.

### *Resumo*

*Introdução:* o artigo apresenta a reflexão sobre a concepção de participação social em saúde, que propõe a autora a partir das suas práticas, para ampliar a compreensão de dito conceito e desde ali, realizar a análise da Política Distrital de Participação Social em Saúde. *Desenvolvimento:* a temática de participação abordou-se através da análise do contexto da participação social na Colômbia, o lugar de enunciação da participação social e a sua ressignificação para a ação coletiva em saúde, a partir dos quais se propõe avançar no conteúdo da participação como direito e prática social. *Conclusões:* a Política Distrital vincula o conceito de participação com as noções de poder e os direitos humanos. Inclui o conceito de cidadania social em saúde, que instala um sujeito de poder e de direitos que vai mais para além de ser receptor de informação ou usuário dos serviços de saúde. Parte-se da concepção de participação que subjaz à Lei 100, na qual se evidencia uma postura de participação decisória, no entanto, o peso de todos os mecanismos, enquadra-se na representação e não na decisão. No conceitual apresenta-se o logro do bem-estar humano e o desenvolvimento social, é dizer uma visão de saúde ampla mais para além da doença, mas todos os mecanismos se centram nos serviços de atenção que potencializam a ideia de que a saúde é doença, um serviço e não um direito. Em tal sentido propõe-se uma reflexão para ressignificar a participação social em saúde desde três conceitos: habitar, falar e integrar na perspectiva de desmarcar a participação da lógica instrumental do sistema de Saúde.

*Palavras-chave:* direito à saúde, participação social em saúde, poder, lei 100.

## Introducción

La participación social en salud en Colombia se enmarca necesariamente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) o Ley 100 de 1993, en tanto esta corresponde a la política nacional que ordena la forma cómo se organiza la prestación de servicios de salud en el país. La ley establece que la realización del derecho a la salud consagrado en los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional se provee vía el aseguramiento. Particularmente la participación social está considerada como un principio de la ley y se define como: “la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto” (1). Esta visión de participación social en salud se reguló a través del Decreto 1757 de 1994 que estableció las formas y mecanismos de participación social en salud.

Por su parte, la experiencia de gobierno de salud en Bogotá, para el periodo de análisis, postuló la Política Distrital de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía, entendida de manera integral e interdependiente con la realización del derecho a la salud en el marco de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), es decir, estableció la participación como elemento cosustantivo del derecho a la salud: sin derecho a la participación no hay derecho a la salud.

La reflexión incorpora la temática de participación a través de la pregunta: ¿Qué concepción de participación subyace a la política de salud (SGSSS- Decreto 1757 de 1994) y qué tipo de concepción de participación social se requiere para la realización del derecho a la salud en el marco de la determinación social?

La investigación se realizó con base en la teoría crítica, de acuerdo al método dialéctico y es un estudio mixto.

Frente a los abordajes que disocian cantidad y cualidad, la dialéctica asume que la

cualidad de los hechos y de las relaciones sociales es su propiedad inherente, y que cantidad y cualidad son inseparables e interdependientes. Asimismo, considera a los significados, como parte integrante de la totalidad, debiendo ser comprendidos e interpretados tanto a nivel de las representaciones sociales como de las determinaciones esenciales. Bajo ese enfoque, no se entiende la acción humana de forma independiente al significado que le es atribuido por el autor, como tampoco se identifica esa acción con la interpretación que el actor social le atribuye. Por lo tanto, con relación al abordaje cualitativo, el método dialéctico, como dice Sartre (1978), “se rehúsa a reducir. Él supera conservando” (2, p. 15).

En tal sentido, se usaron técnicas de investigación cualitativa como: entrevistas semiestructuradas a actores claves que protagonizaron la experiencia de la política en salud en Bogotá, grupos focales con líderes sociales y análisis documental. También se usaron técnicas cuantitativas para identificar y contrastar los principales resultados de la evaluación de la Política de Participación Social en Salud realizada por el Centro Nacional de Consultoría a través de una encuesta a 536 personas. Adicionalmente, se realizó el análisis de la información a través de ATLAS Ti 7.5.4® que permitió la extracción de citas de las entrevistas, la codificación de las mismas con base en las categorías previamente definidas, así como la codificación de las categorías emergentes. Para el análisis de los datos se definieron tres planos: conceptual (concepción de participación en el SGSSS y en la política de Bogotá); político en relación con el poder, y organizacional y de gestión de los procesos.

El artículo presenta en primer lugar el contexto de la participación en salud en Colombia, en segundo lugar, la postura epistemológica

(lugar de enunciación) sobre la participación social en salud que propone la autora y que usa para el análisis. En un tercer momento presenta las conclusiones.

