# Burócratas a nivel de calle y enfoque de derechos humanos: percepciones de profesionales en la gestión de garantías explícitas en salud en Chile

## Street level bureaucrats and human rights approach: perceptions of professionals in the management of explicit guarantees in health in Chile

## Bureaucrates de rue et approche des droits de l'homme: perceptions des professionnels dans la gestion des garanties explicites en santé au Chili

Camilo **Soto-Carmona**

https://orcid.org/0000-0002-0785-256X

Universidad de Chile. Santiago de Chile

Correo electrónico: camilo88@ug.uchile.cl

Cristian **Leyton Navarro**

https://orcid.org/0000-0003-3647-1317

Universidad de Chile. Santiago de Chile

Correo electrónico: cristianleyton@uchile.cl

Recibido: 9 de julio de 2024
Aceptado: 3 de marzo de 2025

DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311

RESUMEN: La salud es reconocida como Derecho Humano por diferentes convenciones, razón por la cual adquieren importancia las Políticas Públicas con enfoque de derechos tales como el caso de las Garantías Explícitas de Salud en Chile. Así, ante la relevancia del papel que juegan los actores que participan en la implementación de está



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México

Política Pública, es de interés conocer las percepciones de profesionales de salud que, en su rol de Burócratas a Nivel de Calle, participan en los procesos de implementación de políticas públicas. Esta percepción, definida como la comprensión de dichos actores sobre la complejidad y exigencia del contexto en que se desenvuelven, puede afectar su desempeño profesional e influir en los procesos de implementación. El objetivo de este estudio fue analizar las percepciones que los profesionales tienen respecto a la aplicación del enfoque de derechos en salud. Los resultados destacan el acceso a la salud y plazos de atención como principios relevantes, junto con otros principios específicos del enfoque de Derechos Humanos durante la atención de salud. En conclusión, es necesario desarrollar más estudios que permitan conocer y analizar las estrategias que los profesionales llevan a cabo para el cumplimiento del derecho a la salud.
*Palabras claves*: enfoque de derechos; burócratas nivel de calle; políticas públicas; garantías en salud.

ABSTRACT: Health is recognized as a Human Right by various conventions, which is why Public Policies with a Rights-Based Approach, such as the Explicit Health Guarantees in Chile, are so important. Thus, given the relevance of the role played by the actors involved in the implementation of this Public Policy, it is of interest to understand the perceptions of health professionals who, in their role as Street-Level Bureaucrats, participate in public policy implementation processes. This perception, defined as these actors' understanding of the complexity and demands of the context in which they operate, can affect their professional performance and influence implementation processes. The objective of this study was to analyze professionals' perceptions regarding the application of the Rights-Based Approach to health. The results highlight access to health and timelines of care as relevant principles, along with other specific principles of the Human Rights-Based Approach in health care. In conclusion, it is necessary to develop more studies that allow us to understand and analyze the strategies that professionals carry out to comply with the right to health.
*Keywords*: rights-based approach; street-level bureaucrats; public policies; health guarantees.

RÉSUMÉ: La santé est reconnue comme un droit humain par différentes conventions, c'est pourquoi les politiques publiques axées sur les droits, comme le cas des garanties explicites de santé au Chili, gagnent en importance. Ainsi, compte tenu de la pertinence du rôle joué par les acteurs qui participent à la mise en œuvre de cette politique publique, il est intéressant de connaître les perceptions des professionnels de la santé qui, dans leur rôle de bureaucrates de rue, participent aux processus de mise en œuvre des politiques publiques. Cette perception, définie comme la compréhension de ces acteurs de la complexité et de l'exigence du contexte dans lequel ils opèrent, peut affecter leur


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

performance professionnelle et influencer les processus de mise en œuvre. L'objectif de cette étude était d'analyser les perceptions qu'ont les professionnels quant à l'application de l'Approche Droits en santé. Les résultats mettent en évidence l'accès à la santé et les conditions de soins comme principes pertinents, ainsi que d'autres principes spécifiques de l'approche des droits de l'homme lors des soins de santé. En conclusion, il est nécessaire de développer davantage d'études permettant de comprendre et d'analyser les stratégies que les professionnels mettent en œuvre pour réaliser le droit à la santé.
*Mots clés*: approche fondée sur les droits; bureaucrates de base; politiques publiques; garanties de santé.

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Metodología*. III. *Resultados y discusión*. IV. *Conclusiones*. V. *Bibliografía*.

## I. Introducción

La salud es reconocida como parte de los derechos humanos (DDHH) por diversas convenciones, siendo considerada como la facultad de cualquier persona a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios para su realización.[1] Este derecho social no sólo abarca la atención de salud oportuna, pues considera determinantes de la salud tales como el acceso al agua, alimentos, nutrición adecuada, vivienda y condiciones sanas del medio ambiente.[2] El derecho a la salud es un derecho complejo e inclusivo que depende tanto de determinantes sociales de la salud, como de otros derechos fundamentales.[3]

Las políticas públicas definidas como acciones y decisiones que resultan de la interacción entre distintos actores políticos, sociales e institucionales, surgen en respuesta a asuntos de interés público y situaciones socialmente problemáticas,

[1] Organización Mundial de la Salud, *El Derecho a la Salud. Introducción. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*, Folleto informativo núm. 31, Ginebra, WHO, 2008.

[2] Díaz, Alejandro, "Reflexiones sobre la protección no judicial del derecho a la salud", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 28, enero-junio de 2019. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2019.28.13143

[3] Vargas, María Magaly, "Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 35, 2022. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2022.35.17283


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

como lo son las condiciones de salud en que se encuentra la población.[4] Así, durante las últimas décadas, adquieren relevancia las Políticas Públicas con Enfoque de Derechos (PPED) poniendo acento en la importancia de un enfoque integral en el disfrute de los mismos.[5]

La Constitución Política de la República de Chile (CPR) asegura en su artículo 19, número 9, el derecho a la protección de la salud.[6] Sin embargo, para algunos autores esta definición se aleja de un Estado de carácter social, y otorga destacada importancia al principio de subsidiariedad y a la protección de los cuerpos intermedios de la sociedad, entre ellos las usuarias y los usuarios del sistema de salud (usuarios).[7] Cabe destacar que el sistema de salud de Chile está compuesto por el sistema público y el sistema privado; el primero se financia con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA). El financiamiento del segundo sistema proviene de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención.[8]

---

4 Montenegro Martínez, G., Carmona Montoya, A. y Franco-Giraldo, A., "Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas", *Gaceta Sanitaria*, vol. 35, núm. 3, 2021, pp. 270-281. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007

5 Cunill-Grau, Nuria, Fernández, M. M. y Vergara, M., "Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud: Un análisis a partir del caso chileno", *Salud colectiva*, vol. 7, núm. 1, enero-abril de 2011, pp. 21-33. https://www.redalyc.org/pdf/731/73118413003_2.pdf

6 Allard, Raúl, Hennig Leal, M. C., y Galdámez Zelada, L., "El derecho a la salud y su (des) protección en el estado subsidiario", *Estudios Constitucionales*, Santiago, Año 14, núm. 1, julio de 2016, pp. 95-138. https://www.redalyc.org/pdf/820/82046567004.pdf

7 Poyanco, Rodrigo y Fuentes-Contreras, Édgar, "El derecho a la salud en Chile y Colombia. La narrativa judicial respecto a la justiciabilidad del derecho a la salud, en los ordenamientos constitucionales de ambos países", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 35, julio-diciembre de 2022, pp. 175–209. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2022.35.17276

