

Gestión hospitalaria de la pandemia en la Ciudad de México. Un análisis desde el enfoque de burocracia a nivel de calle

Hospital Management of the Pandemic in Mexico City. An Analysis from the Street-Level Bureaucracy Approach

Sergio A. Campos
Samanta Varela Castro
Oliver Meza
Elizabeth Pérez-Chiqués

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar desde el enfoque de la burocracia a nivel de calle cómo es que el personal de salud gestiona la pandemia de COVID-19 desde la primera línea de los hospitales en México. Se utilizó una metodología cualitativa con base en el análisis de documentos oficiales, así como en entrevistas y sesiones de historias con personal de salud encargado del tratamiento de pacientes de COVID-19 en hospitales públicos y privados en México. El análisis generó tres temas sobre el proceso de toma de decisiones del personal de salud derivados de la pandemia de COVID-19: 1) las condiciones de trabajo del personal de salud se modificaron debido a la reconversión hospitalaria producida por la pandemia. 2) El triaje y tratamiento de los pacientes de COVID-19 es heterogéneo debido a que el personal de salud cuenta con discrecionalidad. Y 3) El personal de salud se enfrenta a lógicas conflictivas de trabajo y riesgo de contagio, lo que complejiza su toma de decisiones al tratar a los pacientes de COVID-19. Este estudio contribuye a la creciente literatura sobre la implementación, particularmente de la burocracia de nivel de calle, en el contexto mexicano.

Palabras clave: burocracia a nivel de calle, COVID-19, discrecionalidad, toma de decisiones, recursos escasos.

Abstract

4 The purpose of this paper is to analyze from the street-level bureaucracy perspective, how health personnel manage the COVID-19 pandemic from the frontlines of hospitals in Mexico. A qualitative methodology was used based on the analysis of official documents as well as interviews and storytelling sessions with health personnel in charge of treating COVID-19 patients in public and private hospitals in Mexico. The analysis generated three themes about the decision-making process of health personnel derived from the COVID-19 pandemic: 1) the work conditions of health personnel were modified due to the hospital reconversion produced by the pandemic. 2) The triage and treatment of COVID-19 patients is heterogeneous because health personnel have discretion. And 3) Health personnel face conflicting work logics and contagion risk, which complicates their decision-making when treating COVID-19 patients. This study contributes to the growing literature on implementation, particularly of street-level bureaucracy, in the Mexican context.

Keywords: street-level bureaucracy, COVID-19, discretion, decision-making, scarce resources

Introducción.

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad COVID-19 como pandemia debido al número de infectados y muertos a nivel mundial (World Health Organization, 2020). Doce días después, la OMS, declaró que México había entrado a la fase 2, caracterizada por una transmisión local del virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19. A partir de ese momento, el gobierno federal definió las medidas a tomar para combatir la pandemia en el país (Cruz y Patiño, 2020).

Recibido: 29 de agosto de 2020

Aceptado: 1 de octubre de 2020

Los gobiernos federal y estatal han tomado decisiones e implementado una serie de acciones y políticas con la intención de combatir la pandemia y sus efectos sociales y económicos (ver Cejudo, Gómez-Alvarez, Michel, Lugo, Trujillo, Pimienta y Campos 2020; Cruz y Patiño, 2020; Patiño y Cruz, 2020; Orozco, 2020). En medio de las decisiones gubernamentales está el personal de salud que tiene que hacer frente a la pandemia desde la primera línea de los hospitales. Este personal rara vez es tomado en cuenta para la toma de decisiones de política y, sin embargo, son quienes deben implementar todas las acciones, desde la reconversión hospitalaria para atender a los enfermos de COVID-19 hasta acciones cotidianas como el triage médico y la gestión y monitoreo del paciente. Las decisiones que toman y las acciones que llevan a cabo en el momento el personal de salud son importantes pues, en conjunto, terminan dando forma concreta a las políticas que los gobiernos diseñan (Lipsky, 2010) y, en esa medida, constituyen la gestión directa, en términos médicos, de la pandemia.

En México se ha puesto poca atención al estudio de este tipo de burócrata de bajo nivel jerárquico (Arellano, 2009), denominado en la literatura especializada como burócrata de nivel de calle (BNC) (Lipsky, 2010). La atención se ha concentrado en la manera como las grandes reformas a la administración son diseñadas y decididas en las altas esferas de la política (Cejudo, 2003; Dussauge, 2008, 2009; Pardo, 2010b; ver también Pardo y Cejudo, 2016), y, en menor medida, en la manera como los altos funcionarios deben implementar esas reformas (Nieto, Heyse, Pardo y Wittek, 2014).

Una de las razones que explica la poca relevancia puesta en los funcionarios de bajo nivel jerárquico es la herencia autoritaria del sistema hegemónico mexicano. En la medida que el aparato burocrático responde a intereses políticos y se encuentra subordinado a políticos electos (Pardo, 1993; 2010a), considerar a los burócratas en los niveles jerárquicos bajos como actores sin importancia en el juego político de la administración del Estado es una consecuencia natural. Sin embargo, la evidencia empírica sobre el ejercicio de discrecionalidad en los niveles jerárquicos bajos, hace que esa perspectiva no se sostenga (ver Dussauge, Cejudo y Pardo, 2018a; Meza y Moreno, 2019).

Lo anterior generó una tendencia de estudio de la administración pública en México desde un punto de vista de la toma de decisiones técnico-rationales-formales por parte de altos funcionarios (Pardo, 1993; 2010a). Incluso autores como Cabrero, al resaltar las diferencias culturales, sociales y políticas de México respecto a Estados Unidos -cuna del enfoque de políticas públicas-, afirma que la toma de decisiones gubernamentales en nuestro país, aunque autoritaria, la han hecho expertos de manera *técnica* (2000, p. 204-205). Algo similar pasa respecto a la etapa de implementación, para este autor, la implementación en México está en manos de las camarillas, vistos como grupos *racionales* que imponen sus intereses a la hora de operar programas gubernamentales (Cabrero, 2000, p. 206-208).

Sin embargo, la camarilla es sólo un grupo menor en número con respecto al total de burócratas; además, no es la camarilla la encargada de la implementación cotidiana de las tareas gubernamentales, sino precisamente los burócratas en los niveles jerárquicos bajos de la organización (Arellano, 2009). Además, las condiciones en las que tienen que actuar y tomar decisiones los BNC son distintas a las de los funcionarios de niveles jerárquicos más altos, sus decisiones están guiadas por lógicas, no necesariamente ancladas en la racionalidad de cálculo instrumental (Meza y Moreno-Jaimes, 2020).

A diferencia de otro tipo de funcionarios públicos, las decisiones de los BNC están influidas por múltiples lógicas y dimensiones de su trabajo (Chiarello, 2019): las reglas y los objetivos formales de la política (Hupe y Hill, 2007), las características y necesidades de los ciudadanos con los que interactúan (Henderson, 2013; Maynard-Moody y Musheno, 2003; Raaphorst y Van de Walle, 2018; Watkins-Hayes, 2011), sus propias identidades profesionales y laborales (Ellis, 2011; Evans, 2011), sus marcos éticos y morales (Loyens y Maesschalck, 2010; Chiarello, 2019), y las condiciones laborales y organizacionales (Brodkin, 2012; Riccucci, Meyers, Lurie y Han, 2004) en las que trabajan. Todas esas dimensiones influyen en sus decisiones y se materializan en el uso de discrecionalidad, por lo que la racionalidad instrumental clásica con la que se espera que los funcionarios gubernamentales tomen decisiones, no es aplicable para ellos, particularmente en condiciones de emergencia y crisis como es el caso de la pandemia de COVID-19.

En la medida que en México se ha estudiado la toma de decisiones de la burocracia tradicionalmente desde una perspectiva de arriba hacia abajo (Cabrero, 2000; Pardo, 1993; 2010a) existe, por tanto, una visión negativa de la discrecionalidad (Maynard-Moody y Musheno, 2003, pp. 10-11; Tummers y Bekkers, 2014, p. 530). En este artículo cuestionamos esa perspectiva y planteamos, en línea con la literatura sobre BNC, que la discrecionalidad es inevitable para que este tipo de burocracias lleven a cabo su trabajo (Maynard-Moody y Musheno, 2003; Maynard-Moody y Portillo, 2018; Lipsky, 2010; Tummers y Bekkers, 2014). Adoptar el enfoque de BNC nos permite acercarnos a comprender la manera como los principales implementadores y proveedores de servicios de salud resuelven en la realidad los dilemas prácticos, morales y ético-profesionales al frente de la pandemia.

Con la finalidad de avanzar en la comprensión de la toma de decisiones por parte del personal de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19, este artículo utiliza el caso de la Ciudad de México y el enfoque de burocracia a nivel de calle para analizar la manera como el personal de salud gestiona la pandemia desde la primera línea y decide discrecionalmente sobre el uso de recursos escasos. El artículo está organizado de la siguiente manera: en el siguiente apartado presentamos la teoría de la burocracia a nivel de calle como marco para entender la lógica detrás de las decisiones del personal de salud. Posteriormente explicamos el método a través del cual se obtuvieron los datos empíricos. Después presentamos y discutimos los resultados, para finalizar con unas conclusiones e implicaciones para la gestión de la pandemia.

Revisión de literatura.

¿A qué se refiere el concepto de burócrata de nivel de calle?

Aunque la literatura sobre burócratas de nivel de calle (BNC) ha sido estimulada a partir de la década de los noventa (Maynard-Moody y Portillo, 2018, p. 56) y ha experimentado un crecimiento en años recientes, principalmente en los contextos de Estados Unidos y Europa Occidental, no existe una preocupación por la definición conceptual de lo que es un BNC. La literatura más bien parece haber adoptado la definición hecha por Michael Lipsky, quien los definió como “los trabajadores de servicios públicos que interactúan directamente con los ciudadanos en el curso de sus deberes y que tienen una discreción sustancial en la ejecución de su trabajo” (Lipsky, 2010, p. 3)¹. La mayoría de los trabajos sobre BNC tradicionalmente se han enfocado en el estudio de trabajadores sociales y policías (Maynard-Moody y Portillo, 2018), aunque la definición original se refiere a una gama amplia de trabajadores de primera línea:

Los burócratas de nivel de calle típicos son maestros, oficiales de policía y otro personal de aplicación de la ley, trabajadores sociales, jueces, abogados públicos y otros funcionarios de la corte, *trabajadores de la salud* y otros empleados públicos que garantizan el acceso a programas gubernamentales y proveen servicios dentro de ellos (Lipsky, 2010, p. 3, énfasis propio).