## Desarrollo

### Aproximación al contexto de la participación social en Colombia

La participación social en salud se vincula de manera específica con los procesos de atención primaria en salud que surgen en la década de los ochenta. Como práctica social durante este periodo se identifica que las poblaciones participaban para construir puestos de salud o acceder a programas de salud preventiva. Con la Ley 10 de 1990 en el marco de la puesta en marcha de sistemas locales de salud propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se determina como elemento clave la descentralización en salud y se explicita la necesidad de fortalecer la participación social en los procesos de planeación, de los cuales surgen los comités de participación comunitaria como instancias para el agenciamiento de la participación y la voz de la comunidad en la planeación y la descentralización.

La Ley 10 del 1990 no alcanzó su desarrollo pleno pues el país se vio abocado a una reforma en salud de mayor impacto en el ordenamiento institucional: la Ley 100 de 1993, con la cual se creó el SGSSS. Con el sistema se fragmentan las funciones (administración-prestadores) y emergen nuevos actores: las EPS<sup>2</sup> para administrar el régimen contributivo (afiliados con empleo formal, que cotizan junto con su empleador) y régimen subsidiado<sup>3</sup>-ARS (para

afiliar a quienes el Estado reconoce —a través de una encuesta, SISBEN (Sistema de identificación de posibles beneficiarios)— no cuentan con recursos y deben ser subsidiados). En la Ley 100 se establece la participación social como un principio ordenador del sistema que se expresa como: “la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto” (3, p. 12), lo cual quedó reglamentado en el Decreto 1757 de 1994, el cual se refiere a la participación como

el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, que buscan el bienestar humano y el desarrollo social, a través de los COPACOS como instancias de planeación local en salud y en las instituciones del Sistema de Seguridad Social por medio de las asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria<sup>4</sup> (4, p. 12).

En este contexto, en Bogotá durante el periodo de 1994 a 2003, la institucionalidad se concentró en organizar las formas y mecanismos de participación social establecidos en la Ley 100 de 1993. De este periodo, los actores participantes en la investigación resaltaron dos hechos importantes en la ciudad: en primer lugar, desde la mirada comunitaria una valoración positiva de la conformación de FAUSALUD (Federación de Asociaciones de Usuarios) que permitió la unificación de las asociaciones de usuarios en el marco de los procesos de fusión de los Hospitales (5). En segundo lugar, la

2 Empresas promotoras de salud del régimen contributivo que tiene como función: afiliar a los usuarios, administrar los recursos (unidad de captación por cada uno), contratar con los prestadores los servicios.

3 Administradoras del régimen subsidiado (nombre que mantuvieron hasta 2007) actualmente se denominan EPS.

4 Subrayado fuera del original. Resalta la emergencia de nuevas formas de participación vinculadas de forma directa con la prestación de servicios de atención a la enfermedad.

inclusión de la participación en los procesos de diagnósticos locales desde la institucionalidad en 1996.

Simultáneamente, los actores reconocen la coexistencia de procesos que fortalecieron la participación, tanto desde la lógica institucional: copacos, asociaciones y comités, creados por la Ley 100 según una visión instituida (se define: quién participa, cuándo y el alcance de la misma) como desde la lógica de los procesos sociales: entendida como las acciones colectivas por el derecho a la salud impulsadas en el marco de las múltiples experiencias, por ejemplo, la Campaña por el derecho a la salud<sup>5</sup>, los congresos nacionales del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSS), las movilizaciones, cacerolazos, campamentos humanitarios y las diversas iniciativas comunitarias y sociales.

En este contexto, en 2004 asumió la Alcaldía de Bogotá Luis Eduardo Garzón con las banderas del Polo Democrático Alternativo (PDA), y por primera vez en la historia del país un partido configurado por la unidad de izquierda democrática gobierna en el segundo cargo ejecutivo más importante después de la presidencia, por cuanto Bogotá es la capital del país. El programa del PDA gobernó dos periodos consecutivos desde 2004 hasta junio de 2012. Durante este periodo, en la Secretaria Distrital de Salud participaron en el direccionamiento estratégico y en la operación miembros de la Asociación de Medicina Social Latinoamericana (ALAMES) y del MNSS quienes aportaron para impulsar una visión de salud contrahegemónica a la existente en el país.

En este periodo, se construyó de manera participativa la Política de Participación del

Distrito (2004 -2012) para responder a las problemáticas de participación que identificó la ciudadanía en las primera y segunda asambleas distritales y en los espacios que habilitó la Secretaria de Salud para la discusión y formulación de la política (6). De manera genérica, se identificaron como principales problemas que afectaban la participación social en salud: a) la fragmentación e institucionalización de los procesos de participación; b) la participación de la comunidad como respuesta a exigencias circunstanciales provenientes de la lógica institucional; c) la falta de reconocimiento de las dinámicas territoriales; d) la inadecuada información, y e) el mínimo alcance de la participación en la toma de decisiones.