8 Becerril-Montekio, Víctor, Reyes, Juan de Dios y Manuel, Annick, "Sistema de salud de Chile", *Salud Pública de México*, vol. 53, supl. 2, 2011. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009&lng=es&tlng=es


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Tabla 1. Valores que incorpora la reforma a la salud de Chile

| | |
|---|---|
| Derecho a la salud | Toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país. |
| Equidad | Resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables, y a ello tenemos que dedicar nuestros mayores esfuerzos. |
| Solidaridad | Esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos. |
| Eficiencia | Esfuerzo tanto de prestadores como de usuarios. Va en directo beneficio de la salud de la población. |
| Participación social | Reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos. |

FUENTE: elaboración propia con base en biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Describe valores incorporados en la reforma sanitaria iniciada el año 2004, este proceso tuvo además un componente central de garantización progresiva de derechos exigibles y garantizados en salud, que abarcó derechos de cobertura en atención, plazos máximos para el otorgamiento de las prestaciones, protección financiera y un estándar de calidad para la atención de un conjunto de problemas de salud graves, caros y frecuentes, que representan una alta proporción de la carga de enfermedad.[9]

El primer componente de la reforma fue el proyecto de Ley No. 20.584 sobre Derechos y Deberes de las Personas en atención de salud, seguido del diseño e implementación de la Ley No. 19.966 del Régimen de Garantías Explícitas

[9] Giedion, Ú., Bitrán, R., y Ignez, T., *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*, Banco Interamericano de Desarrollo, 2014. https://publications.iadb.org/es/planes-de-beneficios-en-salud-de-america-latina-una-comparacion-regional


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

en Salud (GES), considerada uno de los primeros hitos para extender las PPED hacia el ámbito de la salud.

Tabla 2. Garantías explícitas en salud y su definición

| | |
|---|---|
| *Acceso* | Asegura el otorgamiento de prestaciones garantizadas por parte de FONASA o ISAPRES en forma y condiciones establecidas por decreto. |
| *Oportunidad* | Plazos máximos para la atención de cada uno de los problemas. |
| *Protección financiera* | Valor máximo para pagar (porcentaje de copago y topes máximos) por las atenciones. |
| *Calidad* | La atención de salud será realizada por un prestador acreditado de acuerdo con la Ley No. 19.937. |

FUENTE: elaboración propia con base en biblioteca del Congreso Nacional de Chile.[10]

Muestran los cuatro principios del Enfoque de Derechos Humanos (EDH) incluidos en esta Política Pública de Chile para el cumplimiento de derechos en salud. De esta forma, el EDH implica poner a las personas en el centro del diseño de las políticas públicas, reconociendo explícitamente sus derechos para favorecer su empoderamiento, junto con obligaciones inmediatas para la realización progresiva y gradual bajo principios de rendición de cuentas, no discriminación e igualdad y participación.[11]

Las PPED definen obligaciones de cada Estado frente a los DDHH involucrados en una estrategia de desarrollo, tanto económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, haciendo hincapié en los principios que conforman las PPED.[12] El EDH implica una aproximación integral basada en los principios

[10] Drago, Marcelo, "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos", *Políticas sociales,* núm. 121*,* Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006; Giedion, Ú., Bitrán, R., y Ignez, T., *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*, Banco Interamericano de Desarrollo, 2014. https://publications.iadb.org/es/planes-de-beneficios-en-salud-de-america-latina-una-comparacion-regional

[11] Drago, Marcelo, "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos", *Políticas sociales,* núm. 12, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006.

[12] Abramovich, Victor, "Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

de universalidad, integralidad e indivisibilidad de los DDHH.[13] Otros autores plantean que el EDH contribuye a promover la ciudadanía social, ya que todos somos titulares de derechos, incluidos los derechos sociales y económicos que establecen la protección social.[14] Además, la literatura especializada coincide en reconocer que los principios sobre los que se fundan las PPED, además de la universalidad, incluyen la exigibilidad, la participación social, la integralidad y la progresividad.[15]

En ocasiones, algunos principios pueden tensionar el ejercicio de derechos,[16] por esa razón, las tensiones existentes entre lo que se enuncia como Política Pública y la forma en que estás se implementan, relevan el quehacer de los Burócratas a Nivel de Calle (BNC) en los procesos de implementación, ya que cumplen un rol como actores que participan en la entrega de productos o servicios públicos en la primera línea cuyo actuar influye en los resultados que tienen las políticas públicas junto con la relación que establece el Estado con sus ciudadanos.[17] A diferencia de otros funcionarios, los BNC se ven afectados por múltiples factores, entre ellos su contexto sociopolítico, ambiente de trabajo, creencias y valores personales.[18]

---

políticas de desarrollo", *Revista de la CEPAL*, núm. 88, 2006, pp. 35-50. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/877ba5f8-d849-4907-9388-ebe841eeea01/content

13 Pautassi, Laura y Royo, Laura, *Enfoque de derechos en las políticas de infancia: indicadores para su medición*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2012.

14 Cecchini, Simone y Rico, María Nieves, "El enfoque de derechos en la protección social. Instrumentos de protección social", *Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL), 2015. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/59480da5-e26d-451b-a557-141e8c5f34c1/content

15 Cunill-Grau, Nuria, "Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública", *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, núm. 46, 2010. *https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533678002.pdf*

16 Cunill-Grau, Nuria y Leyton-Navarro, Cristian, "Una nueva mirada al enfoque de derechos. Aportes al debate a partir de los servicios de cuidado para personas mayores en Chile", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 27, 2018. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2018.27.12529

17 Leyton Navarro, C., "Profesionales a nivel de calle. Tensiones y desafíos en el proceso de implementación de las políticas sociales", *Ts Cuadernos de Trabajo Social*, núm. 20, 2020, pp. 4-21. https://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/173/176

18 Campos, Sergio, Varela Castro, S., Meza, O. y Pérez-Chiqués, E., "Gestión hospitalaria de la pandemia en la Ciudad de México. Un análisis desde el enfoque de burocracia a nivel de calle", *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre de 2020. https://www.remap.ugto.mx/index.php/remap/article/view/346/263


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Los estudios en Políticas Públicas y salud, con foco en los BNC, son de importancia ya que las decisiones de estos actores son críticas para la sociedad.[19] El término *burócrata de calle* se refiere a la función de un actor como agente de implementación, participando en la tarea de entrega de productos o servicios públicos en la primera línea de atención de usuarios.[20] Las percepciones de los BNC definida como la comprensión de dichos actores sobre la complejidad y exigencia del contexto en que se desenvuelven,[21] puede afectar su desempeño y su rutina profesional, influyendo fuertemente en los procesos de implementación de Políticas Públicas. Por esta razón, se torna de interés conocer las percepciones que los profesionales de la salud, en su rol de BNC, tienen respecto de las PPED.

## II. Metodología

Este estudio cualitativo de carácter exploratorio y descriptivo, describió las percepciones del enfoque de derechos que los BNC involucrados en la entrega de servicios a los usuarios, tienen durante su trabajo a diario recogido a través de fuentes primarias de información por medio de la aplicación de una pauta de entrevista semiestructurada que consistió en un conjunto de diez preguntas abiertas.[22] Involucró la participación voluntaria de personas en el desarrollo de una entrevista realizada de forma remota, grabada y transcrita, la cual aportó datos para la descripción y análisis de las percepciones que los profesionales tienen respecto del derecho a la salud en Chile.