Los BNC se caracterizan por cuatro atributos principales: 1) el estatus de primera línea que les da ocupar el nivel más bajo dentro de la estructura jerárquica de la organización; 2) el hecho de que su trabajo implica una constante y compleja interacción cotidiana con los ciudadanos a los cuales garantizan acceso a beneficios y servicios públicos; 3) por el grado de discrecionalidad con la que toman sus decisiones, lo que a su vez los lleva a ser considerados formuladores *de facto* de políticas y 4) el grado de autonomía respecto a los rangos jerárquicos dentro de la organización donde trabajan (Lipsky, 2010, pp. 13-18; Maynard-Moody y Portillo, 2018, pp. 46-56).

Además, sus condiciones de trabajo se caracterizan por: 1) contar con recursos inadecuados para llevar a cabo sus tareas cotidianas; 2) la particularidad de que la demanda de los servicios tiende a incrementarse para igualar a la oferta; 3) las metas a las que sirven sus organizaciones por lo general son vagas y ambiguas; 4) es muy difícil medir el desempeño respecto al cumplimiento de esas metas; y 5) sus clientes, por lo general, no son voluntarios, lo que posiciona a los BNC en una relación de autoridad sobre sus clientes (Lipsky, 2010, pp. 27-28).

Tanto la discrecionalidad como las condiciones laborales de escasez de recursos y continua interacción con los ciudadanos ayudan a comprender la compleja lógica detrás de las decisiones de los BNC, distinta a la de funcionarios públicos de mayor nivel (Maynard-Moody y Musheno, 2000; Tummers y Bekkers, 2014, ver también Meza y Moreno, 2019, pp. 149-150). Este enfoque es particularmente útil en el contexto de la pandemia de COVID-19 debido a la extrema y veloz forma en que el personal de salud en México ha experimentado falta de recursos físicos y humanos para llevar a cabo su trabajo (Carbonell, 2020; Ferri, 2020; Soto, Castañeda, Gutiérrez, Fernández y Martín, 2020), condiciones en las que deben tomar decisiones complejas con rapidez.

La discrecionalidad con la que cuentan los BNC a la hora de tomar decisiones en su trabajo cotidiano es una de las características que más ha acaparado la atención de los estudiosos (Tummers y Bekkers, 2014). De acuerdo con Tummers y Bekkers, la discrecionalidad es “la percepción de los burócratas de nivel de calle sobre la libertad que tienen para tomar decisiones respecto al tipo, cantidad y calidad de las sanciones y recompensas que ofertan al implementar una política pública” (2014, p. 529, traducción propia). A pesar de que tradicionalmente se había considerado a los trabajadores de primera línea como actores organizacionales sin poder ni influencia en las políticas (Maynard-Moody y Portillo, 2018), en realidad, esto no es así, ya que “la discreción permea en cada decisión y en cada acción” (Maynard-Moody y Musheno, 2000, p. 334). Para Maynard-Moody y Musheno, uno de los aspectos

1 Maynard-Moody y Portillo (2018) destacan tres obras fundacionales de la teoría de la burocracia de nivel de calle (TBNC): *People Processing: The Street Level Bureaucrat in Public Service Bureaucracies* de Jeffrey Protts publicado en 1979; *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services* de Michael Lipsky y *Working the Street: Police Discretion and the Dilemmas of Reform* de Michael Brown, ambos publicados originalmente en 1980. Y, aunque el libro de Protts se publicó un año antes del libro clásico de Lipsky, éste había presentado su propuesta de la BNC mucho antes (ver Lipsky, 1969).

más problemáticos del trabajo de los BNC es que éste se basa en creencias y normas sobre lo que es justo, más que en reglas y procedimientos (2000, p. 333, ver también a Chiarello, 2019) y, por tanto, la lógica detrás de sus decisiones es distinta a otro tipo de burócratas. El caso particular de las decisiones que los profesionales de la salud toman, éstas también responden a sus marcos profesionales y a las necesidades de sus pacientes (Ganz et al. 2019; Henderson, 2013; Henderson y Pandey, 2013).

En la medida que los BNC cuentan con libertad para tomar decisiones respecto a su trabajo y a pesar de que existen reglas formales que prescriben comportamientos para los BNC, éstas no son las únicas ni las más importantes guías para su actuación (Maynard-Moody y Musheno, 2003); en cambio, los burócratas generan esquemas propios a partir de sus reflexiones sobre las experiencias cotidianas pasadas, las cuales son compartidas en las interacciones entre sí. El resultado de esos esquemas compartidos son un conjunto de prácticas y juicios a través de las cuales responden a los clientes, gestionan su trabajo, interpretan reglas y se relacionan con sus supervisores (Sandfort, 2000, p. 742). Adicionalmente al interés propio, las decisiones del BNC también están motivadas por juicios morales sobre las necesidades de los ciudadanos a los que sirven, por lo que el uso de discrecionalidad no sólo genera acciones que intentan hacer más fácil su trabajo a través de rutinas (ver Lipsky, 2010, pp. 83-94), sino también existe la posibilidad de que tomen decisiones que vayan en contra de su propio interés como dejar de seguir reglas o directamente romperlas (Maynard-Moody y Musheno, 2000; 2003)².

Debido a que los BNC trabajan en un contexto de recursos limitados, y saben que deben “ahorrar energías”, también desarrollan comportamientos dirigidos a ese objetivo: 1) ralentizan su trabajo, pues así garantizan que no se les asignará más; 2) utilizan a los trabajadores que están antes que ellos, como recepcionistas, para evitar contactos innecesarios con los clientes; 3) dependen del trabajo de otros para tomar decisiones, algo que Lipsky menciona como “el sellado” refiriéndose al hecho de que muchas veces los BNC necesitan un sello de alguna otra autoridad u organización para continuar su trabajo; y 4) envían a sus clientes con otros BNC o a otras áreas con la intención de reducir su carga de trabajo o ganar tiempo (Lipsky, 2010, pp. 125-132). Finalmente, los BNC no sólo desarrollan rutinas para lidiar con la complejidad de su trabajo, sino que también prevén comportamientos para solucionar las consecuencias de esas rutinas. Entre esas estrategias estructurales, Lipsky destaca el desarrollo de *prácticas de emergencia*, las cuales responden a casos específicos urgentes que permiten a los BNC asignar de manera selectiva y especial sus recursos para solucionar un caso particular (2010, p. 138).

Literatura sobre BNC en México.

A pesar de que el enfoque de políticas públicas ha sido bien recibido y desarrollado en México en sus distintos enfoques (Aguilar, 2004), el estudio empírico de la implementación ha sido poco desarrollado (Cejudo, Pardo y Dussauge, 2019); particularmente, el estudio de la burocracia de nivel de calle ha permanecido relativamente sin mucha atención por parte de los académicos. Sólo recientemente comienza a surgir un interés por este enfoque para el estudio de la implementación de políticas y toma de decisiones en un nivel micro. Lo anterior se evidencia con la reciente publicación de tres compilaciones en español sobre la implementación de políticas, de las cuales una de ellas está enteramente dedicada a la BNC (Dussauge et al., 2018b; ver también Cejudo et al., 2019; Pardo, Dussauge y Cejudo, 2018).

Dentro de los recientes trabajos que explícitamente utilizan el concepto de BNC se encuentra el trabajo de Carte, quien se concentran en la manera como la escasez de recursos hace que los burócratas de migración modifiquen la manera como se implementa la política migratoria al sur de México (Carte, 2017); un estudio sobre la manera en que los gerentes públicos implementan pequeños cambios basados en la lógica de lo apropiado para modificar la interacción entre BNC y ciudadanos para obtener el cumplimiento con la ley (Meza y Moreno-Jaimes, 2019); el trabajo de Peeters y otros, quienes estudian la manera en que los ciudadanos interactúan con “burocracias de baja confianza” (Peeters et al. 2018); y un estudio sobre la manera en que los clientes de los BNC implementan estrategias para reducir las cargas administrativas impuestas por las políticas y la propia interacción con los burócratas (Peeters y Campos, en prensa).

Esto no significa que en nuestro país no se haya estudiado las acciones de los BNC. Estos funcionarios han sido estudiados, pero desde otras disciplinas y con otras perspectivas analíticas. En ese sentido se puede mencionar el trabajo de Leal (2006) quien hace un análisis crítico desde la antropología política de los funcionarios de nivel de calle de la Procuraduría para la Defensa del Indígena de Oaxaca (Prodi) en el que destaca las discrepancias entre una ley que representa avances en el reconocimiento formal de derechos a población indígena y las acciones de la

² La literatura ha designado el concepto de *coping* para referirse a las estrategias conductuales de los BNC para lidiar con las demandas y conflictos cotidianos de su trabajo al interactuar con los ciudadanos (Tummers, Bekkers, Vink y Musheno, 2015, p. 1100). Estas estrategias se clasifican en tres familias: 1) los mecanismos que se mueven hacia el cliente; 2) los mecanismos que se alejan del cliente; y 3) los mecanismos que se mueven contra los clientes (p. 1103).

burocracia, que representan un obstáculo para su cumplimiento. Otro trabajo que estudia las acciones de los BNC, pero desde otro enfoque es el de Belmont (2011) quien analiza y compara, desde la sociología del trabajo, las acciones de los BNC del sector de electricidad en México y Francia como producto de las reformas a la provisión del servicio y cómo esas acciones son interpretadas y resignificadas en su interacción con los clientes.

Otros aportes al estudio de BNC, particularmente los trabajadores del sector salud, vienen tangencialmente de disciplinas como la salud pública y la sociología médica. Desde la salud pública se ha estudiado la satisfacción de los usuarios de servicios de salud, identificando algunas acciones y comportamientos de los BNC que inciden en esa satisfacción, como el trato otorgado, el tiempo de espera o revisiones y diagnósticos médicos deficientes (Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar y Nigenda-López, 1998) o los trámites complicados a los que son sometidos los usuarios (Ortiz, Muñoz y Torres, 2004). Existe también evidencia sobre las condiciones precarias y de recursos limitados en las que trabajan los BNC del sector salud (Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo, 1997). También se han estudiado el trato por parte de los BNC a los usuarios y como es afectado por estigmas (Infante et al., 2006). Finalmente, también hay evidencia empírica sobre los significados y prácticas cotidianas de los BNC del sector salud y cómo estos se relacionan con la ejecución de su trabajo (Herrera, Rajsbaum, Agoff y Franco, 2006). Por su parte, desde la sociología médica, el interés se ha puesto en la educación y organización profesional médica, así como en la relación médico-paciente (Balarezo-López, 2018) y los distintos tipos de violencia a la que están sujetos los médicos, así como las respuestas de los médicos a estas violencias (Castro y Villanueva, 2018).