#### Lugar de enunciación de la participación social: la resignificación de la participación para la acción colectiva en salud

Para el desarrollo de la investigación, así como para el desarrollo de los procesos participativos, entendidos como prácticas sociales que ha agenciado o dirigido la autora<sup>6</sup> se propone una resignificación de la participación a partir de tres conceptos: habitar, hablar e integrar la participación<sup>7</sup> en una esfera determinante para el desarrollo de políticas y el ejercicio de empoderamiento por parte de la ciudadanía:

La participación se concibe como un medio y un valor a través del cual los sujetos expresan el poder que poseen como ciudadanos/as para afectar y transformar la esfera de lo público.

5 La campaña fue impulsada por un grupo amplio de organizaciones vinculadas a la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo durante 1999 y el 2000.

6 La autora del presente artículo ocupó el cargo de Directora de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía, de junio de 2007 a febrero de 2012, y dirigió la formulación e implementación de la Política Distrital de Participación Social —Decreto 530 de 2010—.

7 Esta perspectiva de participación social fue adaptada por la autora con base en el Módulo: Gerencia social de la participación Social.



De esta forma, la participación se realiza con sujetos de carne y hueso y en escenarios y contextos específicos, por lo cual se da en las interrelaciones que se tejen al calor de los conflictos, las resistencias, los acuerdos, los procesos de emancipación. Es decir, que es a través de la participación que se construye o deconstruye la democracia, como posibilidad de transformar con otros /as la vida social y la esfera pública (7).

En este marco, la participación se da en relación con lo público, entendido como el espacio funcional y simbólico construido por todos, cuya finalidad en relación con la salud es la búsqueda permanente de la equidad para la satisfacción de las necesidades humanas. El compromiso con la construcción de lo público a través de mecanismos participativos no se agota en la perspectiva de promulgar la participación constitucionalmente como eje de la gestión pública y de reglamentarla y perfeccionarla en un marco legislativo. Es necesario generar cambios de actitudes, prácticas y comportamientos, tanto del ciudadano del común como del servidor público, lo que requiere mostrar una voluntad institucional y política para desarrollar la participación en el marco de una cultura democrática.

“La participación es un proceso dinámico e integral, a través del cual los ciudadanos o miembros de una comunidad toman parte e influyen directamente en las decisiones y gestión de los asuntos públicos de la sociedad” (8). La participación como una fuerza que constituye la acción social y por ende la construcción de sociedad requiere ser resignificada de forma tal que se explicita como un medio —estrategia— que se usa para transformar relaciones desiguales en la distribución del poder y como fin —valor— que construye al sujeto de poder.

El resignificar la participación<sup>8</sup> pasa por un primer elemento y es su vinculación con la identidad, las formas como se constituyen relaciones y por ende con las lógicas territoriales, para tal fin se ubica el concepto de *habitar* en la medida que permite establecer tal vínculo.

### El habitar

El habitar es considerado como la condición de posibilidad del ser, es decir, desde una perspectiva ontológica el ser ES en la espacialidad y la temporalidad. “El habitar le permite al ser la relación consigo mismo y con otros en el marco de la construcción social, desde una dimensión de la cultura” (9).

El habitar, que puede ser concebido en primera instancia como condición de posibilidad del ser, es etimológicamente equivalente a construir; por ello es necesario precisar que la reflexión sobre el habitar remite a la relación habitar-construir, en la cual construir tiene al habitar como meta: el habitar y el construir están el uno con respecto del otro en relación de fin a medio, en esa medida habitar quiere decir permanecer, residir. El habitar-construir tiene que ver con la forma como los hombres son, la manera como los “hombres somos en la tierra”<sup>9</sup>. Ahora bien, si habitar y construir son equivalentes, ¿qué significa construir? Construir es crecimiento que desde sí hace madurar los frutos. Desde una mirada ontológica,

8 Una primera aproximación a esta conceptualización de la participación fue realizada en la tesis de especialización (La participación como base de la organización social, esap, 2009) en la cual se retomó el habitar, el hablar y el integrar como elementos constitutivos de la participación. Posteriormente esta conceptualización se utilizó para realizar la tesis de maestría en una localidad de Bogotá (La participación y la ciudadanía en salud, upn- cinde 2005).

9 Se retoma de forma literal la frase de Heidegger que recoge a la especie humana.

construir es la posibilidad que el ser sea lo que en esencia es (algo que se construye desde su potencia hasta llegar a actualizarse). De esta forma, el construir no se refiere simplemente al producir, sino que es el desenvolvimiento, el devenir de la esencia misma.

Es así, que el habitar se convierte en la condición de posibilidad del ser que se desarrolla en el hacer; este ser no es otro que “el hombre que tiene los pies en la tierra y cuyo límite es la muerte; el hombre mortal y por lo tanto finito en tanto que puede desarrollarse a sí mismo en su esencia que es habitar-construir” (9).