---

19 Berlin, Johan, Szücs, S., Höjer, S. y Liljegren, A., "How do street-level bureaucrats manage high workloads? Collegial mechanisms at the organisational level-experiences from public healthcare organisations", *European Management Review*, vol. 19, núm. 2, 2022, pp. 299-312. https://doi.org/10.1111/emre.12480

20 Lipsky, Michael, *Street-Level Bureaucracy,* 30th Ann. Ed., Dilemmas of the Individual in Public Service. Russell Sage Foundation, 2010.

21 Lima-Silva, Fernanda, Lemos Sandim, Tatiana, Morangueira Magri, Giordano, Lotta, Gabriela, "Street-level bureaucracy in the pandemic: the perception of frontline social workers on policy implementation", *Revista De Administração Pública*, vol. 54, núm. 5, 2020, pp. 1458-1471. https://doi.org/10.1590/0034-761220200529x

22 Hernández-Sampieri, Roberto, *et al., Metodología de la investigación*, 5a. ed., México, McGraw Hill Interamericana, 2010.


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

La unidad de análisis estuvo compuesta por profesionales de salud que trabajan en equipos de atención usuaria y gestión de GES de establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS) y hospitales del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) de Santiago de Chile. Esta selección se basó principalmente en la convocatoria de funcionarias y funcionarios con profesiones afines al ámbito de la salud que realizaban gestión y atención de usuarios, con experiencia laboral en el servicio público de salud y pertenecientes a las unidades de GES del SSMSO.

Tabla 3. Caracterización de la muestra

| | APS | Hospitales | Resumen |
|---|---|---|---|
| *Entrevistados [Número]* | 5 | 5 | 10 participantes |
| *Sexo [Femenino/Masculino]* | (4/1) | (4/1) | Distribución (8/2) |
| *Edad promedio [Años]* | 38 años. | 34 años. | 36 años. |
| *Profesión* | Enfermería, nutrición, obstetricia, trabajo social, odontología. | Enfermería, nutrición, kinesiología. | Enfermería, nutrición, obstetricia, trabajo social, odontología, kinesiología. |
| *Experiencia laboral [Años]* | 8 años. | 14 años. | 12 años. |
| *Experiencia en GES [Años]* | 8 años. | 6 años. | 7 años. |
| *Perfil de usuarios atendidos* | Problemas de salud oncológicos y quirúrgicos. | Población infanto-juvenil y población migrante. | Población adulta joven y adultos mayores |

Fuente: elaboración propia.

Describe el total de participantes que se desempeñan en la primera línea de implementación de las GES, con base en características individuales y laborales, según corresponda.


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Los entrevistados plasmaron su interés en participar a través de un consentimiento informado bajo condiciones de estricta confidencialidad y anonimato, el cual fue validado por la comisión de ética de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas (FCFM) de la Universidad de Chile. Para el análisis de datos se usó el modelo de análisis de contenido, ya que se trata de un proceso deductivo por medio de una codificación iterativa[23].

Tabla 4. Codificación de párrafos durante la transcripción de entrevistas

| | |
|---|---|
| *Número de entrevistado* | Letra "E" MAYÚSCULA y número de entrevista |
| *Género del entrevistado* | F= Femenino; M= Masculino |
| *Nivel de atención del entrevistado* | HOSP = Hospital; APS = Atención Primaria en salud |
| *Párrafo de la entrevista* | Un número de dos dígitos |

FUENTE: elaboración propia.

Muestra los códigos utilizados durante el proceso de análisis de datos, en función del contenido en los párrafos de la transcripción de entrevistas semiestructuradas.

## III. Resultados y discusión

A continuación, se plasman las percepciones respecto al derecho a la salud y las políticas de salud en Chile, centrado principalmente en la tensión que existe al poner en práctica los aspectos normativos establecidos en la CPR y la reforma de salud del año 2004 que permitió impulsar las PPED, como las GES. Luego, se presentan percepciones respecto a los principios transversales del EDH con foco en acceso a la salud, en términos de igualdad y no discriminación, junto con los mecanismos de reclamo cuándo existe un incumplimiento de las GES. Finalmente, aquellos principios específicos que, desde la mirada de los BNC, se tornan relevantes durante la atención de salud en Chile.

[23] Vears, Danya y Gillam, Lynn, "Inductive content analysis: A guide for beginning qualitative researchers", *Focus on Health Professional Education: A Multi-Professional Journal*, vol. 23, núm. 1, 2022, pp. 111-127. https://doi.org/10.11157/fohpe.v23i1.544


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

## 1. Visiones respecto al derecho a la salud y las PPED en Chile

Los profesionales de APS perciben que la reforma de salud es un hito clave en el cambio de paradigma en atención, particularmente la Ley de GES y la Ley de Derechos y Deberes de las Personas, pues son elementos que respaldan un modelo de atención de salud basado en principios de derechos (acceso, oportunidad y exigibilidad). Además, consideran que el derecho a la salud no siempre es ejercido por todas las personas, por lo que es necesario que el cumplimiento de las GES sea monitoreado con indicadores, mecanismos de reclamo y fiscalización por los organismos del nivel central del Estado. Esta percepción coincide con los hallazgos de autores quienes consideran necesario que el Estado genere mecanismos y leyes que respalden activamente el actuar de los servicios de salud.[24]

> "El cumplimiento del GES pelea con otros indicadores que lo van dejando hacia atrás, pero es una Ley que tienes que cumplir". (Entrevista No. 8, APS)
>
> "La verdad creo que es un poco complicado para la población acceder fácilmente a tener una salud de calidad". (Entrevista No. 9, APS)
>
> "[...] obviamente sabemos que en Chile no es así, no se cumple en la totalidad de casos". (Entrevista No. 7, APS)

El nivel de atención (Hospital o APS) en que se desempeñan los profesionales influye en la manera en que orientan la implementación de PPED. Por ejemplo, los profesionales del nivel hospitalario basan su percepción del derecho a la salud principalmente en iniciativas legales tales como la CPR de Chile, la reforma de salud del año 2004 y el régimen de las GES que permiten orientar la atención de salud:

> "Al garantizar el derecho a través de una Ley, se está cumpliendo el derecho en salud. Es lamentable que se tenga que hacer así, pero creo que así al menos en las GES funciona". (Entrevista No. 1, HOSP)
>
> "No hay derechos. Yo siento que no existe, el usuario si debiera contar con derechos, el derecho a una salud de calidad y a ser atendido como corresponde". (Entrevista No. 3, HOSP)

---

[24] Allard, Raúl, Hennig Leal, M. C., y Galdámez Zelada, L., *El derecho a la salud y su (des) protección en el estado subsidiario...*, *cit.*


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

"Hay distintas variables, de cómo está escrito en la Ley a cómo lo llevo a la práctica". (Entrevista No. 5, HOSP)

La evidencia indica que los profesionales utilizan categorizaciones basadas en visiones personales de la sociedad, percepciones sobre qué tan bien son valorados por los usuarios, concepciones morales sobre lo que está bien o mal y estereotipos.[25] De esta manera, lo anterior refuerza la tensión que surge entre el derecho a la salud percibido por los profesionales hospitalarios, en contraste con el derecho a la protección de la salud establecido por la CPR de Chile. Por lo que, la discrecionalidad y la autonomía serán influenciadas por el grado de conocimiento que los profesionales de salud de APS y hospitales pudieran tener respecto de las normas. Así, las dificultades que refieren los profesionales hospitalarios y las críticas realizadas por los profesionales de APS generan prácticas individualizadas y paternalistas con repercusiones negativas en la aplicación de la Ley durante la atención de salud.