El estudio de las respuestas gubernamentales a la pandemia de COVID-19 en México

El impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19 no sólo en la salud sino también en las distintas esferas de la vida social ha despertado un rápido interés en su estudio, particularmente para el caso de México, son varios los estudios de administración y políticas públicas que se han realizado en los últimos meses. Esta sección revisa los trabajos académicos hechos hasta ahora sobre las respuestas gubernamentales a la pandemia por COVID-19 en México, poniendo énfasis en aquellos trabajos que adoptan una perspectiva de BNC.

Los estudios realizados hasta ahora se han concentrado en el estudio de la pandemia de COVID-19 desde un enfoque de gestión de crisis, destacando la dificultad para conciliar la coordinación y las necesidades de largo y corto plazo de diferentes órdenes de gobierno en un muy heterogéneo sector salud (Culebro, 2020); en los costos de transacción para la colaboración de los gobiernos locales en distintos países latinoamericanos (Ramírez de la Cruz, Grin, Sanabria-Pulido, Cravacuore y Orellana, 2020); en las acciones y políticas que los gobiernos estatales han implementado con la intención de contrarrestar los efectos de la pandemia en un contexto de federalismo (Cejudo et al. 2020); y en la lógica detrás de las decisiones extraordinarias de los gobiernos locales, destacando que la racionalidad detrás de las decisiones de los gobiernos locales no es la técnica y basada en evidencia, sino que responde a la urgencia de la emergencia sanitaria y a intereses políticos (Peña, 2020).

8

Literatura de BNC en el contexto de la pandemia de COVID-19

Aunque desde el inicio de la pandemia se ha publicado bastante literatura a nivel mundial sobre la manera como el personal de salud atiende la pandemia de COVID-19, la mayoría de esta literatura proviene de áreas distintas a la administración pública y no adopta, de manera explícita un enfoque de BNC (ver por ejemplo Cotrin et al. 2020 y Sethi, Aamir, Sethi, Ghani y Saboor, 2020)³.

Las excepciones son trabajos recientes que estudian el contexto brasileño (Alcadipani, Cabral, Fernandes y Lotta, 2020; Lima-Silva, Sandim, Magri y Lotta, 2020) y el mexicano (Meza, Pérez-Chiqués, Campos y Varela, mimeo).

Para el contexto brasileño, Alcadipani y sus colegas (2020) encuentran que la manera como la policía enfrenta el crimen durante la pandemia en Brasil y bajo las exigencias que ésta impone, se caracteriza por la interrelación de los conflictos políticos entre autoridades nacionales y locales; la cultura ocupacional machista propia de los policías y la disponibilidad y aceptación de los recursos materiales para protegerse en contra del virus. Adicionalmente, la discrecionalidad de los policías respecto al uso o no de protección y respecto al cumplimiento de protocolos pone en juego la efectividad de las medidas de distanciamiento social e implican una posible amenaza a una mayor dispersión del virus al convertirse en vectores de infección.

³ Adicionalmente, en México, han aparecido notas periodísticas y columnas de opinión que destacan las carencias de recursos y personal (Carbonell, 2020; Ferri, 2020; Kitroeff y Villegas, 2020; Soto et al. 2020; Tello, 2020), los riesgos de contagio (Vega, 2020), así como la violencia sufrida por el personal de salud al frente de la pandemia (González, 2020; Expansión Política, 2020).

Por su parte, Lima-Silva y otros (2020) estudian cómo la pandemia de COVID-19 afectó las rutinas de trabajo de los BNC de asistencia social en Brasil. De acuerdo con los autores, los burócratas de nivel de calle perciben limitaciones y restricciones para llevar a cabo adecuadamente su trabajo y poder minimizar los efectos de la pandemia que es el objetivo que la asistencia social busca cumplir. Particularmente sus rutinas han sido modificadas, especialmente los vínculos a los que estaban acostumbrados con los clientes a partir del distanciamiento social.

Finalmente, Meza y otros (mimeo) analizan en su trabajo como la pandemia por COVID-19 produce nuevos roles asignados al personal de salud adicionales a los tradicionales propios de la BNC tales como gestión del riesgo, puente entre paciente y familia y generador de recursos. Estos roles se caracterizan por ir acompañados de altos niveles de incertidumbre y estrés.

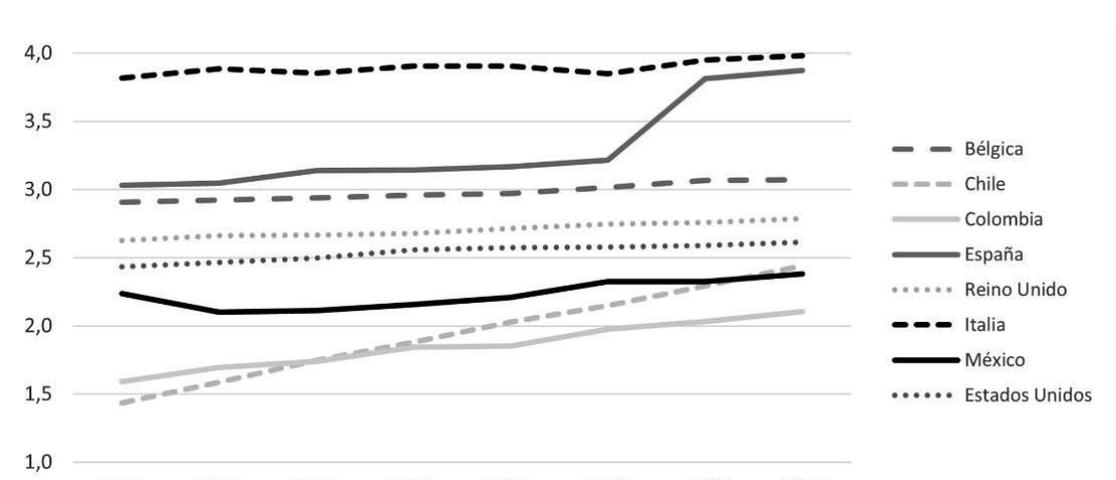
La pandemia de COVID-19 en la Ciudad de México

Debido a la relevancia que tienen las condiciones de trabajo para la toma de decisiones de los BNC (Lipsky, 2010), en esta sección del artículo presentamos un panorama del estado en el que se encuentra el sector salud en México en general y, de manera particular un panorama sobre la magnitud de la pandemia de COVID-19 en la Ciudad de México.

México tiene capacidad de respuesta media ante una emergencia sanitaria⁴. Es el número 28/195 en el mundo y el 4/33 en América Latina en términos de seguridad sanitaria (Global Health Security Index, 2019). Desde la llegada del virus, el país ha sido uno de los 15 más afectados en términos de fallecimientos por millón de habitantes. En términos de población, México es el décimo país más grande del mundo, aunque solo el 7% de sus habitantes tienen más de 60 años.

El país es el número 120 mundial con respecto al número de camas de hospital por 1,000 personas (University of Oxford, Our World in Data, 26 de octubre del 2020). En octubre, México era el número dos en pruebas que resultan positivas, aunque el rigor de las medidas de política pública fue clasificado en el número 22 (University of Oxford, Our World in Data, 26 de octubre del 2020). El personal de salud no ha crecido significativamente en los últimos años y México fue señalado como el principal país en el cual ha muerto este personal por la pandemia (Amnesty International, 13 julio 2020).

Figura 1. Médicos por 1,000 personas

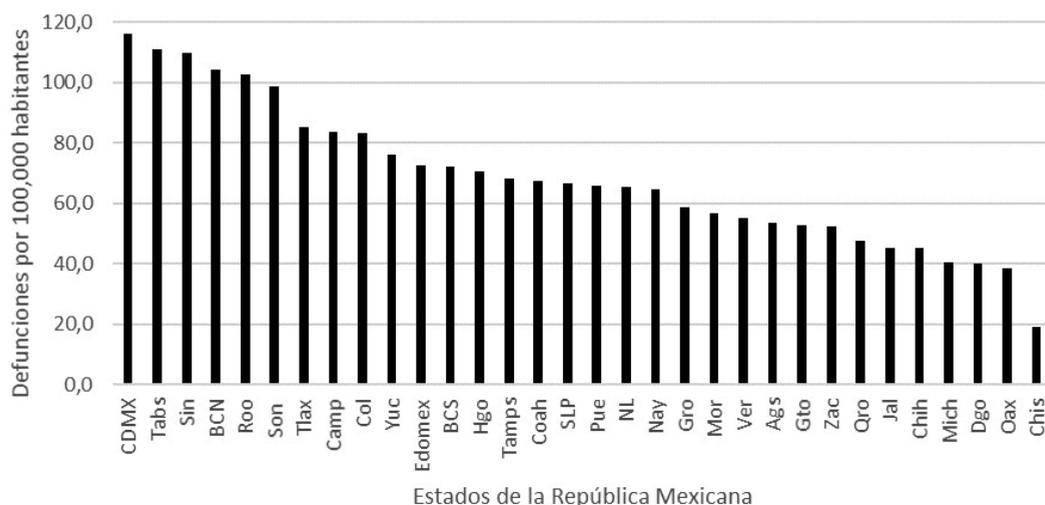


Fuente: elaboración propia con datos de Banco Mundial, 2020.

Nota: la gráfica compara la tendencia en México con la de otros siete de los países más afectados por Covid-19 en el mundo en términos de fallecimientos por millón de habitantes.

El primer caso de COVID-19 llegó a México el 27 de febrero (Cruz y Patiño, 2020). En octubre, las defunciones por 100,00 personas eran mayores en la Ciudad de México (CDMX), que es el centro del sistema urbano mexicano, hogar de más de 8 millones de personas y centro de la infraestructura de salud (Culebro, Méndez & Cruz, 2019).