La finitud del hombre lo conduce a construir su forma de ser en la tierra a partir de la acción que realiza para cultivar la vida; el habitar-construir es movimiento, acción. ¿Cuál es la relación entre habitar-construir, pensar<sup>10</sup> y participar? Para Heidegger definir el habitar como la manera en que los seres humanos son en la tierra implica un carácter ontológico que lo vincula al lugar donde vive y al tiempo en que se realiza.

El habitar dota de lugar-territorio a la participación, al generar un vínculo indisoluble: “El espacio como representación de algo hace referencia a las dimensiones como categoría. El espacio de los mortales, es el lugar-espacio que se construye (lugares)” (9).

Desde el concepto de habitar, la participación es una acción que tiene un carácter ontológico que es condición de posibilidad de la existencia del hombre en el planeta. En el momento en que como seres humanos recobren el sentido esencial del habitar como construir-cuidar podrán levantar lazos de solidaridad que permitan a todos *morar en la tierra*; al reconocérsele el valor propio que posee la participación como

condición de posibilidad para realizar acciones conjuntas que permitan configurar lugares e identidades se vislumbra la coconstrucción de formas colectivas que reconocen la diversidad, por cuanto “habitamos de modos diversos en el tiempo, el espacio y en los lugares que construimos” (9); el habitar es subjetivo, propio y particular de acuerdo a los lugares que poseen un significado personal (territorio).

Construir el concepto de participar desde lo ontológico le da un sentido diferente en la medida en que plantea una visión que trasciende lo práctico y pone en evidencia su valor intrínseco, en cuanto traza los lineamientos de una ética de lo colectivo (desde cada uno/a) que es implícita en la participación.

La vida cotidiana se expresa en usos, objetos, lenguajes, costumbres, ritos, hábitos y género. Todos ellos le dan significación a la perspectiva ontológica, participar permite establecer el puente entre subjetividades; por ello, la participación es *esencial* al ser humano y no está limitada simplemente al marco jurídico.

### El hablar

Si bien el análisis del habitar proporciona elementos importantes para encontrar el sentido ontológico de la participación, también plantea la necesidad de construir el concepto desde los múltiples componentes de los seres humanos, en este sentido, el ser que es requiere de otros seres para referenciarse y re-conocerse. Esto lo hace en *el hablar*, la comunicación es la posibilidad del ser de desplegarse hacia otros, el lenguaje es el patrimonio de los hombres, lo que le permite constituirse socialmente en la cultura.

Desde la teoría de Bourdieu (10) se examina el mundo social como un universo de intercambios simbólicos en los que la acción recíproca (la interacción) es un conjunto de actos comunicativos, intercambios lingüísticos, que son también relaciones de poder simbólico, que

10 Pensar es escribir y escribir es pensar desde el marco del lenguaje que es la cultura. Es decir, que significa que el hombre ES en lenguaje.

actualizan relaciones de fuerza entre los locutores y sus respectivos grupos para elaborar una economía de los intercambios simbólicos que se expresan en las acciones como el resultado de las disposiciones sociales (socialmente modeladas) y del *habitus* lingüístico que implican una propensión a hablar.

El planteamiento de Bourdieu es que hablar es posible porque los seres humanos poseen la competencia para generar y crear discursos, los cuales están determinados por el uso adecuado del lenguaje (capacidad social); al ser la competencia comunicativa una posibilidad de hacer un uso adecuado del lenguaje necesariamente implica un mercado lingüístico que se impone como un sistema de sanciones y censuras específicas:

El modelo de producción y de circulación del lenguaje es la relación entre los *habitus* lingüísticos y los mercados, entendiéndose que estos últimos son determinantes específicos y condicionan la producción simbólica desde la esfera de la producción social, es decir, el lenguaje es un instrumento de acción y de poder que a su vez está determinado por las condiciones sociales específicas donde funciona (10).

El sentido del discurso, por tanto, no es algo objetivo y neutral, está dado por la relación que se establece entre el *habitus* lingüístico y el mercado simbólico de modo que lo que circula en el mercado no es la lengua, sino discursos estilísticamente caracterizados desde el lado de la producción, lo que les permite ser aprehendidos por otros y convertirse en mensajes.

En el discurso se encuentra la denotación como un componente estable, común a todos los locutores en tanto que la connotación se refiere a lo singular y propio, a la manera como cada locutor se expresa desde su propia expe-

riencia y la pone a jugar en forma simbólica. La paradoja de la comunicación consiste en que, aunque implica un medio común, solo se produce suscitando y re-suscitando experiencias singulares, es decir, socialmente caracterizadas: “La lengua es un código entendido no solo como cifra que permite establecer equivalencias entre sonidos y sentidos, sino, también como sistema de normas que regula las prácticas lingüísticas” (10). Por esto, la lengua oficial va de la mano con la creación del Estado: en la medida en que normatiza y regula la vida, se convierte en la institución que integra, a través de otras instituciones como la escuela: «El proceso que legitima e impone una lengua oficial es el sistema escolar que cumple con una función determinante “fabricar similitudes de donde se deriva esa comunidad de conciencia que constituye el cimiento de la nación”» (10).