En relación con las GES, la *garantía de acceso* corresponde a la garantía que mayor relevancia toma para los profesionales, señalando que su cumplimiento se otorga desde que se brinda la posibilidad de atención a los usuarios en los diferentes establecimientos de salud. El acceso entonces, se torna un principio relevante para el ejercicio del EDH, ya que de lo contrario existen inequidades en la utilización de servicios de salud que benefician a los más ricos:[26]

"El acceso habla sobre el derecho de salud". (Entrevista No. 6, APS)

"La garantía de acceso nosotros la hacemos valer desde el momento que el usuario viene hacia la oficina". (Entrevista No. 3, HOSP)

A pesar de lo anterior, existen barreras que limitan el acceso a la atención de salud a nivel de APS y hospitales. En esta línea, es posible identificar también las dificultades en el cumplimiento de la GES de acceso, particularmente en el

25 Nunes, João y Lotta, Gabriela, "Discretion, power and the reproduction of inequality in health policy implementation: Practices, discursive styles and classifications of Brazil's community health worker", *Social Science & Medicine*, núm. 242, 2019. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112551

26 Núñez, Alicia y Chunhuei, C., "Equity in health care utilization in Chile", *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, núm. 58, 2013. pp 38-48. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-58


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

acceso a nivel de atención terciario relacionado a especialidades médicas y cirugías en hospitales:

> "La garantía al acceso se cumple, quizás no siempre en el plazo estipulado". (Entrevista No. 1, HOSP)
>
> "Creo que es difícil para la población en general, sobre todo para la población que no tiene la forma de pagar algo privado". (Entrevista No. 9, APS)

Por otra parte, tanto los profesionales de APS como los de hospitales coinciden en que la *garantía de oportunidad* corresponde a un principio relevante. Por esta razón, los equipos profesionales enfocan la atención de salud en brindar una atención oportuna hacia los usuarios y la importancia de velar por el cumplimiento de indicadores de garantía de oportunidad. Si bien, los profesionales orientan sus acciones hacia el cumplimiento de la oportunidad de atención, existen dificultades asociadas a los diferentes ámbitos en que actúan principalmente a nivel de APS. A lo anterior, podría sumarse que aspectos tales como la discrecionalidad y autonomía señalados pudiesen influir en pro o contra de la atención de los usuarios oportunamente.[27] Independiente de lo anterior y ante el incumplimiento de la garantía de oportunidad, los usuarios del sistema de salud pueden exigir sus derechos a través del mecanismo establecido por FONASA para el reclamo de GES:

> "La garantía de oportunidad es algo que monitorizamos constantemente". (Entrevista No. 3, HOSP)
>
> "Para mí la motivación de cumplir los plazos es eso, o sea cumplir las garantías porque las personas necesitan, no es porque la Ley me esté obligando a hacerlo. Es porque tienes una persona que tienes que resolverle sus problemas y tratar de hacer el mayor esfuerzo para [...]". (Entrevista No. 2, HOSP)
>
> "Nosotros hacemos todo para cumplir con la oportunidad de atención". (Entrevista No. 3, HOSP)

Las GES aseguran también la cobertura de prestaciones de salud para la población chilena.[28] Las percepciones que los profesionales tienen sobre el de-

---

27 Lipsky, Michael, *Street-Level Bureaucracy, op. cit.*

28 Aguilera, Ismael, A. Ormeño, H. y Urriola, C., *Improving health system efficiency: Chile: Implementation of the Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE) reform*, World Health Organization, 2015. https://apps.who.int/iris/handle/10665/187657


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

recho de los usuarios se basan también en otras garantías tales como la exigibilidad y la capacidad de pago, estás garantías tienen directa relación con el cumplimiento de la atención de salud y, por tanto, los derechos de estos usuarios, por ejemplo en el caso de las GES como un ejercicio de PPED que vela por el cumplimiento de la *garanía de calidad* y *garantía protección financiera* de la población, permite la acreditación y certificación en salud en el sistema público:

> "Todo usuario que ingresa al servicio APS debe estar registrado en el sistema". "La Ley interviene indicando que el profesional debe acreditar calidad". (Entrevista No. 6, APS)
>
> "A mí me parece súper bueno que haya un listado en el que el usuario pueda acceder y buscar al profesional de salud, verificando si realmente está habilitado o no". (Entrevista No. 4, HOSP)
>
> "A mí jamás se me olvida que detrás de cada garantía hay una persona y no que es un número". (Entrevista No. 2, HOSP)

## 2. Percepciones de los profesionales respecto de principios transversales del EDH

### A. *Igualdad y no discriminación*

La mayoría de los profesionales basa su visión en la comprensión del derecho a la atención de salud respaldado principalmente en la CPR de Chile. Es posible interpretar que en Chile, los usuarios tienen derecho a elegir dónde recibir atención (público o privado), sin embargo, esta elección va en línea con los ingresos monetarios de cada familia, lo que finalmente limita que el derecho a la salud sea ejercido por toda la población.

El derecho a la salud en Chile se caracteriza por su acceso desigual, producto del contexto político económico en que surgieron las políticas públicas de salud.[29] Existe consenso en el cuestionamiento de lo señalado anteriormente, pues para los profesionales entrevistados el ejercicio de derechos sociales, como la salud, presenta brechas en la atención, presupuesto e infraestructura en el acceso para la entrega efectiva de prestaciones hacia usuarios, generando in-

[29] Villasana-López, Pedro y Álvarez-Gonzáles, Eva, "Representaciones sociales acerca de la lucha, en Chile, por el derecho a la salud", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 37, núm. 2, 2019, pp. 44-53. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n3a06


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

cumplimiento del ejercicio efectivo de los derechos. Otro hallazgo relevante consiste en las dificultades para acceder a las prestaciones de salud, por lo que se tornó relevante la promulgación de las GES para el cumplimiento del derecho a la salud. Por esta razón, surgen diferencias entre el ejercicio del derecho en el sistema público o privado de atención de salud:

> "Creo que el garantizar el derecho es la forma en que tú le das a la persona el acceso como tal". (Entrevista No. 1, HOSP)
>
> "La verdad es que hay una tremenda brecha, hay limitaciones de todo orden para poder asegurar los derechos". (Entrevista No. 5, HOSP)

Las diferencias entre el sistema público y privado de salud afectan principalmente a los usuarios más pobres y sus derechos son vulnerados.[30] Existe consenso entre los profesionales entrevistados de que el derecho a la atención de salud en Chile puede ser considerado un privilegio, al que no todas las personas acceden a causa de la falta de recursos. Aunque existan alternativas de elección para las personas, la capacidad de pago limitará su posibilidad de decisión, lo que finalmente convierte a la salud en un *privilegio* más que un derecho realmente garantizado, pues no existe igualdad entre el derecho de las personas para escoger a cual sistema de salud acogerse (privado o público):

> "El derecho a la salud, para mi es un derecho universal, pero que en este momento es un privilegio de pocos..." (Entrevista No. 2, HOSP)
>
> "No existe un derecho como libre a la obtención de salud, sino que va en estricta relación con el ingreso de las personas..." (Entrevista No. 3, HOSP)

El sistema de salud en Chile continúa favoreciendo a las personas con mayores recursos económicos lo que se contradice con el derecho a la protección de salud.[31] La capacidad de pago se convierte entonces en un elemento condicionante sobre la posibilidad de las personas para acceder a salud, ya que a pesar de estar consagrado en la CPR, existen barreras que se contrastan entre los

---

30 Cunill-Grau, Nuria y Fernández, Margarita, "Implementación del enfoque de derechos humanos: la reforma sanitaria chilena", *Revista Venezolana de Gerencia*, vol. 19, núm. 66, abril-junio de 2014, pp. 287-305. https://www.redalyc.org/pdf/290/Resumenes/Resumen_29031265008_1.pdf