Figura 2. Defunciones por 100,000 habitantes en México

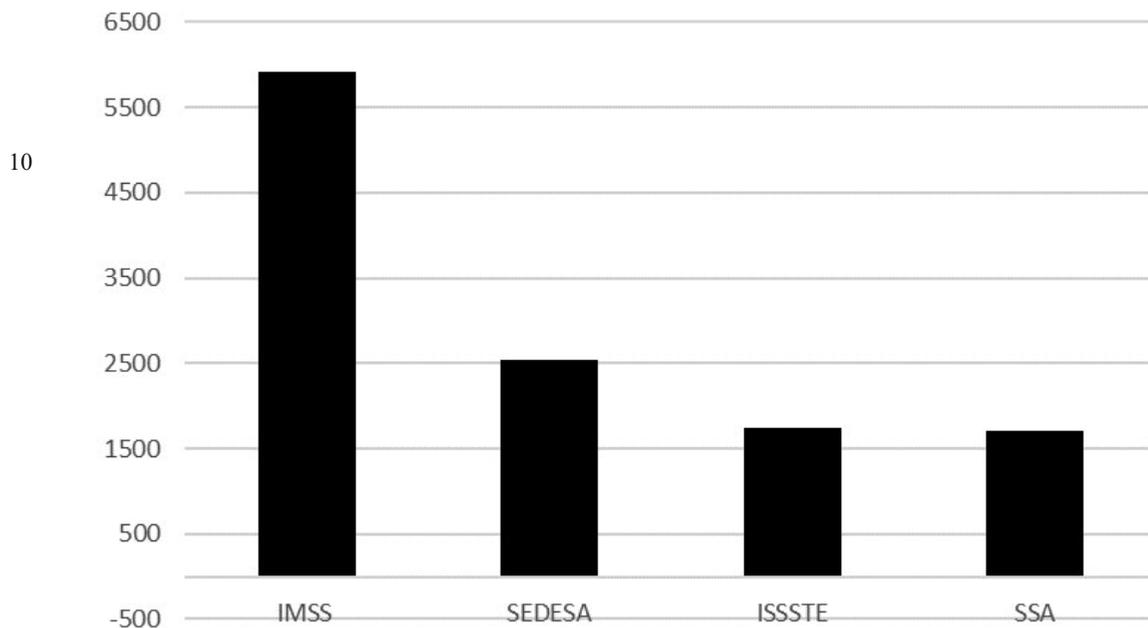


Fuente: elaboración propia con datos de Universidad Nacional Autónoma de México, 16 de octubre, 2020.

La CDMX tuvo una respuesta relativamente autónoma porque el sistema federal mexicano no pudo articular una respuesta coherente a la pandemia (Cejudo et al. 2020). El gobierno operó a través del Comando Metropolitano para la atención de la emergencia de COVID-19.

En octubre la CDMX tenía 155,320 casos confirmados acumulados, 14,789 fallecimientos acumulados, 650,886 tamizajes y 2,867 (el 58.4%) camas disponibles. Los hospitales habían atendido a 11,910 pacientes por Covid-19, la mayoría en IMSS (Gobierno de la Ciudad de México, 2020).

Figura 3. Pacientes atendidos en hospitales de la Zona Metropolitana del Valle de México



Fuente: elaboración propia con datos de Transparencia Covid-19, 25 de octubre del 2020.

La CDMX fue la cuarta entidad con más medidas anunciadas para enfrentar la pandemia (35 instrumentos de política pública (Cejudo et al. 2020). Restringió movilidad, participó en el Sistema de Semáforo (coordinado con

la Secretaría de Salud del Gobierno Federal), creó reglas y protocolos especiales para contener los contagios. Realizó pruebas y tamizajes, estableció un sistema de tele-llamadas, módulos de triaje y creó bases de datos abiertas (Transparencia Covid-19, 25 de octubre del 2020). También otorgaron apoyos alimentarios, económicos, créditos, estímulos fiscales y administrativos (Cejudo et al. 2020). Los hospitales fueron reconvertidos según la política pública federal.

Metodología.

Nuestra metodología es cualitativa ya que nuestro objetivo es comprender una respuesta social a la pandemia y cómo los actores hacen sentido de ésta durante una emergencia (Teti, Schatz y Liebenberg, 2020). Incluimos tres enfoques complementarios para comprender la toma de decisiones de los BNC durante la pandemia: análisis de documentos de políticas públicas, entrevistas con expertos y sesiones de narración de historias con BNC que trabajan directamente con pacientes de COVID-19. El trabajo de campo se realizó a través de sesiones de videoconferencia durante mayo y junio de 2020.

Selección de la muestra. Iniciamos con una muestra de conveniencia, que consistió en contactar expertos en bioética y en medicina, con quienes los autores teníamos algún contacto directo o indirecto, en específico, contactos profesionales en común. El muestreo de los BNC fue uno de bola de nieve. Los expertos, posterior a su entrevista, identificaron y recomendaron a BNC en sus redes profesionales para ser entrevistados en las sesiones de historias. Los BNC entrevistados, a su vez, conectaron a los autores con otro personal de salud que estaba en la disposición de compartir sus historias para el proyecto de investigación. Los parámetros de la muestra fueron amplios, es decir, no limitamos por profesión, ni por geografía; el criterio para los referidos fue que fuera personal del sector salud trabajando directamente con pacientes COVID-19 en ámbitos hospitalarios.

El muestro de bola de nieve es un método recomendado para tratar temas que pueden resultar delicados y para conseguir acceso a grupos que pueden resultar difíciles de contactar (Biernacki y Waldorf, 1981), como lo es el personal de salud trabajando directamente con la pandemia, que se encontraba involucrado en atender una crisis sin precedentes. De hecho, algunas de las sesiones tuvieron que ser recalendarizadas en más de una ocasión y algunos de los entrevistados estaban contagiados al momento de sus entrevistas.

Uno de los limitantes del muestreo de bola de nieve, es que puede resultar en una muestra parcializada (Biernacki y Waldorf, 1981). Por ejemplo, aunque no limitamos la muestra a hospitales públicos ni a estados particulares, debido a las redes profesionales de los informantes clave, la mayoría de los entrevistados fueron médicos y personal de enfermería que trabajan actualmente en hospitales públicos en la Ciudad de México. Por ello, una etapa subsiguiente de la investigación podría extender la muestra a los hospitales privados de la Ciudad de México, así como a profesiones distintas a las tradicionalmente estudiadas en el sector salud, tales como camilleros, paramédicos o personal de farmacia. Extender de esta manera la muestra, podría ayudar a detectar diferencias entre los BNC profesionales en el sector público y los BNC profesionales en el sector privado.

Análisis de documentos de políticas públicas. Utilizamos codificación cualitativa línea por línea (Charmaz, 2006) para hacer sentido sobre los documentos oficiales. Dos de los autores codificaron de forma independiente los siguientes documentos: “Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia” (Consejo de Salubridad General, 2020) y “Lineamientos de Reversión Hospitalaria” (Secretaría de Salud, 2020b). Un tercer autor verificó la codificación para garantizar fiabilidad y finalizó el análisis. Para facilitar el proceso de codificación y comparación de codificación, utilizamos el software Atlas.ti.

Entrevistas con informantes clave. Realizamos cuatro entrevistas semiestructuradas con individuos expertos en el campo de la bioética y la medicina que estaban familiarizados con las guías y los procesos que llevaron a la adopción de las mismas. A estos expertos los dirigimos preguntas abiertas sobre el proceso que llevó a la adopción de las nuevas guías, sobre su efecto deseado, y sobre cómo cambia lo que se hacía anteriormente. Las entrevistas duraron entre 45 y 60 minutos y nos ayudaron a comprender el contexto. Además, los entrevistados ayudaron a identificar y coordinar entrevistas con BNC que trabajan directamente con pacientes con COVID-19.

Sesiones de historias. Adaptando la estrategia de investigación de Maynard-Moody y Musheno (2003), recopilamos historias usando sesiones cortas de narración. Previo a las sesiones, les pedimos a los entrevistados que pensarán en historias que ilustraran cómo era su trabajo antes de la pandemia de CoVID-19 y durante la pandemia actual, y, si el tiempo lo permitía, que hicieran algunas notas escritas para servir como recordatorio durante la sesión. Las sesiones se centraron en las historias. Estas fueron cortas, con una duración entre 30 y 45 minutos, con poca intervención de los autores, quienes se limitaron a hacer preguntas aclaratorias o de seguimiento. Con el consentimiento de los entrevistados, las sesiones fueron grabadas y transcritas textualmente para su análisis. El mismo esquema de codificación utilizado para el análisis de documentos de política se aplicó a los datos de las sesiones narrativas.

Recopilamos historias de once (11) profesionales de la salud que trabajan directamente con pacientes de COVID-19 en hospitales públicos (10) y privados (1). Los entrevistados fueron identificados a través de la estrategia de bola de nieve ya mencionada, que se originó con los informantes clave. Los entrevistados incluyeron médicos (5), médicos residentes (4) y enfermeras (2), principalmente en la Ciudad de México (8), el área donde comenzó la saturación de hospitales a raíz de la COVID-19. La muestra incluyó personal de salud de las siguientes especialidades: medicina general, oncología, internista, neumología, radiología, infectología, entre otros. Culminamos las entrevistas cuando conseguimos saturación con respecto al tema específico de las implicaciones de los cambios en las guías para los BNC en los hospitales públicos de la Ciudad de México; es decir, cuando la información proporcionada por las personas entrevistadas dejó de arrojar nuevos datos.

Las entrevistas con informantes clave, así como las sesiones de cuentos fueron grabadas, transcritas textualmente y codificadas cualitativamente. El mismo esquema de codificación utilizado para el análisis de documentos de políticas públicas se aplicó a los datos de las entrevistas. Toda la información fue anonimizada.

Resultados y discusión.

El análisis de las entrevistas y los documentos oficiales generaron tres temas del proceso de toma de decisiones discrecionales por parte de los BNC en el contexto de la pandemia de COVID-19: 1) Los efectos que tuvo la reconversión hospitalaria en las condiciones de trabajo de los BNC y la organización al interior de los hospitales. 2) La manera como se toman decisiones durante el triage y el tratamiento. Y 3) la complejidad a la que se enfrentan los BNC al tratar a los pacientes de COVID-19, particularmente a partir de dos fenómenos: conciliar lógicas conflictivas y el riesgo de contagio al que están sometidos.

La reconversión hospitalaria y la modificación de las condiciones de trabajo de los BNC.