De esta manera, la lengua es tomada como el eje de la integración para lo cual parte del código en el sentido de cifra, que rige la lengua escrita y que es considerada como lengua correcta en oposición a la lengua hablada, considerada inferior. Así, el código adquiere fuerza de ley por el sistema de enseñanza, se instauran unas jerarquías lingüísticas que surgen de la relación entre la escuela y el mercado de trabajo; en ella la primera da condiciones y reconocimiento en términos de legalizar el saber. De esta forma, se genera un proceso en el cual la circulación de bienes económicos es proporcional a la capacidad de adquirir bienes culturales, que crean un proceso de demarcación a través de una dominación simbólica llevada a cabo durante mucho tiempo. La dominación simbólica se realiza de forma inconsciente y sin ningún tipo de coerción a través del lenguaje (10).

De esta forma, aunque la dominación está determinada por los condicionamientos de clase, no se efectúa de manera consciente; simplemente es posible ejercerla porque hay una pre-



disposición (*habitus*) para sufrirla, que se ha transmitido de manera inconsciente a través de sugerencias que no son necesariamente parte del lenguaje, sino que son parte de la vida cotidiana:

Todas las prácticas lingüísticas se valoran con arreglo a un patrón de las prácticas legítimas de los dominantes, por eso el valor de la producción lingüística de los diferentes locutores, así como la relación que cada uno de ellos puede mantener con la lengua —y por tanto, con su propia producción— se define desde dentro del sistema de variables prácticamente competitivas que se instituye cada vez que existen las convicciones extralingüísticas de constitución de un mercado lingüístico (10).

Los usos sociales de la lengua deben su valor propiamente social al hecho que tienden a organizarse en sistemas de diferencias que reproducen en el orden simbólico las separaciones del sistema de diferencias sociales:

Hablar, es apropiarse de uno u otro de los estilos expresivos ya constituidos en y por el uso, y objetivamente caracterizados por su posición en una jerarquía de estilos que expresa la jerarquía de los correspondientes grupos. Estos estilos, sistemas de diferencias clasificados y clasificantes, jerarquizados y jerarquizantes, dejan su huella en quienes se los apropian y la estilística espontánea, provista de un sentido práctico de las equivalencias entre ambos órdenes de diferencias, expresa clases sociales a través de las clases de índices estilísticos (10).

Bourdieu plantea que a través del habla se crea el mundo; sin embargo, esta a su vez está determinada por las condiciones específicas que condicionan los *habitus* lingüísticos en relación con los mercados lingüísticos. En esta perspectiva,

es claro que existe una distribución del capital lingüístico y cultural que difiere de lo relativo a otras competencias por su capacidad de asegurar beneficios de distinción desde su condición de competencia legítima de producción, en tanto se cumplan las condiciones de unificación del mercado y de la desigual distribución de posibilidades de acceso a ella para que los grupos que la detentan estén en condiciones de imponerla como la única legítima, tanto en los mercados oficiales: mercado escolar, político, administrativo, como en la mayor parte de las interacciones lingüísticas.

Para Bourdieu los hábitos son estructuras de significación profunda (*habitus*). La cultura requiere del lenguaje como el medio de socialización que permite cultivar lo humano; esto se da a través del intercambio lingüístico, hablar es símbolo compuesto de significante-significado cuya función es expresar racionalidades y poderes, dado que se expresan especialidades y temporalidades diferentes. La lengua se convierte en un elemento de poder más allá de la instrumentalización y en el capital cultural por excelencia. Al ser así, existen relaciones de clase y orden, y contextos del lenguaje; el sentido hermenéutico de la comprensión del lenguaje requiere procesos de homogeneización que son un sistema de experiencias cotidianas que involucran a una comunidad, superan la esfera racional e incluye usos, costumbres y objetos; sin embargo, para Bourdieu no hay una única lengua:

Existen multiplicidad de lenguas desde las diferentes clases sociales, el lenguaje es sentido, comunicación, comprensión, intercambio lingüístico que tiene que ver con el poder. La lengua existe si hay *habitus* (estructuras profundas) que permitan el ejercicio de prácticas de poder que a su vez tiene que ver con las estructuras de poder que están relacionadas con el capital cultural (10).

El código lingüístico es un sistema de reglas para la construcción de los significados y de sus formas de representación en los discursos según se dan las experiencias acumuladas en los hablantes. Los códigos entonces se refieren a las reglas subyacentes de interpretación que regulan la orientación hacia un orden de significados que sustentan una cultura. Algunas ideas centrales sobre los códigos lingüísticos son pertinentes para el análisis que se propone. Según Bernstein, estos son:

- El código es un principio regulador que se adquiere tácita e informalmente; nadie podría enseñar un código a otro, los códigos son aprendidos más que enseñados.
- El contexto actúa selectivamente sobre lo que puede decirse, cómo se dice y cómo se convierte en hecho público. El contexto determina lo que puede significar o sea lo que se puede decir con sentido.
- A diferentes contextos, diferentes códigos. Hay un nexo entre contextos y significados que los hace relevantes e importantes.