31 Núñez, A. y Chunhuei, C., "Equity in health care utilization in Chile", *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, núm. 58, 2013. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-58


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

prestadores públicos y privados de salud marcado principalmente por el componente universal del FONASA, a diferencia de la selección y discriminación predominante en las ISAPRES:

> "El derecho a salud se limita a tu dinero, pero es un derecho que no está garantizado para todo chileno..." (Entrevista No. 1, HOSP)
>
> "Creo que es difícil para la población en general, sobre todo para la población que no tiene la forma de pagar algo privado..." (Entrevista No. 9, APS)

La falta de acceso se traduce a la vez en listas de espera sobre todo para aquellos usuarios que no cumplen los criterios para acceder a las GES, generando consecuencias negativas en la salud de las personas y aumentando la desigualdad en salud de la población.[32] Por tanto, el acceso, la igualdad y la no discriminación son elementos clave para el ejercicio del derecho a la salud, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por el Estado, el sistema público de salud suele ser presionado a cumplir con los derechos de los usuarios en espera de atención de salud:

> "El derecho a la salud en el país efectivamente no es equitativo". (Entrevista No. 3, HOSP)
>
> "El usuario si debiera contar con derechos, el derecho a una salud de calidad, a ser atendido como corresponde, a ser atendido en el tiempo que corresponde y es algo que no se ve". (Entrevista No. 3, HOSP)

### B. *Exigibilidad y mecanismos de reclamo*

La exigibilidad es el aspecto más sensible de las PPED, lo que requiere no sólo fortalecer las condiciones institucionales del Estado, sino que también la existencia de estrategias para mitigar asimetrías sociales para el uso de mecanismos de exigibilidad.[33] En palabras de los entrevistados, es posible percibir que las

---

[32] Aguilera, Ismael, A. Ormeño, H. y Urriola, C., *Improving health system efficiency: Chile: Implementation of the Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE) reform*, World Health Organization, 2015. https://apps.who.int/iris/handle/10665/187657

[33] Cunill-Grau, Nuria y Fernández, Margarita, "Implementación del enfoque de derechos humanos: la reforma sanitaria chilena", *Revista Venezolana de Gerencia*, vol. 19, núm. 66, abril-junio de 2014. https://www.redalyc.org/pdf/290/Resumenes/Resumen_29031265008_1.pdf


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

GES brindan una base legal sólida para el surgimiento de derechos en salud, ya que acerca al Estado a la ciudadanía para que los usuarios puedan exigir sus derechos efectivamente:

> "Las GES proveen la base legal, pero quizás falta el cómo pasar ese documento que está ahí en la Ley firmado y hacerlo operativo para que las personas realmente ejerzan su derecho". (Entrevista No. 4, HOSP)

Respecto a los mecanismos de reclamo, existe consenso entre los profesionales de APS y hospitales en la necesidad de que los usuarios se informen, conozcan sus derechos y mecanismos por el cual, se exige su cumplimiento en aquellos casos en que exista retraso en plazos de atención de salud. El incumplimiento de derechos puede ser producto de diferentes razones, siendo la sobrecarga de trabajo el principal factor que genera errores en el procesamiento de documentos, pudiendo causar retrasos en la atención de usuarios en salud:

> "Cada establecimiento tiene también una realidad distinta. Yo lo veo con los retrasos en cumplimiento de garantías". (Entrevista No. 5, HOSP)
>
> "Por el tiempo que llevan esperando la interconsulta, eso es por lo que más se queja la gente acá..." (Entrevista No. 7, APS)

Los usuarios desconocen el derecho que establecen las GES para el reclamo de cumplimiento de garantías, siendo necesario entonces que los usuarios se informen de su derecho de presentar reclamos si no se cumplen sus garantías de atención. Los usuarios desconocen su derecho a presentar un reclamo y el mecanismo por el cual se activa en FONASA un segundo prestador privado, es relevante que los usuarios se informen no solamente de sus derechos, sino que también de sus deberes durante la atención de salud. Un aspecto clave para el ejercicio del reclamo consiste en recibir la información oportuna que les permita conocer las prestaciones de atención de salud que les corresponde:

> "Al no cumplirse los plazos tiene el derecho a hacer el reclamo en FONASA". (Entrevista No. 2, HOSP)
>
> "Efectivamente el usuario puede reclamar si es que no se le ha cumplido a cabalidad lo que dice la Ley". (Entrevista No. 3, HOSP)


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

"El usuario está desinformado y yo siento que eso también es un derecho. Es un derecho del usuario estar informado de todo lo que conlleva ser usuario GES". (Entrevista No. 3, HOSP)

"La gente cree que porque tiene FONASA no tiene derecho a reclamar, que solamente tiene que esperar y esperar nomás que lo operen cuando el hospital pueda". (Entrevista No. 2, HOSP)

"Que el usuario pueda optar a un segundo prestador privado. Pero esa información yo creo que no todos lo saben, nosotros la entregamos al usuario". (Entrevista No. 2, HOSP)

Por esta razón, los profesionales de hospitales suelen informar a los usuarios, por ejemplo, ante el incumplimiento de derechos en la atención de salud o de garantías específicas en el caso de las GES, y optar por un segundo prestador de salud para el cumplimiento de su atención. Se concluye que, el mecanismo de reclamo es pasivo, es decir, se activa sólo cuando hay denuncia por parte de los usuarios. El rol de fiscalización se centra en el FONASA como principal encargado del seguimiento y resolver el cumplimiento de atención en salud. Así, los usuarios pueden reclamar el cumplimiento de garantías para que el FONASA entregue soluciones como la derivación a un segundo prestador privado para abordar las dificultades, principalmente relacionadas con la oportunidad de atención de salud:

"Al final se les da tanta libertad a las personas, pero no se les da quizás las herramientas para poder realmente ejercer sus derechos". (Entrevista No. 4, HOSP)

"Falta un rol del Estado, no de protección ni de abarcar, sino que de proteger". (Entrevista No. 4, HOSP)

"Los usuarios están mucho más informados y exigen sus derechos, cosa que cuando yo empecé a trabajar eso no era así". (Entrevista No. 10, APS)

"Habitualmente FONASA actúa ante el reclamo del usuario, si no hay reclamo no hay ningún acto". (Entrevista No. 4, HOSP)

C. *Participación*

Respecto a la participación, existe consenso entre los entrevistados de que hay un empoderamiento creciente de los usuarios, también es posible destacar esfuerzos que surgen para promover la participación activa en los procesos de mejora y el cuidado de su propia salud. De esta forma, los entrevistados pro-


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

mueven el fortalecimiento de la participación a través de actividades que incorporan la visión, dudas y propuestas de los representantes de los usuarios, junto con la facilitación de canales y mecanismos efectivos para el ejercicio del reclamo:

> "Un elemento que me parece que debería estar super potente, es el tema de empoderar a los usuarios". (Entrevista No. 4, HOSP)
>
> "El Estado somos todos los que trabajamos de alguna manera en alguna repartición descentralizada del Estado". (Entrevista No. 4, HOSP)

Sumado a lo anterior, destaca además la presencia de programas de educación hacia los usuarios e instancias de participación de rendición de cuentas, lo que a su vez se complementa con cuentas públicas participativas dirigidas por el equipo directivo y autoridades de la red, incorporando la participación de usuarios con foco en empoderar a la comunidad:

> "Cada centro de salud hace su cuenta pública donde el director rinde y obviamente que resuelve dudas de los usuarios". (Entrevista No. 9, APS)
>
> "Participamos de forma activa y efectivamente ahí tenemos información de la comunidad porque están los dirigentes de la comunidad, su directiva". (Entrevista No. 3, HOSP)

Se perciben esfuerzos particularmente de la APS para involucrar a la comunidad a través de la participación social y la comunicación con grupos vecinales, este resultado coincide con lo expuesto por algunos autores que señalan la posibilidad de construir vínculos con los usuarios para facilitar el acceso a políticas públicas de salud[34]

> "Nosotros tenemos un coordinador que se hace cargo de la participación social y de promoción. Por otro lado, también la estrategia que se tiene es la comunicación con las juntas de vecinos y esto facilita el acceso con las clínicas móviles hacia la población quizás, en general hacia toda la población, pero también va muy enfocado

[34] Lima-Silva, Fernanda, Lemos Sandim, Tatiana, Morangueira Magri, Giordano, Lotta, Gabriela, "Street-level bureaucracy in the pandemic: the perception of frontline social workers on policy implementation", *Revista De Administração Pública*, vol. 54, núm. 5, 2020. *https://doi.org/10.1590/0034-761220200529x*


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

hacia la población que tiene más difícil acceso a acudir a los centros de salud". (Entrevista No. 9, APS)

La mayoría de los profesionales de APS encargados de vincular con la participación social, acercan las instituciones de salud a la población con un enfoque en el despliegue territorial. Así, se establece una comunicación directa con las juntas de vecinos para facilitar el acceso a dispositivos de salud, incorporando la difusión a través de diferentes medios de comunicación:

"Trabajas con tiempos, debes tener coordinación, debes tener buena comunicación con los equipos..." (Entrevista No. 6, APS)

"Hay una encargada de participación también que coordina tanto a nivel de red de servicio, red comunal, se generan actividades con los usuarios que básicamente tienen que ver con promoción y prevención que es nuestra área". (Entrevista No. 10, APS)

Por el contrario, los profesionales del nivel hospitalario perciben que la participación de los usuarios es, en su mayoría, indirecta a través de consejos y reuniones en comités de usuarios. Aquí expresan sus inquietudes a los equipos directivos y reciben la información solicitada tal como se observa en las siguientes afirmaciones:

"Los usuarios dicen sentirse menoscabados por nosotros como funcionarios del hospital pues nosotros somos la cara del hospital". (Entrevista No. 2, HOSP)

"También siento que APS entrega información muy a medias a los usuarios..." (Entrevista No. 2, HOSP)

Es necesaria la participación del usuario en las decisiones de atención de salud, generando discusiones tanto a nivel de APS como de hospitales para abordar los nuevos desafíos que surgen en la atención de salud chilena. Por otra parte, existen casos de usuarios que presentan dificultades para informarse y poder exigir sus derechos oportunamente. Esto, ya que producto del análisis surge la percepción de que las PPED en salud son desconocidas por los usuarios, especialmente los de mayor edad, dificultando el acceso a derechos y el cumplimiento de deberes durante la atención de salud:


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

> "El empoderar a las personas no pasa sólo por explicarles, sino que pasa con facilitarles las herramientas para que las personas puedan realmente ejercer esos roles". (Entrevista No. 4, HOSP)

La relevancia de promover la participación de usuarios en la creación de guías de práctica clínica y la responsabilidad que tienen en el cuidado de su propia salud para el mejoramiento de la implementación de las PPED, se torna clave. Por esta razón, se necesitan canales efectivos para que los usuarios expresen sus demandas y necesidades a nivel local. Así, se trabaja en modelos de atención que empoderen y eduquen a los usuarios del sistema de salud de manera clara y ajustada a la realidad local de cada establecimiento, incorporando un enfoque territorial de prevención, promoción y participación con relación al modelo de APS para dar solución a problemáticas relacionadas con la salud en el mediano y largo plazo. Es necesario que futuros procesos de reforma de salud deben ser realizados "a puertas abiertas" con una mayor participación y rendición de cuentas de aquellos acuerdos y decisiones tomadas en pro de los usuarios para el logro de los objetivos sanitarios del país.

> "Me da la impresión de que hay mucha rotación de gente en algunos lados porque siempre te firma alguien distinto los correos que te mandan, y al haber cambio de gente no reciben la capacitación correcta y por eso se generan errores". (Entrevista No. 2, HOSP)
>
> "Ocurre mucho en salud el tema de la asimetría de información en donde el usuario no sabe nada y resulta que el profesional que está al otro lado tiene un nivel alto de conocimiento". (Entrevista No. 4, HOSP)

D. *Información, rendición de cuentas y responsabilidad*

Respecto de la información, el Estado a través de sus instituciones de salud es el principal encargado de facilitar su difusión a través de sus diferentes plataformas de comunicación (telefonía, radios locales e internet) haciéndolas accesibles para todos. Así, con un EDH, los profesionales de APS perciben que es posible contribuir al empoderamiento de éstos, alcanzando una mayor adherencia al tratamiento y finalmente, una disminución de costos en salud:


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

"Nosotros como funcionamos en atención primaria depende mucho del recurso humano, que esté comprometido con su población a cargo porque si nosotros como funcionarios no estamos comprometidos". (Entrevista No. 10, APS)

"No llega la información o cuando llega, llega distorsionada y llega de otra manera, por lo que tú la implementas mal". (Entrevista No. 8, APS)

Los profesionales de APS y hospitales atienden a los usuarios directamente, entregando las explicaciones que necesitan y facilitando el acceso a la información. Por lo que, el compromiso del personal de salud y su conocimiento de la red son cruciales para brindar una atención de calidad. En este sentido, la comunicación debe ser proactiva y bidireccional, es decir, entregar información de manera proactiva a los usuarios y no sólo como una respuesta a reclamos:

"Siento que mi compromiso es alto por lo tanto mi nivel de intentar trabajar en esta población que en general es vulnerable, los estándares tienen que ser los más altos porque son los que más lo necesitan". (Entrevista No. 10, APS)

Por el contrario, se aprecia que no siempre los usuarios comprenden los diagnósticos de GES por lo que es necesario que los profesionales, particularmente médicos, entreguen la información de forma clara. Usualmente son estos últimos los responsables legales de informar a los usuarios sobre su ingreso a las GES y su derecho a reclamo, mientras que otros equipos clínicos promueven la información para que cada usuario del sistema de salud se empodere como sujetos de derechos en salud:

"Entregar información al usuario, decirle cuales son los establecimientos donde el usuario se puede atender, comunicarle si se puede o no atender en otra parte". (Entrevista No. 1, HOSP)

"Falta información, pero también que se informe al usuario y segundo, el médico que le da el diagnóstico debería tener la obligación de explicarle al usuario". (Entrevista No. 2, HOSP)

Así, los profesionales de salud en su rol de BNC se hacen responsables de educar a los usuarios para garantizar su acceso a la información y rendición de cuentas. Para esto, los profesionales informan directa o indirectamente a través de llamada telefónica, correos electrónicos o rescate a domicilio para la entrega de información:


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

"Se le explica cuando se le hace la firma de carta GES, el médico obviamente le explica que es una patología GES, que tiene beneficios, que tiene un tiempo, etc. pero la gente yo creo que igual después desconoce mucha información que va en beneficio de ellos". (Entrevista No. 7, APS)

"Se hacen entrevistas en la radio por los diferentes profesionales de las patologías, también se comunica a la gente de la población". (Entrevista No. 8, APS)