Las acciones e instrumentos de política pública que ha implementado el gobierno federal en México han sido de tres tipos dependiendo de su objetivo: 1) acciones cuyo objetivo es evitar la propagación del virus; 2) acciones que buscan paliar los efectos de la pandemia en la economía de la población vulnerable (Cruz y Patiño, 2020; Orozco, 2020); 3) instrumentos dirigidos al personal de salud cuyo objetivo es la gestión médica de la enfermedad (Secretaría de Salud, 2020a). Son los instrumentos destinados a la gestión médica de la enfermedad los que buscan regular la manera como el personal de salud en México lleva a cabo su trabajo al frente de la pandemia. Debido a que el comportamiento de los BNC está determinado en gran medida por sus condiciones de trabajo (Lipsky, 2010), uno de los instrumentos de política más importantes en el contexto de la pandemia ha sido la reconversión hospitalaria.

La reconversión hospitalaria es un conjunto de acciones que la Secretaría de Salud federal estableció en abril de 2020 con el objetivo de organizar la atención médica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud “con énfasis en la eficiencia y optimización de recursos humanos, materiales y financieros” (Secretaría de Salud, 2020b, p. 7) durante la pandemia. Con base en el eventual aumento de la demanda de recursos escasos para el tratamiento no sólo de la enfermedad COVID-19, sino con de otras enfermedades que rutinariamente se tratan en los diferentes hospitales.

La reconversión hospitalaria implicó la reorganización de las actividades de los hospitales para convertirse, parcial o totalmente, en hospitales para el tratamiento de COVID-19, lo que implicó redirigir personal de salud a actividades diferentes a las que realizaban normalmente: “Por la reconversión que ha tenido el instituto he dejado de atender pacientes con cáncer, y ahorita estoy en primera línea para atender pacientes con COVID-19” (Médico Oncólogo1). Además, los lineamientos para la reconversión contemplaron la suspensión de consultas y tratamientos considerados no esenciales (Secretaría de Salud, 2020b), lo cual tuvo consecuencias tanto para el personal como para los pacientes y la ya de por sí limitada capacidad de los hospitales: “El hospital tuvo que tener una reconversión, se cerró la consulta externa [...] cerrar toda la consulta causo estragos.” (Enfermera Internista1). “Todo el hospital se volvió Covid, ya no aceptamos ninguna otra patología que no sea infección por SARS-CoV-2 [...] el hospital esta casi al 100 de su capacidad solo estamos aceptando pacientes al borde de la muerte” (Residente Neumólogo1).

Discrecionalidad durante el triage y el tratamiento de pacientes de COVID-19

Junto con la reconversión hospitalaria, la presión impuesta por la rapidez de contagio y las complicaciones que la enfermedad genera en muchos pacientes, el personal médico se ha enfrentado a condiciones más complejas que condiciones que demandan adaptabilidad y por lo tanto mayor discrecionalidad para tomar decisiones. Una de las primeras tareas del proceso de gestión de la pandemia en el nivel de calle y que es clave para la asignación de recursos escasos es la de triage ya que a través de éste el personal de salud selecciona, categoriza y prioriza pacientes

(Smith y Cone, 2010; Vassy, 2001). El triage es un proceso complejo de toma de decisiones a través del cual el personal médico cumple la función de ‘portero’ que tienen los BNC (Ellis, 2011; Johannessen, 2017; 2018; Lipsky, 2010) al permitir o negar el acceso al servicio público de salud:

“Quien hace el triage en urgencias se vuelve algo muy complicado para la persona, porque tiene que tener mucho juicio para decidir si el paciente se queda o se va. Decirle ‘se va’ es un riesgo muy alto para el paciente, puede ser que no le puedan resolver su problema en otra institución de salud en el estado” (Enfermera Internista1).

Debido a los cambios al interior de los hospitales, a la alta demanda y al hecho de que los BNC se enfrentan a una enfermedad nueva, la función de triage no está siendo llevada a cabo bajo los lineamientos de la guía por el personal correspondiente: “No hay jerarquías porque todos están en todos lados viendo ingresos y también como es una enfermedad nueva no está bien descrita estamos al día leyendo investigación entre todos ...” (Residente Neumólogo2). “Es necesario que haya un infectólogo haciendo triage, [...] para en tiempo real decir ‘esto no es Covid, esto es sospecha, pero tenemos que descartarlo.’” (Residente Internista1). Lo cual es un indicador de que el proceso de triage no se sigue de acuerdo con los protocolos, (“No he escuchado de nadie que esté usando las guías de triage. El hospital no acepta gente cuando quedan dos ventiladores”, Residente Neumólogo2; “Si no vienen tan graves, ni siquiera lo revisamos, sólo ver que esté estable”, Residente Neumólogo1) o incluso es modificado en la práctica (“La estabilidad también cambia de definición pues alguien que llega con 80 de saturación ahora puede ir a buscar otro hospital. 80% todavía ajusta para ir a buscar otro hospital”, Residente Neumólogo1) un fenómeno muy común, de acuerdo con la literatura y que evidencia el uso de discrecionalidad por parte de los BNC (Johannessen, 2017).

Tanto el proceso de triage como el tratamiento de pacientes, implica que el personal de salud tome decisiones que no siguen una lógica burocrática tradicional basada en la aplicación de reglas procedimentales (Vassy, 2001). En cambio, los BNC en contextos médicos y particularmente en emergencias, deciden de manera inductiva, casi de manera artesanal basándose en sus habilidades, conocimientos y experiencias pasadas para determinar qué hacer caso por caso (Willems, 2001) como lo muestran los siguientes extractos de nuestras entrevistas: “Estamos trabajando a prueba y error” (Residente Oncólogo1). “Nos dimos cuenta de esto después de que se murieron un montón después de terapia intensiva” (Residente Neumólogo1). “También se nos empezaron morir de infecciones. A ver, ¿qué está pasando? y modificas toda es parte de higiene del personal de salud” (Residente Neumólogo1). Es el ensayo y error lo que les permite hacer uso de su discrecionalidad y tomar decisiones.

Sin embargo, se trata de una discrecionalidad acotada pues debido a la escasez de recursos las alternativas de decisión de los BNC están determinadas por el número de camas y ventiladores con los que cuentan (“Como ya está casi al 100 por ciento de su capacidad, solo estamos aceptando pacientes que vengan muy graves, al borde de la muerte.”, Residente Neumólogo1; “Si es frustrante, las decisiones se toman con base al riesgo de un paro respiratorio y muerte [...] porque no podemos tomar otros factores que quisiéramos como médicos tomar para decidir qué vamos a hacer con el paciente.”, Médico Neumólogo1). Además, esa discrecionalidad viene acompañada de una gran responsabilidad moral debido a las consecuencias que tiene para los pacientes a los cuales no se le da acceso al servicio médico (“Hay mucha gente que le quedan pocas horas de vida y por el hecho de que no vienen boqueando no los ingresamos porque no hay recursos, no hay camas”, Residente Neumólogo1).

13

Múltiples lógicas en el frente de batalla.

Una vez admitido un paciente, los BNC se enfrenta a dos situaciones complejas que dificultan su trabajo: por un lado, el personal de salud debe conciliar lógicas diferentes al mismo tiempo y, por el otro, debe enfrentarse a riesgos importantes para su propia salud. La literatura sobre burocracia a nivel de calle ha destacado que con frecuencia los BNC se enfrentan a objetivos de política, roles y exigencias contradictorios entre sí (Brodtkin, 1997; Jewell y Glaser, 2006; Loyens y Maesschalck, 2010; Martin, Phelps y Katbamna, 2004). Lo anterior se puede observar en el caso de los BNC al frente de la pandemia en México pues deben conciliar una política que busca atender al mayor número posible al mismo tiempo que con calidad, lo cual es contradictorio: “Los superiores si comentan que hay que administrar con ética los recursos, pero también viendo la parte de la calidad de atención” (Residente Neumólogo1). “Aumentaron la capacidad [camas y ventiladores] pero nosotros seguimos siendo los mismos, entonces cada vez es más difícil darle una atención de calidad para el paciente.” (Residente Oncólogo1). “Que el familiar no se quedara con dudas, tiene miedo no sabe cómo afrontar todo esto, pero no tienes tú el tiempo de sentarte a platicar cuando tengo 5 afuera que se están ahogando” (Médico Neumólogo1).

Riesgo de contagio.

Existe evidencia pasada (Koh et al. 2005) y actual (Cotrin et al. 2020; Sethi et al. 2020) acerca del estrés y los altos costos personales que padece el personal de salud derivado de su trabajo frente a una pandemia. Varios estudios coinciden acerca de la importancia que tiene la percepción del personal de salud sobre el riesgo de contagio al que se exponen y a sus familias como factor detonante de estrés (Cotrin et al. 2020; Koh et al. 2005; Sethi et al. 2020), así como de la disposición a trabajar y atender pacientes infectados (Ganz et al. 2019). Esa percepción de riesgo se evidencia en los entrevistados, a través del temor: “Me da miedo llegar al hospital porque nuestra entrada es donde están los pacientes fallecidos.” (Médico Radiólogo1). Ese miedo a contagiarse se traduce, a su vez, en un impulso para tratar de comprender a la enfermedad: “Hay mucha avidez de encontrar algo que pueda ayudar a los pacientes graves [...] parte de esta avidez tiene mucho que ver con la angustia de uno sí que se pueda enfermar... en el fondo hay angustia de que, si yo me pongo grave, que me van a dar, etc.” (Enfermera Internista1).

Como respuesta a ese temor de contagio los BNC desarrollan rutinas que tienen como finalidad reducir el riesgo de contagio, tales como la delegación de responsabilidades (“Los residentes somos los únicos que realmente estamos en el área de Covid, los médicos tratantes ya no entran a ver a sus pacientes, aunque el paciente ingresa a su nombre.”, Residente Neumólogo2) o la eliminación de protocolos de tratamiento (“Los pacientes con COVID-19 está contraindicado que hagamos exploraciones exhaustivas de la función respiratoria debido al potencial de contagio.”, Médico Neumólogo1) o reanimación (“Si un paciente llega a caer en paro respiratorio [...] no se les da maniobra de reanimación cardio-pulmonar.”, Residente Oncólogo1). Estas rutinas, más que una práctica reconocida en algún protocolo, son decisiones discrecionales entre pares al interior de los hospitales (“Estas decisiones las hicimos por consenso entre los residentes, no nos vamos a arriesgar por salvar a uno.”, Residente Oncólogo1). De acuerdo con los entrevistados, estas rutinas que evitan el contagio son puestas en términos de costos y beneficios respecto a recursos valiosos (“Tenemos que poner en una balanza los riesgo-beneficios. [...]. Por un paciente [al generar aerosoles] si hacemos procedimientos heroicos vamos a perder la oportunidad de atender a otros 100 pacientes.”, Residente Oncólogo1).