Siempre hay un poder que regula las relaciones entre contextos. Desde este enfoque es necesario considerar que el participar requiere de sujetos con capacidades para interlocutar con otros, es decir, realizar acciones conjuntas; en esta medida el hablar posibilita la generación de subjetividades, siempre y cuando se puedan entablar códigos comunes. El código es un principio semiótico que hace posible la interacción social y por supuesto la configuración de campos de sentido compartidos; por esto, el hablar es fundamental en el concepto de participación. La representación simbólica es exclusiva de la comunidad humana y se establece a través del habla.

Por medio del habla se dan los procesos epistemológicos y axiológicos. En esa perspectiva el acceso al lenguaje debe ser considerado como

acceso al capital cultural. El hablar está sometido a la enmarcación, es por ello que excluye y margina a aquellos hablantes no especializados. De este modo el poder del representante de la asociación de usuarios de la salud es marginal a pesar de estar en el espacio de toma de decisiones porque no tiene las condiciones lingüísticas para acceder a los discursos legítimamente instituidos, a la vez que no logra incidir en la construcción de discursos alternativos o contrahegemónicos. Desde esta esfera la apropiación del capital cultural por parte de los sujetos es una herramienta clave para los procesos de participación y significa una ruta que debe ser acogida en los procesos de formación para la participación.

El desarrollo del concepto de *participar desde el hablar* hace evidente la necesidad de buscar mecanismos que permitan el acceso de los sujetos al capital cultural; de no ser así, la participación continuará como un discurso de legitimación y no una práctica a partir de la cual se constituyen subjetividades y se transforma la vida hacia condiciones más justas y equitativas. Retomando los planteamientos de Bourdieu y Bernstein, desde el hablar es posible retomar la fuerza de la voz que enuncia y que al hacerlo hace explícitas sus posiciones frente al poder instituido, de esta forma el hablar se convierte en un dispositivo que subvierte la lógica de la enunciación institucional y permite instaurar nuevas formas de decir, nuevas subjetividades: nuevas formas de relación y de poder (10, 11).

#### El integrar y el participar

No basta el habitar y el hablar para constituir al sujeto participante, es necesario que el ser formalice, instituya y de vía a las relaciones regeneradas; se requiere de un tercer momento de integración social. El integrar se refiere al modo como se habita con otros, a la forma como se relaciona con otros y a la manera como se

han establecido las sociedades. De acuerdo con las múltiples interpretaciones, se debe recurrir a los procesos históricos en procura de identificar los elementos que han hecho posible la vida social: según algunos autores, entre quienes sobresale Max Weber, la vida social ha sido posible porque las diversas asociaciones disponen de mecanismos para articular distintos tipos de intereses (12). Es posible identificar una forma de acción colectiva que puede ser de varios tipos: a) con arreglo a diversos fines, así la sociedad se ha desarrollado por la acción social que se da en las relaciones como respuesta a los intereses que correspondan; b) el que haya sociedad depende de procesos de integración basados en la solidaridad mecánica para compartir (13), o c) en una solidaridad orgánica que se da en sociedades más especializadas, esta solidaridad es entendida como una fuerza moral externa a los individuos que generalmente actúan a través de normas (14).

Más allá de las discusiones, se puede ubicar que el integrar posee por lo menos tres planos:

- El plano funcional referido a las condiciones materiales de la vida, las cuales poseen una dinámica sujeta a la división social del trabajo, el mercado, el consumo y la globalización. Esta dinámica fluye y a la vez determina niveles de integración tanto en las sociedades como en los sujetos.
- El plano ético que se refiere a la forma como se entablan relaciones entre los sujetos, los cuales son integrados a su microuniverso axiológico, es decir, aquellos que poseen el carácter de valor irremplazables; en este sentido pueden ser considerados como *habitus* pues tienen la condición de estructuras de significación profundas que se han tejido a través del tiempo.
- El plano simbólico hace referencia a los procesos culturales que involucran el

mundo de las significaciones para el conjunto de la sociedad, desde la esfera de la cultura, entendida como “el conjunto de procesos a través de los cuales se elaboran estructuras de significación, se las reproduce, se las transforma y se las operativiza” (15). La cultura es el “cultivo de lo humano”<sup>11</sup>, en este sentido la cultura no es un servicio, sino una parte esencial del ser humano y por tanto de su dignidad —entendida como las condiciones propias del ser humano: autonomía—.

El integrar se sirve de procesos de comunicación que permiten la comprensión de los no acuerdos y la realización de lecturas y miradas diferentes, en esa medida lo simbólico cruza las otras dos dimensiones anteriores: habitar y hablar.

El participar implica necesariamente al integrar en la medida en que establece condiciones materiales para que los sujetos sean y existan en sociedad. La participación no puede ser en el concepto ni en la práctica si no contempla los tres planos del integrar: funcional, ético, simbólico.

A partir de todos los elementos expuestos, el participar se muestra como un concepto dinámico que se dirige a la construcción de sujetos y sociedades por cuanto es una fuerza, un poder, que instituye relaciones en todas las esferas del ser humano como artífice de la cultura. Desde este enfoque, la participación toma una nueva dimensión, ella es posible si, y solo si, se es capaz de promover sujetos con sentido de lo público (ciudadanos) y de crear condiciones de posibilidad desde la sociedad para que el sujeto sea, pues solamente lo social da cuenta de lo individual en una relación de doble vía a

---

11 Implica producción-acción humana.

la cual subyacen valores como la equidad, la solidaridad y el respeto.

En este contexto, resignificar el participar va dirigido a la conformación de procesos de ciudadanía como la posibilidad de que los sujetos enuncien y ejerzan el poder. En tal sentido, una propuesta de participación que reconoce el carácter ontológico, comunicativo e integrador posibilita apropiarse la participación como un medio para lograr objetivos y como la acción a través de la cual se transforman las relaciones y por ende al sujeto, lo cual posibilita la emergencia de nuevos discursos y nuevas subjetividades en la esfera pública.

Este enfoque de participación se dirige a la consolidación de redes de sujetos concretos que impulsan el desarrollo o los ejercicios de la civilidad y la construcción de ciudadanía, entendida como el proceso por medio del cual el individuo y las organizaciones acceden progresivamente a capacidades y oportunidades para realizar sus intereses frente a los otros y frente a las instituciones del Estado, en procura de producir nuevos ordenamientos y distintas lógicas y relaciones de poder. Desde esta perspectiva, la ciudadanía es la consolidación de la participación de los diferentes públicos en los procesos de construcción de vida con calidad creciente, es decir en la construcción de la vida social a través de lo cual la participación es incidencia y decisión en la coproducción de la salud como condición de bienestar para todos. Cabe señalar que este elemento del participar rompe con la lógica instituida dada por el marco regulatorio y posiciona en primer lugar el poder de los sujetos para decidir sobre la vida y sobre las políticas en salud; desde este contexto, el derecho a la salud es un pretexto de la sociedad para restituirse como dinamizador de la vida colectiva y tensionar al Estado al interpellarlo en su papel de garante, en unas condiciones en que su desdibujamiento a la luz de las políticas neoliberales y de la globalización invitan a

repensar la organización social y política de las democracias actuales.

Principales hallazgos de la experiencia de participación social en Bogotá 2004-2012  
La debilidad de los procesos de participación corresponde a tres nudos problemáticos:

1. La cultura democrática por la prevalencia del interés particular sobre el general afecta la construcción de la salud como bien público. Esto incluye la fractura entre lo social y lo político, que conduce a que haya tensiones entre líderes que obedecen, en la mayoría de los casos, a la lógica representativa, y se explicitan las relaciones demarcadas por el clientelismo.
2. Una debilidad institucional referida a un Estado que no garantiza los derechos; los servidores públicos no asumen la visión de derechos y no hay condiciones materiales para el ejercicio de la participación como uno. Adicionalmente, la norma termina por ser un obstáculo más para la participación.
3. La debilidad de los líderes y la insuficiencia para exigir se traducen en pocos recursos de poder y de decisión.

En cuanto a la implementación de la política de participación se identificaron como logros en términos de su resignificación<sup>12</sup> un conjunto de acciones intencionadas:

- La renovación de la perspectiva de la participación como acción política y social que genera condiciones de empoderamiento individual y colectivo en función de la salud y la calidad de vida, incluye los servicios de atención pero no se reduce a esto (*integrar*).

---

<sup>12</sup> Acorde con el marco teórico: habitar, hablar, integrar.

- El impulsar una afectación al Estado y la constitución de una lógica democrática al caracterizar la política como incidencia, exigencia y decisión. Al instalar la participación como poder efectivo sobre decisiones públicas en salud y en la calidad de vida se logra avanzar en el derecho. Un ejemplo concreto fue el logro de la política de gratuidad como se mencionó antes (*integración*).
- La generación y fortalecimiento de espacios para el debate, la argumentación, la deliberación y las asambleas<sup>13</sup> por el derecho a la salud (*hablar*).
- El disputar una imagen de participación autónoma y territorial basada en el reconocimiento de las lógicas comunitarias en los espacios propios y en la construcción de identidades para explicitar el vínculo entre el derecho a la participación y el derecho a la salud, donde las estrategias de gestión territorial y de exigibilidad fueron centrales (*habitar-integrar*).
- La articulación con otras áreas de las SDS como salud pública a través del posicionamiento de la participación en los núcleos de gestión (APS) y en el ámbito comunitario como movilización de la salud pública en el espacio público (*integrar*).
- El fortalecimiento y la gestión de formas de organización autónomas e institucionales. Se cualificaron los recursos de poder de los líderes y organizaciones a través de formación<sup>14</sup> y apoyo a iniciativas; cabe aclarar que