Respecto de la información, es relevante facilitar su acceso y promover la educación de los usuarios para brindar una buena calidad de atención en el sistema de salud. En este sentido, existe consenso en el rol preponderante que ejercen los equipos de salud, y en particular el equipo médico, para explicar de manera clara y comprensible los procedimientos, enfermedades y, particularmente, los derechos de los usuarios, cuestión que en ocasiones no es posible alcanzar:

"Yo creo que hay médicos que no entienden el GES, no saben lo que es el GES, entonces también ahí es difícil que un médico que no sabe le de la información a un usuario". (Entrevista No. 2, HOSP)

"Hay un perfil del usuario acá en nuestra comuna que más allá de la escolaridad o de la condición social que manejan considero que todavía les falta mucha información en salud". (Entrevista No. 10, APS)

Se percibe en la mayoría de los entrevistados la opinión de que cada usuario debe estar informado sobre sus derechos y deberes, educados sobre el rol de las instituciones del nivel central, particularmente del FONASA, y recibir información por parte del equipo clínico. Sin embargo, en el ámbito de las GES existe la impresión de que los usuarios no conocen sus derechos, por ejemplo, el derecho a optar por un segundo prestador privado ante el incumplimiento de la garantía de oportunidad. También existe la percepción de que no comprenden los problemas de salud incorporados en esta Política Pública:

"Yo creo que al usuario le falta mucho, le falta mucho educarse acerca de su patología". (Entrevista No. 2, HOSP)

"Lo que pasa es que los usuarios desconocen que tienen derechos y que es una garantía, que la patología que tienen tiene un tiempo, entonces al no tener ese acceso a la información, bueno el acceso lo tienen, pero lo desconocen, no reclaman". (Entrevista No. 7, APS)


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Existe desconocimiento de los derechos de los propios usuarios y existe acuerdo en la necesidad de educar a los usuarios sobre las prestaciones de salud y la red de servicios. Si bien, algunos usuarios tienen mayor conocimiento de algunas políticas de salud, por ejemplo, la Ley de derechos y deberes, no todos conocen sus derechos expresados en garantías. Esto, a pesar de los esfuerzos reiterados por los profesionales para reforzar la educación de los usuarios, es decir, a los usuarios les falta empoderarse de su rol como sujetos de derechos:

> "El usuario puede optar a un segundo prestador. Pero esa información yo creo que no todos lo saben, nosotros la entregamos al usuario". (Entrevista No. 2, HOSP)
>
> "Yo creo que eso es un valor, que tengamos el usuario informado es un valor, y debemos seguir tratando de bajarle la información y de poder también generar estas instancias de participación". (Entrevista No. 5, HOSP)
>
> "La gente cree que porque tiene FONASA no tiene derecho a reclamar". (Entrevista No. 2, HOSP)
>
> "Ellos tienen súper claro en todo caso, la Ley de derechos y deberes, por lo tanto, también saben que cuando su garantía está retrasada pueden hacer el reclamo correspondiente". (Entrevista No. 5, HOSP)

## IV. Conclusiones

Este estudio muestra la relevancia de considerar las percepciones del EDH de los BNC que participan a diario en la atención de usuarios con GES, ya que estos profesionales influyen directamente sobre la implementación de PPED. De esta forma, es posible interpretar la existencia de la percepción de que el derecho a la salud en Chile y las diferentes garantías que lo promueven no siempre logran ser ejercidos efectivamente por la población. Esto puede ser causado por múltiples razones, entre ellas, las barreras que surgen para su implementación en el territorio, entre otros.[35] Los avances en materia del derecho a la salud en Chile traducido en políticas públicas durante las últimas décadas, particularmente a través de iniciativas legales como la Ley No. 19.966 de GES y la Ley No.

[35] Rodríguez, María Victoria, Prieto, Florencia, Pantoja, Tomás y Letelier, Francisco, "Percepciones y actitudes de médicos de atención primaria respecto de las Guías de Práctica Clínicas en el Régimen de Garantías en Salud", *Revista médica de Chile*, vol. 147, núm. 5, 2019, pp. 602-611. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500602


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

20.584 de derechos y deberes de las personas, han generado diferentes impactos en el modelo de atención. En este caso fue posible analizar en primer lugar las GES (acceso, oportunidad, protección financiera y calidad) como garantías que entregan las leyes de salud para dar respuesta a demandas de los usuarios y que, posterior a su implementación, generó también una mayor utilización del sistema de salud chileno exigiendo al Estado un mayor control sobre prestaciones de salud.[36]

Para el análisis de las percepciones respecto al derecho a la salud en Chile fue relevante considerar las dificultades que existen en los contextos de implementación de PPED, debido a la tensión entre el cumplimiento legítimo de la Ley y las estrategias que los BNC llevan a cabo para la entrega de servicios. Así, este estudio reflejó la percepción en torno al acceso en la atención de salud y el cumplimiento de plazos de atención como principios relevantes para el ejercicio del derecho a la salud, hallazgo similar a lo expuesto por otros autores quienes señalan la importancia de generar una atención más equitativa hacia los usuarios ante el retraso en la atención de salud.[37] Las percepciones de los profesionales durante la atención de salud se respaldan en tareas críticas para la entrega de atención, estas suelen ser desarrolladas en ambientes de trabajo un tanto precarizados, dado las dificultades presupuestarias para aumentar la cantidad de recursos humanos y tecnológicos. Lo anterior, obliga a facilitar el acceso a los servicios de salud en donde predominan percepciones personales y categorizaciones para la entrega oportuna, por ejemplo, de información y los mecanismos de reclamo ante el desconocimiento que usuarios y usuarias tienen de sus respectivos derechos.

Otra conclusión relevante tiene relación con las percepciones de los profesionales respecto de los principios transversales del EDH, donde fue posible observar los mecanismos para que usuarios puedan ejercer sus derechos y la necesidad de que el Estado establezca nuevas PPED para resolver las barreras de acceso a la atención médica, dado que las GES se han posicionado como una

---

36 Martínez-Gutiérrez, María Soledad y Cuadrado, Cristóbal, "Health policy in the concertación era (1990–2010): Reforms the chilean way", *Social Science & Medicine*, núm. 182, 2017, pp. 117-126, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.012

37 Núñez, Alicia y Chunhuei, Chi, "Equity in health care utilization in Chile, International", *Journal for Equity in Health*, vol. 12, núm. 58, 2013. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-58


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

estrategia que permite dar una mejor cobertura de salud a la población.[38] Las percepciones de los profesionales se centran en principios tales como el *acceso*, puesto que, existe desigualdad en las oportunidades, presupuesto e infraestructura que dificultan el acceso a la salud en Chile. Luego la *protección financiera*, ya que tanto el sistema de salud público como privado favorecen a menudo a aquellos con mayores recursos económicos. Finalmente, la *disponibilidad de información* y la *participación* de los usuarios como principios necesarios para garantizar el cumplimiento de derechos, dado que facilitan espacios para la comunicación y educación sobre los derechos, y problemas relacionados con la atención médica.

A pesar de lo relevante de los hallazgos previamente expuestos, cabe destacar algunas limitaciones que se describen a continuación, ya que este estudio se llevó a cabo en el escenario de cambio constitucional de Chile iniciado posterior al estallido social de octubre de 2019, lo que puso en el debate público la temática de derechos sociales, particularmente el derecho constitucional a la salud, aspecto que quizás no pudo ser completamente abordado en el proceso de aplicación de cada entrevista por aspectos metodológicos no consignados en el diseño inicial. Sin embargo, este artículo plantea la oportunidad de desarrollar futuros estudios que consideren este debate, abarcando a su vez una población de estudio mayor que se desempeñen en diferentes servicios de salud puesto que, en el caso chileno, existen realidades territoriales que pueden contribuir a incorporar otras percepciones de los profesionales a nivel de calle y de otros actores involucrados en PPED en salud.