Esta posición del personal de salud de tratar de evitar contagios con la finalidad de permanecer sanos para servir a un mayor número de pacientes coincide con lo que Becker et al. (2013) argumentan sobre la toma de decisiones éticas durante situaciones de desastre. De acuerdo con estos autores, en una situación normal, las decisiones del personal de salud se basan en principios de deber y beneficencia, mientras que en situaciones de desastre existe un conflicto entre estos principios y el de utilidad (“[no poder salvar vidas con RCP u otros procedimientos] es difícil al principio por que va en contra de tu vocación”, Residente Oncólogo1), por lo que la prioridad para la asignación de recursos sigue una lógica centrada en la población, no en el paciente individual (Becker et al. 2013, p. 494).

Conclusiones.

14

Los trabajos sobre BNC, en México específicamente, han surgido con lentitud y con timidez, sin embargo, la pandemia de la COVID-19 ha visibilizado, irreparablemente, el trabajo de este grupo de servidores públicos. En esta investigación estudiamos a los BNC que trabajan en la línea de atención a COVID-19 en servicios hospitalarios. Nuestras entrevistas a personal de medicina y enfermería, principalmente del sector público, en medio de la crisis de salubridad en México ocasionada por la enfermedad de la COVID-19 confirman aspectos que ya eran conocidos sobre este tipo de trabajadores. Se trata de un perfil que está en pleno y constante contacto con la ciudadanía-cliente, con amplio grado de discrecionalidad y autonomía en su trabajo (Lipsky, 2010, pp. 13-18; Maynard-Moody y Portillo, 2018, pp. 46-56). Esto último necesario para hacer frente a la crisis sanitaria, plagada de incertidumbre por el hecho de tener que atender una enfermedad, en ese entonces, poco descrita. También, a raíz de esta crisis sanitaria, los BNC experimentaron la necesidad de tomar decisiones frente a escenarios de recursos escasos, modificando sus roles usuales de procesar personas y clientes hacia otros que tienen más cercanía con la gerencia de recursos y decisiones de salud pública (Meza et al. mimeo, p. 10).

Si bien administrar recursos escasos no es un aspecto exclusivo de la pandemia, ésta ha tenido serias consecuencias en el quehacer de los BNC del sector hospitalario en México.

En esta investigación nos hicimos cargo de responder a cuestionamientos sobre cómo los principales implementadores y proveedores de servicios de salud hacen uso de su discrecionalidad para resolver en la realidad los dilemas morales y ético-profesionales al frente de la pandemia. Para ello empleamos una metodología clásica en los estudios de BNC, conocida como *sesiones de historias* (Maynard-Moody y Musheno, 2003). Los principales hallazgos fueron los siguientes:

- 1 Existen diversos tipos de lineamientos de política que intentan con orientar el trabajo de los BNC. Sin embargo, identificamos que aquellos que más efecto tienen en modificar el trabajo de este tipo de servidores públicos, es el que modifica las condiciones y los contextos. Esto fue claro al observar el impacto que tuvo el lineamiento de reconversión hospitalaria con respecto a otros como la guía para administrar el uso y disposición de recursos escasos. El primero tuvo un impacto indiscutible comparado con lo que logró la guía de recursos escasos. Sobre este último, no logramos recabar evidencia de su uso o de cómo pudo haber modificado comportamientos. Este hallazgo soporta la idea sobre la importancia de la discreción y la autonomía de los BNC (Tummers y Bekkers, 2014). Es claro que ningún lineamiento de política puede suplir las decisiones que se hacen en el campo, especialmente, en el trabajo de los BNC cuyo día a día significa tomar decisiones; esto es aplicar al caso concreto, lineamientos que son generales y que son abstractos. Se trata de una labor cuyo trabajo es interpretar con la implementación los supuestos de las políticas (Sandfort, 2000).
- 2 La discreción y autonomía de los BNC han invadido procesos clínicos y convenciones médicas anteriormente bien aceptadas, y que no estaban sujetos a cambios por coyunturas. Pero enfrentar una enfermedad no descrita ha dotado a los BNC un grado de discreción que ha trascendido límites que regularmente eran respetados. Uno de ellos es el proceso de triage que durante esta pandemia se percibió heterogéneo a partir de las narraciones de los BNC de diferentes hospitales. La guía que estipulaba precisamente este proceso a nivel nacional no funcionó para dotar de certidumbre en los ingresos hospitalarios. Esto refuerza nuestro argumento anterior, sobre el tipo de lineamientos de política que tienen efecto real, pero también abre una nueva ventana de entendimiento que tiene que ver con la imperiosa necesidad de revalorar la discreción de los BNC como una herramienta que permite salir del paso. Esta herramienta es útil, en este caso de incertidumbre, porque les permitía iniciar procesos de mejora continua que sería imposible realizar de estar sometidos a una jaula reglamentaria, y sin ningún marco ético con base en la profesión (Ganz et al. 2019; Henderson, 2013; Henderson & Pandey, 2013).
- 3 La pandemia sometió a los BNC a conciliar dos lógicas que, puestas en el extremo, son extremadamente difíciles de conciliar, aunque en épocas de normalidad, regularmente lo hacen. Por lo general un BNC debe conciliar el hecho de cuidar recursos públicos, mientras valora si las personas susceptibles a recibir un servicio público lo merecen, no lo merecen o de qué forma lo merecen (ver por ejemplo Jilke y Tummers, 2018). En condiciones de normalidad el personal hospitalario enfrenta estas decisiones de manera más pausada, y a un ritmo en donde pueden acomodar en qué casos usar una intervención y en que otros no; cuándo aplicar una lógica y cuando no. En situación de normalidad la carga de la evidencia, para evaluar la decisión sobre un posible paciente, está puesta y se valora, caso por caso, y generalmente hay margen para actuar. Pero en demandas como la que presentó la COVID-19, hizo que ambas lógicas entraran en directa contraposición, como cuando los médicos decidían no usar técnicas de respiración cardiopulmonar con tal de no arriesgar demasiado la vida propia, o la salud de otros. O bien dejar de utilizar insumos porque eran escasos, y había que usarlos bajo el esquema del mayor beneficio público. Estas lógicas que normalmente se pueden acomodar dentro del marco de discreción, en esta ocasión resultó mucho más estresante.
- 4 La pandemia ha hecho notar con mayor claridad el uso que tienen los marcos éticos y profesionales en la función pública. Claramente se observan los resultados de estos marcos a partir de las decisiones que se toman, por ejemplo, cuando al tiempo de atender pacientes, velan por el mejor interés del personal hospitalario. Sin embargo, observar el uso del marco ético va más allá de comprender lógicas que se contrapongan en la decisión. Se trata de entender cómo funciona la decisión del BNC, y cómo se puede orientar ésta, más nunca eliminar. Vemos que no se orienta a través de lineamientos que “*tomen las decisiones por ellos*” sino afectando los elementos de pre-decisión que configuran la decisión final de un BNC (Meza y Zizumbo-Colunga 2020). Ya sea ésta, para beneficio personal, para beneficio público o de los colegas, la crisis sanitaria de la COVID-19 ha permitido entender la importancia de los marcos éticos para cualquier toma de decisiones en la función pública. Este hallazgo ofrece un horizonte prometedor para replantear el uso y el valor de la profesionalización de los cuadros de servidores públicos en México y el resto del mundo.

En México, el estudio de los BNC, había quedado relegado, en parte, debido a nuestra fijación por entender el trabajo de gobernar desde una perspectiva de *policy-maker* o de experto. La pandemia nos ha revelado los límites de esta perspectiva y la necesidad de voltear a ver a los implementadores que al final dan forma a las políticas públicas.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar Villanueva, Luis F, 2004, "Recepción y desarrollo de la disciplina de política pública en México. Un estudio introductorio." *Sociológica*, vol. 19, núm. 54, pp.15-37.
- Alcadipani, Rafael, Sandro Cabral, Alan Fernandes y Gabriela Lotta, 2020, "Street-Level Bureaucrats Under COVID-19: Police Officers' Responses in Constrained Settings." *Administrative Theory & Praxis*, vol. 42, núm. 3, pp.394-403.
- Arellano Gault, David, 2009, "La burocracia mexicana como actor: construyendo las bases para su análisis empírico." *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, <<https://journals.openedition.org/nuevomundo/48083#text>>
- Balarezo-López, Gunther, 2018, "Sociología médica: origen y campo de acción." *Revista de Salud Pública*, vol. 20, núm. 2, pp.265-270.
- Banco Mundial, 2020, Data, en: <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>> [consultado 8-agosto-2020].
- Becker, Torben K., Marianne Gausche-Hill, Andrew L. Aswegan, Eileen F. Baker, Kelly J. Bookman, Richard N. Bradley, Robert A. De Lorenzo y David J. Schoenwetter, 2013, "Ethical challenges in Emergency Medical Services: controversies and recommendations." *Prehospital and Disaster Medicine*, vol. 28, núm. 5, pp.488-497.
- Belmont Cortés, Edgar, 2011, *Las batallas alrededor del servicio público de energía eléctrica. Convergencias y divergencias entre Electricidad de Francia y Luz y Fuerza del Centro*. México, D. F.: Universidad Autónoma de Querétaro-Miguel Ángel Porrúa, 318
- Biernacki, Patrick, and Dan Waldorf, 1981, "Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling." *Sociological Methods & Research*. vol. 10, núm. 2, pp.141-163.
- Bode, Ingo y Jorge E. Culebro M., 2018, "Paradoxical Internationalization: Regulatory Reforms in the Mexican Health-Care System through the Lens of European Experience." *Politics & Policy*, vol. 46, núm. 4, pp.678-710.
- Brodkin, Evelyn Z, 1997, "Inside the welfare contract: Discretion and accountability in state welfare administration." *Social Service Review*, vol. 71, núm. 1, pp.1-33.
- Brodkin, Evelyn Z, 2012, "Reflections on Street-Level Bureaucracy: Past, Present, and Future." *Public Administration Review*, vol. 72, núm. 6, pp.940-949.
- 16 Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zuñiga, Carlos Miranda y Jorge Oviedo, 1997, "" Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización." *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 6, pp.546-553.
- Cabrero Mendoza, Enrique. 2000. "Usos y costumbres en la hechura de las políticas públicas en México: Límites de las policy sciences en contextos cultural y políticamente diferentes." *Gestión y Política Pública*, vol. 9, núm. 2, pp.189-229.
- Campos, Mariana y Xhail Balam, 2020, Infraestructura hospitalaria: debilidad externa, en <<https://www.mexico-evalua.org/la-infraestructura-hospitalaria-debilidad-extrema/>> [consultado 20-agosto-2020].
- Carbonell, Mario, 2020, Médicos y enfermeros, desprovistos en la batalla contra el Covid-19 en México, France 24, 15 de abril, en <<https://www.france24.com/es/20200415-medicos-provisiones-mexico-pandemia-covid19>> [consultado 19-julio-2020].
- Carte, Lindsey, 2017, "Mexican Bureaucrats and the Everyday Restriction of Transnational Migration in a Context of Scarcity." *Territory, Politics, Governance*, vol. 5, núm. 3, pp.304-317.
- Castro, Roberto y Marcia Villanueva Lozano, 2018, "Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica." *Estudios Sociológicos*, vol. 36, núm.108, pp.539-569.
- Cejudo, Guillermo M., 2003, "Public Management Policy Change in Mexico, 1982-2000." *International Public Management Journal*, vol. 6, núm. 3, pp.309-325

- Cejudo, Guillermo M., David Gómez-Alvarez, Cynthia L. Michel, Damián Lugo, Humberto Trujillo, Calep Pimentía, y Juvenal Campos, 2020, "Federalismo en COVID: ¿Cómo responden los gobiernos estatales a la pandemia? (Versión 3)", 1 de julio de 2020, Ciudad de México, Laboratorio Nacional de Políticas Públicas, <https://lnppmicrositio.shinyapps.io/FederalismoEnCovid/>
- Cejudo, Guillermo M., María del Carmen Pardo y Mauricio I. Dussauge Laguna (eds.), 2019, *Variaciones de implementación. Ocho casos de política pública*, Ciudad de México, CIDE, 361 pp.
- Charmaz, Kathy, 2006, *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Great Britain: Sage.
- Chiarello, Elizabeth, 2019, "Law, Morality, and Health Care Professionals: A Multilevel Framework." *Annual Review of Law and Social Science*, vol. 15, pp.117-135.
- Consejo de Salubridad General, 2020, Guía Bioética de asignación de recursos limitados de medicina crítica, en: <http://www.csg.gob.mx/> [consultado 8-agosto-2020].
- Cotrin, Paula, Wilana Moura, Caroline Martins Gambardela-Tkacz, Fernando Castilho Pelloso, Lender dos Santos, Maria Dalva de Barros Carvalho, Sandra Marisa Pelloso y Karina Maria Salvatore Freitas, 2020, Healthcare Workers in Brazil During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Online Survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, vol. 57, pp. 1-11.
- Cruz Reyes, Gerardo y Martha Patricia Patiño Fierro, 2020, "Las medidas del Gobierno Federal contra el virus SARS-CoV2 (COVID-19)", *Cuaderno de Investigación del Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República*, núm. 6, 36
- Culebro M., Jorge E, 2020, "México ante el Covid-19 Gestión de crisis y retos para el sistema de salud. La coordinación vertical y horizontal para los sistemas de salud en México.", *Reporte CESOP*, núm 132, pp.44-53.
- Culebro, Jorge, Benjamín Méndez y Pablo Cruz, 2019, "Coordination and regulation in crisis management. Response of the Health Sector to Disasters. The Case of the 2017 Earthquake in Mexico City". *International Public Management Review*. vol. 19. núm. 2, pp.47-65.
- Dussauge Laguna, Mauricio I., 2008, "Paradoxes of Public Sector Reform: The Mexican Experience (2000-2007)." *International Public Management Review*, vol. 9, núm. 1, pp.56-75.
- _____, 2009, "La literatura comparada sobre reformas administrativas: Desarrollos, limitaciones y posibilidades." *Gestión y Política Pública*, vol. 18, núm. 2, pp.439-495.
- Dussauge Laguna, Mauricio I., Guillermo M. Cejudo y María del Carmen Pardo, 2018a, "Estudio introductorio", en M. I. Dussauge Laguna, G. M. Cejudo y M. C. Pardo (eds.), *Las burocracias a nivel de calle: una antología*. Ciudad de México, CIDE, pp.9-25.
- _____, (Eds.), 2018b, *Las burocracias a nivel de calle: una antología*, Ciudad de México, CIDE, 373.
- Ellis, Kathryn, 2011, "'Street-level bureaucracy' revisited: The changing face of frontline discretion in adult social care in England." *Social Policy & Administration*, vol. 45, núm. 3, pp.221-244.
- Expansión Política, 2020, Personal de salud atiende entre contagios, agresiones, discriminación y despidos, en <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/05/24/personal-de-salud-atiende-entre-contagios-agresiones-discriminacion-y-despidos> [consultado 11-julio-2020].
- Ferri, Pablo, 2020, La falta de personal y material médico añaden incertidumbre a la saturación de los hospitales de México, *El País*, 29 de abril, en <https://elpais.com/sociedad/2020-04-28/la-falta-de-personal-y-material-medico-anaden-incertidumbre-a-la-saturacion-de-los-hospitales-de-mexico.html> [consultado 11-julio-2020].
- Ganz, Freda DeKeyser, Ilana Margalith, Julie Benbenishty, Miriam Hirschfeld, Nurit Wagner y Orly Toren, 2019, "A conflict of values: nurses' willingness to work under threatening conditions." *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 51, núm. 3, pp.281-288.
- Global Health Security Index, 2019, 2019 GHS Index Country Profile for Mexico, en: <https://www.ghsindex.org/country/mexico/> [consultado 8-agosto-2020].

- Gobierno de México, 2020, Coronavirus, en: <<https://coronavirus.gob.mx/2020/08/03/conferencia-3-de-agosto/>> [consultado 9-agosto-2020].
- González Díaz, Marcos, 2020, Coronavirus: el preocupante aumento de agresiones en México contra personal médico que combate el COVID-19, BBC, 17 de abril, en <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>> [consultado 11-julio-2020].
- Hale, Thomas, Noam Angrist, Beatriz Kira, Anna Petherick, Toby Phillips y Samuel Webster, 2020, Oxford Covid-19 Government Response Tracker. Government Response Stringency Index, en: <<https://ourworldindata.org/grapher/covid-stringency-index?year=2020-05-07>> [consultado 8-agosto-2020].
- Henderson, Alexander C., 2013, "Examining Policy Implementation in Health Care: Rule Abidance and Deviation in Emergency Medical Services." *Public Administration Review*, vol. 73, núm. 6, pp.799-809.
- Henderson, Alexander C. y Sanjay K. Pandey, 2013, "Leadership in Street-Level Bureaucracy: An Exploratory Study of Supervisor-Worker Interactions in Emergency Medical Services.", *International Review of Public Administration*, vol. 18, núm. 1, pp.7-23.
- Herrera, Cristina, Ari Rajsbaum, Carolina Agoff y Aurora Franco, 2006, "Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México." *Salud Pública de México*, vol. 48, S2, pp.259-267.
- Hupe, Peter y Michael Hill, 2007, "Street-Level Bureaucracy and Public Accountability." *Public Administration*, vol. 85, núm. 2, pp.279-299.
- Infante, César, Ángel Zarco, Silvia Magali Cuadra, Ken Morrison, Marta Caballero, Mario Bronfman y Carlos Magis, 2006, "El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México." *Salud Pública de México*, vol. 48, núm. 2, pp.141-150.
- Jewell, Christopher J. y Bonnie E. Glaser, 2006, "Toward a General Analytic Framework: Organizational Settings, Policy Goals, and Street-Level Behavior." *Administration & Society*, vol. 38, núm. 3, p.335-364.
- Jilke, Sebastian y Lars Tummers, 2018, "Which Clients are Deserving of Help? A Theoretical Model and Experimental Test.", *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 28, núm. 2, pp.226-238.
- Johannessen, Lars E. F., 2017, "Beyond guidelines: discretionary practice in face-to-face triage nursing." *Sociology of Health & Illness*, vol. 39, núm. 7, pp.1180-1194.
- _____, 2018, "Narratives and gatekeeping: Making sense of triage nurses' practice." *Sociology of Health & Illness*, vol. 40, núm. 5, pp.892-906.
- Kitroeff, Natalie y Paulina Villegas, 2020, "'No es el virus': las carencias de los hospitales mexicanos también matan", The New York Times, 28 de mayo, en <<https://www.nytimes.com/es/2020/05/28/espanol/america-latina/mexico-hospitales-coronavirus.html>> [consultado 11-julio-2020].
- Koh, David, Meng Kin Lim, Sin Eng Chia, Soo Meng Ko, Feng Qian, Vivian Ng, Ban Hock Tan, Kok Seng Wong, Wuen Ming Chew, Hui Kheng Tang, Winston Ng, Zainal Muttakin, Shanta Emmanuel, Ngan Phoon Fong, Gerald Koh, Chong Teck Kwa, Keson Beng-Choon Tan y Calvin Fones, 2005, "Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of Healthcare Workers in Singapore. What Can We Learn?." *Medical Care*, vol 43, núm. 7, pp.676-682.
- Leal, Alejandra, 2006, "Burocracia, justicia y pluralismo jurídico. Una exploración de los espacios del poder en Oaxaca", *Alteridades*, vol. 16, núm. 31), pp.39-48.
- Lima-Silva, Fernando, Tatiana Lemos Sandim, Giordano Morangueira Magri y Gabriela Lotta, 2020, O nível de rua na pandemia: a percepção de profissionais da linha de frente da assistência social sobre a implementação de políticas. *Revista de Administração Pública*, vol. 54, núm. 5, 1458-1471.
- Lipsky, Michael, 1969, *Toward a Theory of Street-Level Bureaucracy*. Paper presented at the 1969 Annual Meeting of the American Political Science Association. New York. September 2-6 1969.
- _____, 2010, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services [30th Anniversary Expanded Edition]*. New York, U.S.A.: Russell Sage Foundation, 275.

- Loyens, Kim y Jeroen Maesschalck, 2010, "Toward a Theoretical Framework for Ethical Decision Making of Street-Level Bureaucracy: Existing Models Reconsidered." *Administration & Society*, vol. 42 núm. 1, pp.66-100.
- Martin, Graham P., Kay Phelps y Savita Katbamna, 2004, "Human Motivation and Professional Practice: of Knights, Knaves and Social Workers." *Social Policy & Administration*, vol. 38 núm. 5, pp.470-487.
- Maynard-Moody, Steven y Michael Musheno, 2000, "State Agent or Citizen Agent: Two Narratives of Discretion." *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 10, núm. 2, pp.329-358.
- _____, 2003, *Cops, Teachers, Counselors: Stories from the Front Lines of Public Service*, Ann Arbor: University of Michigan Press, 220.
- Maynard-Moody, Steven y Shanon Portillo, 2018, "Teoría de la burocracia de nivel de calle.", en M.I. Dussauge Laguna, G. M. Cejudo y M. C. Pardo (eds.), *Las burocracias a nivel de calle. Una antología*. Ciudad de México, México: CIDE, pp.41-84.
- Meza, Oliver y Carlos Moreno Jaimes, 2019, "Táctica de política. Pequeños cambios para mejorar la gerencia pública." *Foro Internacional*, vol. 59, núm. 1, pp.147-187.
- _____, 2020, "Taming the Beast: Managers' Tactics to Change Frontline Workers' Adversarial Interaction with Policy Targets." *International Journal of Public Administration*, vol. 43, núm. 10, pp.866-875.
- Meza, Oliver y Daniel Zizumbo-Colunga, 2020, "Constructions of noncompliance: narratives and contexts in the case of administrative corruption," *International Public Management Journal*, DOI: 10.1080/10967494.2020.1793041
- Meza, Oliver, Elizabeth Pérez-Chiqués, Sergio A. Campos y Samanta Varela Castro, Mimeo, "The Roleplay of Angels Against the Covid-19 Pandemic: A Comparison Between Policy and De Facto Roles Assigned to Healthcare Street-Level Bureaucrats in Mexico", en prensa, *Journal of Comparative Policy Analysis*.
- Nieto Morales, Fernando, Liesbet Heyse, María del Carmen Pardo y Rafael Wittek, 2014, "Building Enforcement Capacity: Evidence From The Mexican Civil Service Reform." *Public Administration and Development*, vol. 34, pp.389-405.
- Orozco Rivera, Ernesto David, 2020, "Medidas de política pública para la prevención y la atención de la salud y sus efectos en la economía", *notas estratégicas del Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República*, núm. 93, 17.
- Ortiz Espinosa, Rosa María, Sergio Muñoz Juárez y Erick Torres Carreño, 2004, "Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México." *Revista Española de Salud Pública*, vol. 78, núm. 4, pp.527-537.
- Pardo, María del Carmen, 1993, "La administración pública en México: su desarrollo como disciplina." *Foro Internacional*, vol. 33, núm. 1(131), pp.12-29.
- _____, 2010a, "A manera de introducción", en M. C. Pardo (comp.) *Administración pública mexicana del siglo XX*, México: siglo XXI editores, pp.17-54.
- _____, 2010b, "La propuesta de modernización administrativa en México: entre la tradición y el cambio." *Foro Internacional*, 393-421.
- Pardo, María del Carmen y Guillermo M. Cejudo (Eds.), 2016, *Trayectorias de reformas administrativas en México: Legados y conexiones*. Ciudad de México, El Colegio de Mexico A C.
- Pardo, María del Carmen, Mauricio I. Dussauge Laguna y Guillermo M. Cejudo, (eds.), 2018, *Implementación de políticas públicas. Una antología*. Ciudad de México, México: CIDE, 347.
- Patiño Fierro, Martha Patricia y Gerardo Cruz Reyes, 2020, "Las medidas adoptadas por las entidades federativas ante la emergencia del Covid-19", *Cuaderno de Investigación del Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República*, núm. 7, 62.
- Peeters, Rik, Humberto Trujillo Jiménez, Elizabeth O'Connor, Pascual Ogarrio Rojas, Michele González Galindo y Daniela Morales Tenorio, 2018, "Low-trust bureaucracy: Understanding the Mexican bureaucratic experience." *Public Administration and Development*, vol. 38, núm. 2, pp.65-74.

- Peeters, Rik y Sergio A. Campos, en prensa, Taking the Bite Out of Administrative Burdens: How Beneficiaries of a Mexican Social Program Ease Administrative Burdens in Street-Level Interactions, *Governance*.
- Peña, Víctor S, 2020, "Preparados para un virus nocturno: coronavirus, decisiones de política pública y vulneración de derechos en cinco municipios de Sonora, México", *región y sociedad*, año 32, e1324.
- Raaphorst, Nadine y Steven Van de Walle, 2018, "A signaling perspective on bureaucratic encounters: How public officials interpret signals and cues." *Social Policy & Administration*, vol. 52, núm. 7, pp.1367-1378.
- Ramírez de la Cruz, Edgar E., Eduardo José Grin, Pablo Sanabria-Pulido, Daniel Cravacuore y Arturo Orellana, 2020, "The Transaction Costs of the Governments' Response to the COVID-19 Emergency in Latin America.", *Public Administration Review*, vol. 80, núm. 4, pp.683-695.
- Ramírez-Sánchez, Teresita de J., Patricia Nájera-Aguilar y Gustavo Nigenda-López, 1998, "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios.", *Salud Pública de México*, vol. 40, núm. 1, pp.03-12.
- Riccucci, Norma M., Marcia K. Meyers, Irene Lurie y Jun Seop Han, 2004, "The Implementation of Welfare Reform Policy: The Role of Public Managers in Front-Line Practices." *Public Administration Review*, vol. 64, núm. 4, pp.438-448.
- Sandfort, Jodi R, 2000, "Moving Beyond Discretion and Outcomes: Examining Public Management from the Front Lines of the Welfare System", *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 10, núm. 4, pp.729-756.
- Secretaría de Salud, 2020a, Documentos de consulta para el personal de salud, en <<https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>> [Consultado 10-agosto-2020].
- _____, 2020b, Lineamientos de Reconversión Hospitalaria, en <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria_05042020_2.pdf> [Consultado 10-agosto-2020]
- Sethi, Ahsan, Hira Shireen Aamir, Bilal Ahmed Sethi Nasreen Ghani y Sundas Saboor, 2020, "Impact on Frontline Nurses in the Fight Against Coronavirus Disease." *Annals of King Edward Medical University*, vol. 26, edición especial, pp.120-125.
- Smith, Anita y Kelly J. Cone, 2010, "Triage decision-making skills: a necessity for all nurses." *Journal for Nurses in Professional Development*, vol. 26, núm. 1, pp.E14-E19.
- 20 Soto Mora, Adrián, Andrés Castañeda Prado, Juan Gutiérrez Majía, Luis F. Fernández Ruiz y Javier Martín Reyes, 2020, Un dilema inevitable del Covid-19: ¿Cómo salvar más vidas cuando se acaben las camas?, Nexos, 11 de abril, en <<https://www.nexos.com.mx/?p=47691>> [consultado 11-julio-2020]
- Tello, Xavier, 2020, La COVID-19 y la escasez de médicos especialistas, Letras Libres, 16 de junio, en <<https://www.letraslibres.com/mexico/ciencia-y-tecnologia/la-COVID-19-y-la-escasez-medicos-especialistas>> [consultado 29-julio-2020].
- Teti, Michelle, Enid Schatz, y Linda Liebenberg, 2020, "Methods in the Time of COVID-19: The Vital Role of Qualitative Inquiries.", *International Journal of Qualitative Methods*. DOI: [10.1177/1609406920920962](https://doi.org/10.1177/1609406920920962)
- Tummers, Lars y Victor Bekkers, 2014, "Policy Implementation, Street-Level Bureaucracy, and the Importance of Discretion.", *Public Management Review*, vol. 16, núm. 4, pp.527-547.
- Tummers, Lars L., Victor Bekkers, Evelien Vink, y Michael Musheno, 2015, "Coping During Public Service Delivery: A Conceptualization and Systematic Review of the Literature", *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 25, núm. 4, pp.1099-1126.
- Vassy, Carine, 2001, "Categorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department." *Sociology of Health & Illness*, vol. 23, núm. 5, pp.615-632.
- Vega, Andrea, 2020, Contagios y muertes en su lucha contra COVID-19: Así ha afectado el coronavirus al sector Salud, Animal Político, 11 de mayo, en <<https://www.animalpolitico.com/2020/05/contagios-trabajadores-salud-muertes-COVID-19/>> [consultado 29-julio-2020].

- Watkins-Hayes, Celeste, 2011, "Race, Respect, and Red tape: Inside the Black Box of Racially Representative Bureaucracies.", *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 21, suplemento 2, pp.i233-i251.
- Willems, Dick L., 2001, "Balancing rationalities: gatekeeping in health care." *Journal of Medical Ethics*, vol. 27, núm. 1, pp.25-29.
- World Health Organization, 2020, WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, en <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>> [consultado 29-julio-2020].

Sergio A. Campos es Candidato a Doctor en Políticas Públicas por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Su investigación se enfoca en las interacciones Estado-ciudadano y en la manera como los ciudadanos ejercen su capacidad de agencia durante sus encuentros con burócratas a nivel de calle. ORCID: 0000-0001-6078-3535

Correo electrónico: sergio.campos@alumnos.cide.edu

Samanta Varela Castro es Candidata a Doctora en Políticas Públicas y Maestra en Administración y Políticas Públicas por el Centro de Investigación y Docencia Económicas. Trabaja en una investigación sobre mecanismos para lidiar de burócratas de nivel de calle en el sector salud en México. ORCID: 000000-0002-4550-104X

Correo electrónico: samantavarela.castro@alumnos.cide.edu

Oliver Meza es Doctor en Políticas Públicas por el CIDE, Maestro en Administración Pública por la London School of Economics. Adscrito a la División de Administración Pública y miembro de la red CIDE PIRC. Investiga política subnacional, federalismo, y gobiernos locales. ORCID: 0000-0003-0342-3423

Correo electrónico: oliver.meza@cide.edu

Elizabeth Pérez-Chiqués es doctora en administración y políticas públicas adscrita a la División de Administración Pública del Centro de Investigación y Docencia Económicas y Fellow del Rockefeller Institute of Government en Nueva York. Sus principales agendas de investigación están centradas en la corrupción gubernamental, en la gestión de los recursos humanos, y en la implementación de políticas públicas. ORCID: 0000-0003-4432-718X

Correo electrónico: elizabeth.perez@cide.edu