estas no se restringen a destinar recursos financieros y otorgarlos, las iniciativas se implementaron a través de proyectos que formularon y ejecutaron las organizaciones. Este ejercicio fue un dispositivo pedagógico para impulsar las experiencias colectivas (las organizaciones respondían por el proyecto y por el manejo de recursos). El dispositivo fue valorado por los participantes de los grupos focales como fundamental para apropiarse realmente una lógica de construcción colectiva y para consolidar la identidad y los valores como la solidaridad y la responsabilidad (*habitar, hablar, integrar*).

- El impulsar las veedurías ciudadanas a contratos en salud, a los hospitales, a las EPS. La veeduría estableció con la comunidad el ranquin que calificaba la calidad de las EPS en términos de cumplimiento (*integrar*).
- La creación de procesos comunicativos como acciones específicas que promovían capacidades a través de experiencias concretas como la realización del programa de radio comunitario en alianza con la *K-lle*<sup>15</sup> y el periódico *Participación al Día*, esto fortaleció la red de comunicadores comunitarios (*habitar, hablar, integrar*).

## Conclusiones

La Política Distrital de Participación ve el concepto de participación vinculado con las nociones de poder y derechos humanos, que al incluir el concepto de ciudadanía en la salud instala un sujeto que va más allá de ser un receptor de información o usuario de los servicios de salud, logra fortalecer la institucionalidad para que esta garantice la participación y amplíe los

13 Del 2004 a febrero de 2012 se realizaron 7 asambleas distritales cada una con preparación local-territorial.

14 La formación partió de la identificación de necesidades planteadas por los líderes. Básicamente se organizó un programa de formación con contenidos como derechos (énfasis en salud —DESC—), planeación, herramientas de fortalecimiento organizativo, desarrollo de capacidades comunicativas y gestión social integral. El programa se ordenó como diplomado y lo desarrolló la Universidad Nacional a través de un convenio, que incluyó lo equivalente para los servidores públicos.

15 Emisora comunitaria de Tunjuelito, clasificada como un medio alternativo en la ciudad para la democratización de la información y la comunicación.



espacios como las asambleas distritales y los comisionados en salud.

En cuanto a la concepción de participación que subyace a la Ley 100 se concluye que el Decreto 1757 de 1994 teóricamente es una participación decisoria; sin embargo, el peso de todos los mecanismos se enmarca en la representación. También se propone el logro del bienestar humano y el desarrollo social, es decir, una visión de salud más allá de la enfermedad en la que, no obstante, todos los mecanismos se centran en los servicios de atención

que potencializan la idea de que la salud es enfermedad, un servicio y no un derecho.

### *Descargos de responsabilidad*

El presente artículo hace parte de la tesis doctoral: *Análisis crítico del gobierno en salud en Bogotá 2004-2012: el derecho a la salud*.

Declaro que el trabajo es original e inédito y fue realizado por mí, sin violar o usurpar derechos de autor de terceros y lo expresado en él es de mi absoluta responsabilidad.

### *Referencias*

1. Colombia, Congreso Nacional de la República. Ley 100, (1993). (1994 ene 4).
2. Minayo C. El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa [internet]. 2015 [citado 2016 nov 27]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/31673891>
3. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1757, 1994. (1994 ago 28).
4. Cotes KP. Participación social en salud y democracia: Una reflexión a partir de la experiencia de FAUSALUD en Bogotá, 1999-2005 [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2006. 220 p.
5. Chaparro LT. Análisis de caso de la política de participación social en salud en el Distrito Capital 2004-2011 [tesis de maestría]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2014. 117 p.
6. Carmona L, Casallas A. La participación en salud base para la construcción de ciudadanía. Bogotá: CINDE-UPN; 2005.
7. Múnera L. Rupturas y Continuidades. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1997.
8. Heidegger M. Conferencias y artículos. Barcelona: Ediciones del Serbal; 1994.
9. Bourdieu P. ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Madrid: Akal; 1985.
10. Bernstein B. La estructura del discurso pedagógico. Madrid: Morata; 1990.
11. Weber M. Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva. (2.ª impresión) Madrid: Fondo de Cultura Económica; 2002.
12. Durkheim E. La división del trabajo social (vol. 1). Barcelona: Ediciones LEA; 1928.
13. Rawls J. La justicia como equidad. Barcelona: Paidós; 2002.
14. García-Canclini. N. Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad. México: Grijalbo; 1990.
15. Clifford Geertz, 1973. interpretación de las culturas. Gedisa, Mexico 1987.