## V. Bibliografía


Abramovich, Victor, "Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo", *Revista de la CEPAL*, núm. 88, 2006. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/877ba5f8-d849-4907-9388-ebe841eeea01/content

Aguilera, Ismael, A. Ormeño, H. y Urriola, C., *Improving health system efficiency: Chile: Implementation of the Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE)*


[38] Julio, Cristian, Wolff Rojas, Patricio y Vegoña Yarza, María, "Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia", *Revista Médica de Chile,* vol. 144, núm. 6, pp. 781-787, 2016. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600014



e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311


Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

*reform*, World Health Organization, 2015. https://apps.who.int/iris/handle/10665/187657

Allard, Raúl, Hennig Leal, M. C., y Galdámez Zelada, L., "El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario", *Estudios Constitucionales*, Santiago, Año 14, núm. 1, julio de 2016. https://www.redalyc.org/pdf/820/82046567004.pdf

Becerril-Montekio, Víctor, Reyes, Juan de Dios y Manuel, Annick, "Sistema de salud de Chile", *Salud Pública de México*, vol. 53, supl. 2, 2011. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009&lng=es&tlng=es

Berlin, Johan, Szücs, S., Höjer, S. y Liljegren, A., "How do street-level bureaucrats manage high workloads? Collegial mechanisms at the organisational level—experiences from public healthcare organisations", *European Management Review*, vol. 19, núm. 2, 2022. https://doi.org/10.1111/emre.12480

Campos, Sergio, Varela Castro, S., Meza, O. y Pérez-Chiqués, E., "Gestión hospitalaria de la pandemia en la Ciudad de México. Un análisis desde el enfoque de burocracia a nivel de calle", *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre de 2020. https://www.remap.ugto.mx/index.php/remap/article/view/346/263

Cecchini, Simone y Rico, María Nieves, "El enfoque de derechos en la protección social. Instrumentos de protección social", *Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL), 2015. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/59480da5-e26d-451b-a557-141e8c5f34c1/content

Cunill-Grau, Nuria; Fernández, M. M. y Vergara, M., "Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud: Un análisis a partir del caso chileno", *Salud colectiva*, vol. 7, núm. 1, enero-abril de 2011. https://www.redalyc.org/pdf/731/73118413003_2.pdf

Cunill-Grau, Nuria, "Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública", *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, núm. 46, 2010. https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533678002.pdf

Cunill-Grau, Nuria y Fernández, Margarita, "Implementación del enfoque de derechos humanos: la reforma sanitaria chilena", *Revista Venezolana de Gerencia*, vol. 19, núm. 66, abril-junio de 2014. https://www.redalyc.org/pdf/290/Resumenes/Resumen_29031265008_1.pdf


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Cunill-Grau, Nuria y Leyton-Navarro, Cristian, "Una nueva mirada al enfoque de derechos. Aportes al debate a partir de los servicios de cuidado para personas mayores en Chile", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 27, 2018. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2018.27.12529

Díaz, Alejandro, "Reflexiones sobre la protección no judicial del derecho a la salud", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 28, enero-junio de 2019. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2019.28.13143

Drago, Marcelo, "La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos", *Políticas sociales,* núm. 121*,* Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006.

Giedion, Ú., Bitrán, R., y Ignez, T., *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*, Banco Interamericano de Desarrollo, 2014. https://publications.iadb.org/es/planes-de-beneficios-en-salud-de-america-latina-una-comparacion-regional

Hernández-Sampieri, Roberto, *Metodología de la investigación*, 5a ed., México, McGraw Hill Interamericana, 2010.

Julio, Cristian, Wolff Rojas, Patricio y Vegoña Yarza, María, "Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia", *Revista Médica de Chile*, vol. 144, núm. 6, 2016. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600014

Leyton Navarro, C., "Profesionales a nivel de calle. Tensiones y desafíos en el proceso de implementación de las políticas sociales", *Ts Cuadernos de Trabajo Social*, núm. 20, 2020. https://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/173/176

Lima-Silva, Fernanda, Lemos Sandim, Tatiana, Morangueira Magri, Giordano y Lotta, Gabriela, "Street-level bureaucracy in the pandemic: the perception of frontline social workers on policy implementation", *Revista de Administração Pública*, vol. 54, núm. 5, 2020. https://doi.org/10.1590/0034-761220200529x

Lipsky, Michael, *Street-Level Bureaucracy*, 30th Ann. Ed., Dilemmas of the Individual in Public Service. Russell Sage Foundation, 2010.

Martínez-Gutiérrez, María Soledad y Cuadrado, Cristóbal, "Health policy in the concertation era (1990–2010): Reforms the chilean way", *Social Science & Medicine*, núm. 182, 2017. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.012


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Montenegro Martínez, G., Carmona Montoya, A. y Franco-Giraldo, A., "Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas", *Gaceta Sanitaria*, vol. 35, núm. 3, 2021. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007

Nunes, João y Lotta, Gabriela, "Discretion, power and the reproduction of inequality in health policy implementation: Practices, discursive styles and classifications of Brazil's community health worker", *Social Science & Medicine*, núm. 242, 2019. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112551

Núñez, Alicia y Chunhuei, Chi, "Equity in health care utilization in Chile", *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, núm. 58, 2013. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-58

Organización Mundial de la Salud, *El Derecho a la Salud. Introducción. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*, Folleto informativo núm. 31, Ginebra, WHO, 2008.

Pautassi, Laura y Royo, Laura, *Enfoque de derechos en las políticas de infancia: indicadores para su medición*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2012.

Poyanco, Rodrigo y Fuentes-Contreras, Édgar, "El derecho a la salud en Chile y Colombia. La narrativa judicial respecto a la justiciabilidad del derecho a la salud, en los ordenamientos constitucionales de ambos países", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 35, julio-diciembre de 2022. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2022.35.17276

Rodríguez, María Victoria, Prieto, Florencia, Pantoja, Tomás y Letelier, Francisco, "Percepciones y actitudes de médicos de atención primaria respecto de las Guías de Práctica Clínicas en el Régimen de Garantías en Salud", *Revista médica de Chile*, vol. 147, núm. 5, 2019. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500602

Vargas, María Magaly, "Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 35, 2022. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2022.35.17283

Vears, Danya y Gillam, Lynn, "Inductive content analysis: A guide for beginning qualitative researchers", *Focus on Health Professional Education: A Multi-Professional Journal,* vol. 23, núm. 1, 2022. https://doi.org/10.11157/fohpe.v23i1.544


e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Villasana-López, Pedro y Álvarez-Gonzáles, Eva, "Representaciones sociales acerca de la lucha, en Chile, por el derecho a la salud", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 37, núm. 2, 2019. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n3a06

*Cómo citar*

IIJ-UNAM

Soto Carmona, Camilo y Leyton Navarro, Cristian, "Burócratas a nivel de calle y enfoque de derechos humanos: percepciones de profesionales en la gestión de garantías explícitas en salud en Chile", *Revista Latinoamericana de Derecho Social,* México, vol. 21, núm. 41, 2025, pp. 77-106. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311

APA

Soto Carmona, C. y Leyton Navarro, C. (2025). Burócratas a nivel de calle y enfoque de derechos humanos: percepciones de profesionales en la gestión de garantías explícitas en salud en Chile. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, *21*(41), 77-106. https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311



e-ISSN: 2448-7899
DOI: https://doi.org/10.22201/iij.24487899e.2025.41.19311

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional