

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



LA GESTIÓN DE LAS REDES PROFESIONALES Y LABORALES QUE EL PERSONAL
MÉDICO DE PRIMERA LÍNEA DESARROLLÓ PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A
LOS PACIENTES ENFERMOS DE COVID-19 EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN
Y POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA

JUAN MARCOS DANIEL VELASCO FUENTES

DIRECTOR DE LA TESINA: DR. MANLIO FELIPE CASTILLO SALAS

CIUDAD DE MÉXICO

2021

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1. Marco Teórico.....	4
1. Nivel micro.....	4
1.1 Lidiar con el contexto	7
1.2. Tras bambalinas	8
1.3 Profesionalismo	9
1.4 Recursos de implementación	10
1.5 Rutinas de deliberación.....	11
1.6. Formas de las rutinas de deliberación.....	12
2. Reflexión final.....	13
Capítulo 2. Metodología.....	15
1. Ontología.....	15
2. Método. Teoría Fundamentada	15
2.1. Abductivo.....	16
2.2. Sensibilidad teórica.....	17
2.3. Codificación.....	17
2.4. Comparación contante	18
3. Técnicas de recopilación de datos.....	18
4. Trabajo de campo	19
4.1 Método aplicado	20
5. Reflexión final.....	23
Capítulo 3. Estudio de campo.....	25
1. Entorno	25
1.1. Entorno administrativo	25
1.1.1. Reducción de personal.....	26
1.2. Entorno hospitalario.....	30
1.2.1. Trabajo inmediato.....	30
1.2.2. Saturación.....	31
2. Redes profesionales y laborales	33
2.1. Reto nuevo	34
2.1.1. Tratamiento dinámico.....	35

2.2. Recursos de implementación	37
2.2.1. Artículos especializados	37
2.2.2. Redes profesionales.....	38
2.3. Redes laborales y su rutina de deliberación.....	40
2.3.1. Pensamiento de grupo	40
2.3.2. Rutinas de deliberación	41
2.3.3. Transmisión de estrategias	44
3. Reflexión final.....	51
Capítulo 4. Conclusiones.....	53
1. Marco analógico.....	55
2. Las raíces de la administración pública	56
3. Recomendaciones.....	61
4. Posibles líneas de investigación	61
Bibliografía.....	62

Introducción

*“En pandemia, no hay emergencias”
Médico especialista mexicano*

A finales de 2019, la mayoría de los mexicanos estaba disfrutando las vacaciones de invierno y esperaba el año 2020, ilusionadamente. Entre las múltiples noticias internacionales, una noticia se apenas tenía reflectores: “médicos chinos descubren una nueva enfermedad en Wuhan”. El recuerdo lejano del SARS, del MERS o de la influenza H1N1 revivió, pero fue minimizado porque tales contingencias sanitarias fueron controladas. Además, algunos medios de comunicación afirmaron que el coronavirus era como una gripa fuerte, no más que una influenza estacional.

En enero del 2020, Wuhan se convirtió en el foco de atención de todo el mundo y, al mismo tiempo, los interesados en este tema aprendieron términos como: tasa de contagio, capacidad hospitalaria y cuarentena. Posteriormente, nuevos brotes surgieron en diferentes países orientales y, pocos días después, ¡el virus había llegado a Europa!

Afortunadamente, las autoridades sanitarias mexicanas tuvieron más tiempo para prepararse, sin embargo, ocurrió lo inevitable: el primer caso de Covid-19 (en adelante Covid) fue registrado el 3 de marzo de 2020. Pocos días después, el 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a esta enfermedad como pandemia a causa de su rápida diseminación y por los alarmantes niveles de inacción (OMS, 2020).

Los gobiernos negacionistas —entre ellos el mexicano— no adoptaron medidas estrictas de separación social ni fortalecieron sus sistemas de salud (Gofen y Lotta, 2021). Bajo estas circunstancias, el subsecretario Hugo López Gatell estableció que un escenario catastrófico se caracterizaría por tener 60,000 muertes (El Economista, 2020); actualmente, esta enfermedad ocasionó la muerte de más 280,000 mexicanos y mexicanas (El Universal, 2020). El caso de los profesionales de la salud es alarmante pues más de 90,000 se han enfermado de Covid y; lamentablemente, 1320 ellos murieron. En este sentido, México es el país que había perdido más profesionales de la salud antes de septiembre del 2020 (Agren, 2020). Desafortunadamente, esta cifra ha crecido aún más en transcurso de la presente emergencia.

Por desgracia, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y algunos exsecretarios de salud afirman que las cifras sobre la pandemia no son certeras (INEGI, 2021;

Chertorivski et al., 2020). Por un lado, el sistema centinela, es decir, el mecanismo que el gobierno federal usa para dimensionar la contingencia de salud sólo conoce y recopila los casos positivos que acuden a las unidades centinela (Chertorivski et al., 2020). “Este sólo hecho deja afuera a número indeterminado de personas realmente contagiadas que no desarrolla síntomas o que simplemente no acudieron al sistema de salud” (Chertorivski et al., 2020, p. 20). Por el otro lado, el INEGI determinó que se esperaban un total de 488 343 defunciones para el periodo enero-agosto de 2020, no obstante, ocurrieron 673 260 (INEGI, 2021, p. 2). En otras palabras, la población mexicana sufrió un exceso de mortalidad “de 184 917, equivalente al 37.9%” (INEGI, 2021, p. 2). No se puede asegurar que el Covid haya causado todas esas muertes, sin embargo, el Covid se convirtió en la segunda causa de muertes en tal periodo (INEGI, 2021). La pandemia de Covid-19 no es responsabilidad del gobierno mexicano, no obstante, la gestión de ésta sí lo es. En este sentido, seis exsecretarios de salud afirmaron que la pandemia sigue fuera de control (Chertorivski et al., 2020).

La presente investigación tiene como objetivo comprender la gestión de las redes profesionales y laborales que el personal médico ha desarrollado para mejorar la atención a los pacientes de Covid en contexto de la emergencia sanitaria. Consecuentemente, se realizaron 4 grupos de enfoque y 2 semi estructuradas en un periodo de noviembre de 2020 a abril del 2021. Estas técnicas de recolección de datos se efectuaron por medio de la plataforma *zoom* para conservar la sana distancia.

El presente trabajo tiene relevancia especial porque los funcionarios de primera línea, es decir, los profesionales de la salud no son el último eslabón de la cadena de implementación; por el contrario, ellos son los últimos *policymakers* que configuran la estrategia sanitaria en contra del Covid (Maynard-Moody & Portillo, 2010). Por lo tanto, esta investigación podría impulsar una comprensión sobre cómo los funcionarios referidos han lidiado con el virus nuevo que muta constantemente, en contexto adverso, en el cual: sufren de escasos de insumos médicos; hay menos profesionales de la salud y, por último, no hay un tratamiento que asegure su eficacia plena.

Consecuentemente, la pregunta de investigación que dirigirá este trabajo es, ¿cómo el personal médico de los hospitales públicos gestiona sus redes profesionales y laborales para mejorar la atención a los pacientes Covid en un contexto de emergencia sanitaria? Una respuesta posible podría ser: los médicos usan sus redes profesionales y laborales para generar sistemas

deliberativos, lo cuales constituyen una estrategia para afrontar esta enfermedad desconocida; por lo tanto, esta táctica fomenta el aprendizaje de los BNC y, por consiguiente, se beneficia a los pacientes infectados por esta enfermedad nueva.

Para cumplir con el objetivo mencionado, el presente trabajo de investigación está dividido en cinco partes. La primera expone el marco teórico sobre los burócratas a nivel de calle o funcionarios de primera línea. La segunda explica la metodología de teoría fundamentada, la cual fue utilizada para delinear la complejidad causal del fenómeno general de la pandemia y, posteriormente, esquematiza el tema particular que se apunta en la pregunta de investigación. La tercera busca comprender a profundidad la complejidad causal del tema principal de esta investigación: la gestión de las redes profesionales y laborales de los especialistas médicos que trabajan en el área de urgencias. La cuarta realiza una conclusión y propone nuevas líneas de investigación que se relacionan íntimamente con el presente trabajo de investigación.

Capítulo 1. Marco Teórico

“Battles are sometimes won by generals; wars are nearly always won by sergeants and privates.”

F. E. Adcock

“Soldiers generally win battles; generals get credit for them.”

Napoleon Bonaparte

El Estado desempeña una función compuesta por diferentes acciones, las cuales pueden ser clasificadas en tres niveles analíticos: macro, meso y micro. *El primero* implica la integración de pactos estructurales de carácter político ideológico sobre los cuales la organización social está fundamentada. Estos ajustes dan forma a las instituciones, es decir, a las construcciones humanas socialmente compartidas que estructuran las interacciones y, por consiguiente, reducen la incertidumbre. *El segundo* concretiza los ajustes institucionales en políticas públicas cuyo contenido enmarca el curso de acción para resolver un problema público. *La tercera* conlleva la implementación general de las decisiones de gobierno; ahora bien, es preciso destacar que las políticas públicas modulan la experiencia cotidiana de cada persona cuando tiene contacto con el Estado (Oszlak, 2011).

1. Nivel micro

Esta perspectiva concentra su atención en el plano gubernamental más concreto, por ejemplo, las escuelas, juzgados y hospitales. De esta forma, “los burócratas de nivel de calle típicos son maestros, oficiales de policía y otro personal de aplicación de la ley, y 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, [1980] 2010, p.3, en Campos et al., 2020).

A partir de esta cita es posible afirmar que los burócratas de nivel de calle (BNC) son el puente entre el gobierno y los ciudadanos. Así, tales funcionarios atienden las necesidades de sus clientes, las cuales fueron identificadas en los mandatos de la política (Maynard-Moody &

Portillo, 2010). El contexto laboral de los BNC está integrado de elementos diversos que crean una gran incertidumbre: la ambigüedad reglamentaria y la insuficiencia de recursos (Lotta, Coelho & Brage, 2021).

La ambigüedad surge, en primera instancia, porque los legisladores llegan a acuerdos gracias a términos con significados “imprecisos, no concluyentes o incluso contradictorios” (Brodkin, 1990; Calista, 1986; Yanow, 1996 en Hill, 2003, p. 267). Posteriormente, los administradores de alto rango crean reglas y procedimientos extremadamente detallados para asegurar que los BNC cumplan con las tareas impuestas casi de forma automática (Wood, 2010; Krause, 2010 en Maynard-Moody & Portillo, 2010).

Los recursos, es decir, el tiempo, la información, los materiales y el personal están restringidos a un límite. Mientras tanto, la demanda ciudadana de servicios públicos es ilimitada; incluso, si su oferta se amplía. Por lo tanto, los BNC realizan sus tareas con recursos que son insuficientes de manera constante (Lipsky, 1980, p. 33). Principalmente, esta es la razón por la cual los ciudadanos experimentan al gobierno y sus políticas públicas en oficinas atestadas (Maynard-Moody & Portillo, 2010).

Ante las condiciones mencionadas, los autores Hupe y Hill establecen que los BNC trabajan bajo un “imperativo de acción”, es decir, ellos tienen la obligación de afrontar la encomienda que se les encarga desde las instancias superiores (2007, p. 281). Sin embargo, los BNC “no hacen simplemente lo que quieren o sólo lo que les dicen que deben querer, hacen lo que pueden” (Brodkin, 1997, p. 24). Consecuentemente, Hupe y Buffat consideran a BNC como “agentes potencialmente activos, capaces de resistir o de participar en las batallas relacionadas con las prescripciones y los recursos para la acción”. (1970, p. 559).

Teóricamente, hay un consenso cuyo contenido establece que los BNC poseen la aptitud para realizar comportamientos con una cualidad discrecional durante el desempeño de sus funciones. Es más, la discreción se estima como un elemento omnipresente, es decir, que no se puede evitar o impedir que suceda (Dussauge, Cejudo & Pardo, 2018). Las agencias gubernamentales y los funcionarios electos pueden ejercer un dominio sobre los BNC, pero siempre habrá resquicios incontrolables que les permiten empujar “una decisión en la dirección que prefieren” (Soss, Fording & Schram, 2011, p. 27 en Maynard-Moody y Portillo, 2010).

La discrecionalidad es la “percepción de los burócratas de nivel de calle sobre la libertad que tienen para tomar decisiones respecto (...) al implementar una política pública” (Tummers

& Bekkers, 2014, p. 529 en Campos et al., 2020). Intrínsecamente, dicha percepción no es “axiomáticamente buena, ni mala” (Brodkin, 1997, p. 4). Depende de la perspectiva de implementación que se use: *top down* o *bottom up*. La primera vertiente considera a los BNC como *policy takers*, es decir, como meros aplicadores de las reglas y procedimientos; por lo tanto, la discreción tiene un carácter negativo ya que brinda la posibilidad de desvirtuar el proceso de implementación homogéneo, equitativo e imparcial (Dussauge, Cejudo & Pardo, 2018). En consecuencia, dicha alteración se considera como un problema de agente principal o descoordinación entre los diversos estratos del gobierno (Jones, 2003; Keiser, 2010 en Gofen, 2014).

En cuanto al segundo punto de vista, los BNC son reconocidos como *policy makers* o ajustadores de la política que necesitan la libertad e incluso es deseable que la tengan para solucionar los escenarios soslayados por los lineamientos administrativos (Thoman, Van engen & Tummers, 2018). Asentir la discrecionalidad permite que los BNC realicen un trabajo profesional (Molander & Grimen, 2010). El cual necesita “una observación y un juicio sensible que no se puede reducir a formatos programados” (Lipsky, [1980] 2010, p. 15).

La *observación* atenta es imprescindible para que los BNC comprendan la complejidad casual de su contexto laboral y, al mismo tiempo, entiendan la realidad común de los usuarios; sin inhibir la sensibilidad para reconocer los casos distintivos. El *juicio* agudo es fruto de un entrenamiento riguroso que inculca una forma especial de interpretar las normas generales y especiales; luego, encamina hacia una conjugación con sus conocimientos especializados y su experiencia práctica (Dussauge, Cejudo & Pardo, 2018). Ciertamente, esta dualidad produce una sinergia creativa y de innovación que moldea la capacidad de respuesta que los BNC usan para iniciar procesos de mejora.

El curso argumentativo de este hilo de pensamiento propugna que los BNC “no sólo deberían estar más controlados y regulados, sino que, por el contrario, deberán estar empoderados” (Behn, 2001; Carey & Foster, 2011; Denhardt & Denhardt, 2000; Elmore, 1979; Evans & Harris, 2004; Handler, 1986 en Gofen, 2014, p.477). Ahora bien, cabe subrayar que en la forma de implementación *bottom up*, los BNC –también– dirigen sus acciones por sus valores y la percepción que tienen sobre el orden normativo de la sociedad con la que trabajan (Maynard-Moody & Musheno, 2000). De esta forma, existe la posibilidad de que crean o

mantengan estructuras axiomáticas complementarias o rivales con el núcleo valorativo de la política.

La solución no es retomar el punto de vista *top down* férreo. Por el contrario, cada política debería tener un equilibrio entre esa mirada y la de *bottom up* cuyo fin sea guiar “la expresión de la discrecionalidad que permitan flexibilidad y receptividad, y a la vez minimicen el abuso” [o cualquier valor antidemocrático] (Maynard-Moody & Portillo, 2010, p. 24).

1.1 Lidiar con el contexto

Los autores Hupe y Buffat establecen tres escenarios de implementación a los que se podrán enfrentar los BNC: “hacer más con menos”, “hacer lo mismo con menos” y “hacer más con lo mismo” (2014). Inevitablemente, en cada una de estas hipótesis implica una discrepancia. En otras palabras, por un lado, los políticos y la cúpula administrativa conminan para conseguir metas abstractas; por el otro lado, los BNC llevan sobre sí la obligación de aplicar individualmente el servicio con ayuda de capacidades y recursos insuficientes. Cabe mencionar que esta presión agobiante repercute en el estado físico y emocional en los funcionarios de primera línea.

Los BNC son estratégicos por lo que esgrimen “esfuerzos conductuales (...) para manejar, tolerar o reducir las demandas externas e internas, así como los conflictos que enfrentan cotidianamente” (Tummers, Bekkers, Vink, Musheno, 2015, p.2). Efectivamente, los BNC utilizan su discrecionalidad para acomodar su observación y juicio de tal forma que constituyan un mecanismo capaz de lidiar (*coping*) con las exigencias incesantes y abrumadoras de su trabajo (Maynard-Moody & Portillo, 2010).

Doctrinariamente, se han identificado familias conceptuales características del proceso de lidiar: alejarse de los usuarios, moverse contra los usuarios y moverse hacia los usuarios. Las dos primeras opciones estiman que los BNC trivializan a los ciudadanos, es decir, “no crean relaciones significativas” con ellos; *alejarse* implica brindar el servicio público con apatía, por lo cual se automatiza el comportamiento o se racionan los recursos; en contraste, *moverse contra* conlleva realizar la tarea encomendada con ánimo, pero no reconoce al usuario como el fin, en su lugar, se coloca a las reglas o la institución (Tummers, Bekkers, Vink, Musheno, 2015).

Ahora bien, *moverse hacia* significa buscar que la política tenga fruto, en otras palabras, se aproveche por los usuarios; de esta forma los BNC usan parte de sus recursos personales para extralimitar el servicio en favor de sus clientes (Dubois, 2016). En virtud de tales acciones, los

trabajadores de primera línea crean medios prácticos con el fin de redimir una política e incluso cerrar la brecha conceptualizada al principio de esta sección (Lipsky, [1980] 2010; Maynard-Moody & Musheno, 2010).

A primera instancia, los mecanismos para lidiar con el contexto son modestos por lo que sólo modifican el ángulo en que se encamina la política; sin embargo, esa leve intervención puede tener efectos importantes a largo plazo. En este orden de ideas, los BNC no son el vínculo final en la cadena de implementación de políticas; gracias a su capacidad estratégica y ámbito de discrecionalidad, ellos pueden ser considerados formuladores de facto de políticas o elaboradores finales de las políticas (Lipsky, [1980] 2010; Maynard-Mody & Portillo, 2010). En conclusión, “las decisiones de los burócratas de calle, las rutinas que establecen y las estrategias que inventan para lidiar con las incertidumbres y las presiones laborales se convierten efectivamente en las políticas públicas que realizan” (Lipsky, [1980] 2010, p. 12).

1.2. Tras bambalinas

Los BNC desempeñan un rol burocrático conforme a las disposiciones reglamentarias. Ahora bien, el funcionario de nivel de calle podría ser considerado un actor que desempeña un papel si la dinámica cotidiana de la agencia se percibe como una representación teatral (Goffman, 1978). Conforme a estas ideas, la ventanilla o el área donde se atiende a los usuarios podría ser considerada como el escenario; en contraste, el tras bambalinas es el lugar o momento que no está destinado para los beneficiarios.

Las acciones que se hacen entre bastidores son muy importantes porque dan forma a la implementación final de una política pública, es decir, la atención dirigida hacia los ciudadanos. De acuerdo con Riccucci: “los comportamientos y las acciones de los burócratas de nivel de calle pueden explicarse más por las normas profesionales, las costumbres de trabajo y la cultura laboral de los trabajadores que por factores administrativos” (2005, p. 115).

Los análisis de primera línea conciben a los funcionarios como un “agregado de acciones individualmente aisladas” más que como una acción colectiva heterogénea flojamente acoplada (Gofen, 2014, p. 485). En otros términos, la acción detrás de la representación pública está compuesta por grupos diversos con identidad singular y diferentes “capacidades para influir efectivamente en el resultado” de la decisión (Allison, 1992, p.161).

Putman aporta el término *bonding* con el fin de describir a los miembros de una red que se auto perciben como similares y, por consiguiente, implica que las relaciones sean muy fuertes

porque surgen de la construcción del “nosotros”. Es decir, es un aprendizaje social iterativo por medio del cual un sujeto reconoce sus cualidades a partir del otro; durante el proceso de introyección de sus cualidades, el sujeto logra identificar tales características en otras personas y, de esta forma, empieza la creación de un grupo. Como resultado, tales personas construyen una misma identidad social que se refleja en relaciones cooperativas cuya base es la confianza. Cabe subrayar, que este tipo de grupos tienden a ser autorreferentes, lo que fomenta el distanciamiento de grupos diferentes (Lynn, 1996).

Concretamente, la construcción de un grupo se inicia desde burócratas asilados, los cuales emprenden el desarrollo de sus habilidades y su criterio gracias a los casos que les toca resolver. Al poco tiempo, el burócrata percibe las redes sociales como facilitadoras (Hupe & Buffat, 2014). Al empezar a tener contacto con una amplia gama de sujetos, el funcionario encontrará personajes semejantes que se convertirán en referentes de su actuar profesional. En virtud de la interacción repetida, los pares consolidan un canal de retroalimentación horizontal por medio del cual comparten criterios que perfeccionan su desempeño o hacen más objetivo su actuar en presencia de dilemas (Hupe & Buffat, 2014; Maynard-Moody & Musheno, 2000; Raapshorst & Loyens, 2018).

La repetición de la retroalimentación horizontal constituye una semilla que compagina las creencias individuales. Los BNC usan este esquema común para formar un conjunto de rasgos propios que los caracterizan frente a los demás, es decir, forman una identidad colectiva distintiva de su grupo administrativo. En efecto, las relaciones bidireccionales trascienden a relaciones grupales identitarias que influyen de una manera directa y organizada en la gestión de su trabajo; esto implica su interpretación de las normas, su relación con sus supervisores y, por último, su respuesta a los clientes (Sandford, 2000 en Campos et al., 2020, p. 4).

1.3 Profesionalismo

El cultivo o utilización de una ciencia se caracteriza por ser un proceso de entendimiento tendente a incrementar la especialización de la disciplina. La singularidad poco a poco justifica; por un lado, la necesidad para regirse mediante normas y órganos de gobiernos propios; por otro lado, el reconocimiento de su idoneidad para afrontar problemas sumamente complicados por medio de la sabiduría acumulada (Abbott, 1988; Freidson, 2001 en Hupe & Buffat, 2014).

Todas las comunidades científicas tienen un proceso de socialización especial, el cual empieza en la etapa de aprendizaje. En efecto, durante esta etapa inicial, los sujetos son

expuestos a un proceso comunicativo robusto, por medio del cual adoptan el mismo marco epistemológico y los mismos paradigmas científicos, esto ocasiona que tengan una “comunicación (...) casi plena y el juicio profesional [sea], relativamente, unánime” (Kuhn, [1962] 2004, p. 272). Si los sujetos logran pasar por tal entrenamiento riguroso, tendrán una comunicación familiar por medio de la cual conceptualicen problemas y sus soluciones de una forma más ágil.

Obviamente, esta comunión analítica no sólo incluye cuestiones técnicas. La capacitación comprende una homogenización de la concepción axiológica de los agentes, es decir, los valores rectores de la actividad profesional se identifican e incluso se establecen principios para ponderarlos o jerarquizarlos. De esta manera, la técnica se contextualiza en los posibles escenarios que se pueden presentar en el ejercicio profesional y, al mismo tiempo, se facilita la creación de consensos entre pares.

Ciertamente, la profesionalización capacita enteramente para afrontar los retos cotidianos y su precisión se atomiza en la medida de lo extraordinario del fenómeno. Ahora bien, el dominio de la disciplina es clave para que los BNC afronten cualquier amenaza con cimientos claros y, por ende, puedan emprender un proceso colaborativo para innovar cuando la situación supere el *statu quo* de la profesión (Gofen & Lotta, 2021).

Cabe precisar que la profesión es una característica supra burocrática. En otras palabras, los BNC están sumergidos en una dinámica gubernamental que influye en su auto percepción; de esta manera, ellos se podrían considerarse como miembros de un equipo u oficina. Sin embargo, la profesión es el fundamento para entrar a organizaciones más especializadas y, a su vez, es una cualidad que comprende a más personas. Por lo tanto, los BNC tendrán la posibilidad de comunicarse en una red que supera el entramado organizacional.

1.4 Recursos de implementación

Las organizaciones de servicios públicos y, principalmente, los BNC realizan su función en un entorno administrativo. Sin embargo, es preciso destacar que las instituciones y los agentes trabajan en ambientes abiertos y, por consiguiente, tienen la oportunidad de entrar en “contacto con las organizaciones profesionales, los académicos, los periodistas especializados, los grupos de interés y otros actores” (Brudney & Herbert, 1987).

Los recursos de implementación son las redes profesionales, organizaciones o individuos con gran pericia en una ciencia y, consecuentemente, son considerados como autoridades o

líderes. Por lo tanto, los estudiantes de la respectiva área del conocimiento valoran su criterio y dirección. Adicionalmente, estos recursos no forman parte de la estructura formal del gobierno y su financiamiento es exclusivamente privado.

Los BNC pueden solicitar la ayuda a los recursos de implementación para mejorar su desempeño. Por su parte, estos actores no gubernamentales facilitan las herramientas que consideran convenientes para lograr tal fin. Ahora bien, tales aportaciones son importantes porque influyen en el entendimiento que los BNC tienen sobre sus tareas; por lo tanto, los recursos de implementación moldearán las acciones cotidianas de los funcionarios y, finalmente, desarrollo de la política pública que reciban los clientes (Lipsky, [1980] 2010; Brudney & Herbert, 1987; Yanow, 1996; Lin, 2000; Sillane & Reimer, 2000 en Hill, 2003).

En este orden de ideas, los BNC perfeccionan su conocimiento sobre las políticas públicas a partir de los dichos medios no gubernamentales. Ahora bien, el aprendizaje mencionado puede tener un gran espectro; desde algo intrascendental como consejos personales de gestión de tiempo; pasando por aspectos más importantes, por ejemplo, interpretaciones sobre las políticas públicas; e incluso facetas controversiales como podrían ser las reformas desarrolladas por organizaciones profesionales y académicas destinadas a cambiar la manera en que se ejecutan las políticas en el terreno, sin tomar en cuenta las líneas de autoridad gubernamental establecidas.

En contexto de crisis extrema, los BNC se pueden paralizar; por un lado, al reconocer que reportes de estatus se vuelven obsoletos antes de llegar a los managers senior; por otro lado, al descubrir que los procesos existentes son muy rígidos para conseguir una respuesta puntual (Lotta, Cohelo, Brage, 2021). Los BNC podrían convertirse en emprendedores en la medida de sus capacidades para entrar en contacto con más y mejores recursos de implementación que ayuden a adaptar una respuesta inmediata al contexto cambiante (Hill, 2003).

Frente amenazas existenciales, los recursos de implementación “constituyen un instrumento inusualmente eficaz para la consecución de políticas públicas” (Hill, 2003, p.280). Efectivamente, posibilitan el cumplimiento del efecto que delineó la cúpula administrativa, por medio de un modelo operativo de aprendizaje continuo que brinda respuestas flexibles conforme la situación se desenvuelva.

1.5 Rutinas de deliberación

Frecuentemente, los BNC consultan y deliberan con su contexto social inmediato, es decir, con sus compañeros, managers y compañeros externos; de esta forma, ellos influenciarán la toma de decisiones en alguna medida (Raaphorst, 2018; Raaphorst & Loyens, 2018).

Las rutinas de deliberación son un proceso organizacional por medio del cual, los trabajadores encaminan su criterio profesional para tomar una decisión o solución satisfactoria más que una óptima o deseable (Moller, 2021). Los BNC utilizan el entendimiento de sus clientes y su experiencia colectiva para “discut[ir] las normas y los estándares de su campo y otras fuentes de autoridad y hace[r] una valoración de los recursos disponibles para considerar soluciones a los problemas comunes” o dilemas (Goldman & Foldy, 2015, p. 4).

A partir de esta cita se puede desprender que cada funcionario muestra la información que considera adecuada y explica su razonamiento a sus colegas. Luego, los participantes realizarán un examen crítico en el cual considerarán atenta y detenidamente el pro y contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sin razón de los votantes antes de emitirlos. Como resultado, los BNC adoptan una guía “improvisaciones pragmáticas” que buscan solucionar los problemas (Maynard Moody & Musheno, 2003).

En efecto, las rutinas deliberativas son herramientas de gestión que se caracterizan por ser un remanso donde los BNC reúnen las noticias elementales de los retos que enfrentan en la práctica y reflexionan cómo mejorar el servicio que brindan (Goldman & Foldy, 2015). Adicionalmente, estas estrategias tienen dos beneficios; por un lado, colectivizan el uso de la discreción; por otro lado, ayudan a aliviar la carga emocional asociada que sufren los BNC, ya que por medio de tales conversaciones pueden reconocer sus sentimientos y pensamientos en otros compañeros, lo cual les permite darse cuenta de que están acompañados (Moller, 2021; Gofen, 2014).

Las rutinas de deliberación deben guardar un equilibrio entre la formalidad y la informalidad. En efecto, la actividad de los BNC puede ser obstaculizada por el estricto cumplimiento de las formas; en contraste, las deliberaciones espontáneas pueden ocasionar falta de transparencia en la toma de decisiones (Moller, 2021). Cada actividad pública debe configurar su propia armonía a la luz de su competencia y de la manera en que el contexto se desenvuelve.

1.6. Formas de las rutinas de deliberación

Un proceso de deliberación puede resultar en un abono a la política pública original, sin embargo, algunas ocasiones produce comportamientos divergentes a la forma en que se ataca un problema público. En un principio, los funcionarios practicarán esta acción disonante de manera individual, no obstante, se generalizará con la iteración de la reflexión conjunta hasta ostentar una aceptación colectiva. Es importante destacar que la divergencia –probablemente– conseguirá una legitimación por parte de la comunidad profesional si es que busca el beneficio de los usuarios, aunque los funcionarios no tengan un aprovechamiento (Gofen, 2014).

En escenarios donde es posible esconder la acción divergente, los BNC podrán configurar dos estrategias. La primera consiste en mantener oculta su diferencia para evitar que la cúpula administrativa de la organización reaccione; por lo tanto, la política pública conservará su *status quo*, probablemente. La segunda implica hacer pública su disentimiento ante los directivos e incluso al público; esto refleja que los BNC “confían en sus propias acciones y están dispuestos a ser criticados [por] socavar el valor de la política pública existente” (Gofen, 2014, p. 489). En definitiva, la aceptación colectiva, legitimación profesional y la transparencia se concatenan para presentar una divergencia como una contribución al cambio en la política pública.

2. Reflexión final

Los burócratas a nivel de calle (BNC) son la bisagra entre el gobierno y los ciudadanos. Cabe recordar que el trabajo que desempeñan tiene dos aspectos intrínsecos: la ambigüedad reglamentaria y la insuficiencia de recursos para atender la demanda ciudadana. No obstante, tales funcionarios tienen la obligación de emprender acciones encaminadas a satisfacer la gran cantidad de peticiones.

Consecuentemente, los BNC buscan identificar resquicios u oportunidades para configurar un conjunto de comportamientos creativos que les permitan lidiar con el contexto abrumador y, al mismo tiempo, cumplir con la meta de la política pública a su cargo. Ahora bien, es preciso recordar que los BNC tienen capacidad de agencia y son altamente activos por lo que, invariablemente, la implementación de una de una decisión de gobierno estará sujeto a la discreción de estos funcionarios públicos.

En este sentido, la presente investigación reconoce que los formatos programados no logran contemplar todas las situaciones en exhaustividad; al mismo tiempo, es admisible afirmar que la discrecionalidad de los BNC es una cualidad omnipresente en su actuar. Necesariamente,

la conjunción de estas dos condiciones propicia la adopción de la perspectiva *bottom up*. Esta concepción empodera a los BNC para que desempeñen su trabajo profesional, es decir, llevar a cabo un juicio sensible con base en su conocimiento y observación.

Desde una mirada exterior, los BNC son un cuerpo homogéneo; mientras tanto, una perspectiva interior de la organización puede revelar que ellos configuran una mezcla heterogénea de grupos que se identifican y guían su comportamiento en virtud de sus normas profesionales y su cultura de trabajo. Por un lado, el marco profesional inculca orden valorativo que orienta sus acciones en caso de ambigüedad procedimental. Por el otro lado, la instrucción en el trabajo se refiere a un conjunto de modos de costumbres y conocimientos que permiten desarrollar su juicio crítico; en la presente investigación, se enfatiza el rol protagónico de las rutinas de deliberación como un fundamento para construir una sinergia creativa y de innovación dentro de los equipos de trabajo.

En este hilo de ideas, los BNC tiene la posibilidad de emprender con resolución acciones innovadoras que encauzan capilarmente las políticas públicas; incluso, sin tomar en cuenta la línea de autoridad gubernamental establecida. En el corto plazo, los BNC influyen sutilmente en la aproximación de la implementación de las políticas; en el largo plazo, dicha influencia puede ocasionar que se llegue u obtengan resultados diferentes a los planeados, pero no necesariamente negativos. Por tal razón, es imprescindible realizar una investigación de corte cualitativa para desentrañar la complejidad causal del influjo de los BNC sobre la política pública que atiende la pandemia del Covid.

Capítulo 2. Metodología

“That’s really part of being a grounded theory researcher – putting names to concepts and experiences that people have”

Brene Brown

Eventually it will become quiet enough so that you can simply watch the heart begin to react and let go before the mind starts. At some point in the journey, it all becomes heart, not mind...The mind doesn’t even get a chance to start up because you let go at the heart level”

Michael Singer

El presente apartado tiene como objetivo presentar el conjunto de pasos que se siguieron en esta investigación; es preciso mencionar que está dividida en dos secciones principales: la teórica y el caso concreto. La primera parte tiene tres secciones, lo cuales son: ontología, metodología y técnica. La segunda fase sólo retoma la técnica y la metodología que se usaron durante el trabajo de investigación.

1. Ontología

La presente investigación tiene una aproximación interpretativa de la realidad. En este sentido, el principio ontológico considera que “los seres humanos imponen sus percepciones e ideales internos al mundo externo y, al hacerlo, crean activamente sus realidades” (Morgan & Smircich, 1980 en Suddaby, 2006, p.636). Por su parte, el principio epistemológico establece que la interpretación continua de los sujetos es la base de una construcción de la realidad social y de un vínculo cultural (Riccucci, 2010). De esta forma, la realidad objetiva es inexistente porque los sujetos no reaccionan pasivamente (Morgan & Smircich, 1980 en Suddaby, 2006, p.636).

2. Método. Teoría Fundamentada

Glaser y Strauss desafiaron la perspectiva positivista que dominaba la investigación social, cuyo propósito era “descubrir explicaciones preexistentes y universales del comportamiento social” (Glaser & Strauss, 1967 en Suddaby, 2006, p, 633). En este sentido, tales autores buscaron formular un método capaz de desarrollar una teoría que comprenda la realidad interpretativa de los actores, a partir de la observación de los datos extraídos de un contexto social específico (Bryant, 2009). En efecto, el investigador debe recolectar los datos para luego emprender su análisis sistemático que encamine hacia a la categorización de conceptos, los cuales integrarán

una propuesta teórica nueva, en lugar de probar una teoría preexistente. Teóricamente, este modo de investigar es un diseño adecuado cuando en un contexto rico ocurre un el fenómeno de interés que no ha sido comprendido o analizado por medio de una teoría (Creswell & Poth, 2016).

2.1. Abductivo

La teoría fundamentada contiene dos visiones complementarias. Por un lado, la deductiva se refleja en la *sensibilidad teórica*, es decir, en la pericia del investigador que surge a partir de una amplia revisión de literatura y de un arduo trabajo de campo; esta habilidad es importante porque orienta suavemente el desarrollo de la explicación teórica. Por el otro lado, la inductiva está englobada en el concepto de *emergencia de datos*, la cual hace referencia al conocimiento que se origina desde la experiencia o incursión en el campo bajo estudio. Cabe mencionar que la sensibilidad — al ser una cualidad intrínseca del investigador— modula la manera en que las ideas sobresalen del ámbito de investigación, en otros términos, los conceptos no emergen de la misma forma, independientemente del investigador (Kelle, 2005).

De esta forma, la perspectiva deductiva e inductiva se conjugan para formar un proceso abductivo (Bryant, 2009). Concretamente, la teoría provee una explicación reconocida académicamente sobre el significado de una palabra; sin embargo, carece de la suficiente potencia para interpretar sus connotaciones o acepciones, es decir, aquellas sutilezas que no se expresan, pero se entienden según el contexto. En este sentido, el trabajo de campo es indispensable para que la explicación teórica trascienda sus límites formales y, por consiguiente, se pueda comprender la riqueza de cada entorno social; de esta manera, los investigadores sólo pueden proponer una explicación satisfactoria porque los fenómenos cualitativos tienen su propia viveza (Suddaby, 2006).

En particular, la abducción se puede concebir como la sucesión creciente de aprendizajes que realizan los navegantes novatos. El primer paso consiste en la sensibilidad teórica que funciona como un faro pues da luz a la bahía y, por consiguiente, guía a la inteligencia del navegante. El segundo paso implica el estudio de campo; en efecto, el navegante debe adentrarse a la bahía para experimentar por sí mismo la complejidad contextual, es decir, los aspectos que el faro no es capaz de transmitir. El tercer paso conlleva el análisis conjunto de los dos tipos de datos para luego codificar los aprendizajes más significativos. Gracias a la repetición de estas etapas, el navegante se familiarizará con la bahía y, por ende, incrementará su pericia hasta que

se pueda denominarse capitán de puerto, es decir, la persona más versada en la complejidad de la bahía. Por lo tanto, la teoría fundamentada fomenta la iteración del proceso abductivo de tal forma que se configure un espiral hasta conseguir la abstracción de una propuesta teórica que comprenda el contexto estudiado (Suddaby, 2006).

2.2. Sensibilidad teórica

Probablemente un requisito previo de la investigación empírica, los investigadores deberán hacer una “lectura amplia de la literatura [d]el campo y [de las] disciplinas relacionadas” (Strauss, 1987, p. 300 en Bryant, 2009). De esta forma, la información teóricamente relevante orienta el escrutinio de los datos empíricamente observados; inicialmente, dirige la forma en que el investigador busca las relaciones entre los datos; posteriormente, tendrá influencia sobre los modos de integración de las categorías que configuran la teoría (Glaser y Strauss, 1967 en Kelle, 2005).

En concreto, la sensibilidad teórica “se refiere al conocimiento que permite pensar los datos en términos teóricos” (Strauss, 1987, p.21 en Bryant, 2009). Posteriormente, tal conocimiento teórico se combina con la experiencia de campo para fomentar la habilidad del investigador que le facilita la comprensión de las sutilezas del fenómeno social examinado (Glaser, 1992 en Bryant, 2009).

2.3. Codificación

La codificación es un proceso que combina la perspectiva teórica del investigador y su conocimiento del campo para producir una estructura jerárquica de categorías que sustente una teoría (Corbin & Strauss, 1990 en Eisenhardt & Graebner, 2007). En este orden de ideas, la codificación tiene diferentes etapas: codificación abierta, codificación selectiva, matriz condicionada y codificación axial (Campo-Redondo & Labarca-Reverol, 2009).

El analista comienza con la codificación abierta de la información recopilada. Esto implica un primer análisis tendente a organizar los datos en códigos conceptuales. Éstos son asignados con una etiqueta que representa lo “que está pasando en ese evento particular” (Campo-Redondo & Labarca-Reverol, 2009, p. 47). En seguida, el investigador emprende la codificación selectiva; esto conlleva una reexaminación de los datos para reconocer las tendencias que hay entre ellos y, en dado caso, eliminar los códigos redundantes; en otros términos, los códigos se interpretan atendiendo solo a sus líneas o caracteres más significativos -- sin percibir sus matices-- con el fin de agruparlas en categorías. Luego, el investigador realiza

una matriz condicionada, es decir, analiza profundamente las sutilezas de las categorías para reunirlos grupos, denominados ejes. En el último paso, el investigador comparará los ejes para determinar el fundamento de la teoría, cuyo contenido debe comprender las relaciones entre categorías que por medio de conceptos abstractos con “un nivel de abstracción ligeramente superior al de los datos en sí” (Martin & Turner, 1983, p. 1547 en Suddaby, 2006).

2.4. Comparación contante

Esta metodología establece un límite difuso entre la recopilación y el análisis de datos (Suddaby, 2006). Por lo tanto, es posible establecer que una forma de análisis siempre se está efectuando (Bryant, 2009). Esto se visualiza en la *comparación contante* que hay “entre la recopilación de datos del caso, las categorías más abstractas de la teoría emergente y la literatura existente” (Eisenhardt & Graebner, 2007, p. 25). Este ciclo evalúa repetidamente la compatibilidad de la teoría en curso y el entorno social que se examina. Por consiguiente, cada iteración prescribe; en el corto plazo, los datos que se deben recopilar en el siguiente estudio de campo; a largo plazo, modula el rumbo de la investigación (Suddaby, 2006; Eisenhardt & Graebner, 2007).

Un investigador debe continuar con el método comparativo hasta que la información recolectada muestre *saturación*, es decir, repita su contenido y las categorías conceptuales sean confirmadas (Suddaby, 2006). De lo contrario, el investigador habrá realizado un análisis insuficiente para comprender la complejidad causal del fenómeno social estudiado.

3. Técnicas de recopilación de datos

La información empírica fue recolectada por medio de grupos focales. Los cuales son una serie de discusiones cuidadosamente diseñadas por el investigador para que un conjunto de participantes expertos tenga una plática interactiva donde compartan sus experiencias sobre su área de conocimiento. Cabe mencionar que tales aportaciones pueden ser utilizadas para evaluar un servicio mercantil o; bajo una perspectiva pública, una política en funcionamiento (Krueger, Richard & Casey, 2000).

En concreto, los grupos se deben llevar a cabo en un lugar inofensivo que proporcione una atmósfera familiar para que los participantes se sientan cómodos diciendo lo que piensan o sienten. (Liamputtong, 2011 en Kook, Harel-Shalev & Yuval, 2019). Los participantes son seleccionados porque comparten alguna cualidad que se relaciona con el propósito de la investigación. La homogeneidad facilitará las conversaciones abiertas entre los sujetos; de acuerdo con Jourard, los participantes estarán más “dispuestos a revelar más sobre sí mismos [a

personas similares] que a personas que se diferenciaban de ellos” (1964, p.15 en Krueger, Richard & Casey, 2000). En otras palabras, las personas que tengan un nivel de experiencia diferente tenderán a limitar sus participaciones, lo que restará efectividad a la técnica de recolección de datos.

El número de integrantes debe atender un equilibrio que; por un lado, fomente la diversidad de percepciones; por el otro lado, asegure que todos participantes tengan la oportunidad de compartir sus ideas (Krueger, Richard & Casey, 2000). El moderador o investigador debe asumir un papel directivo de la conversación. En este sentido, puede comenzar con un interés fenomenológico sobre sus experiencias subjetivas *per se* (Suddaby, 2006). Ahora bien, estos relatos íntimos son un medio clave para obtener información sobre cómo interpretan las relaciones que configuran la complejidad del entorno social examinado. Además, esto sirve para animar la interacción entre participantes.

La discusión es una oportunidad para que los participantes compartan su perspectiva y pregunten a los otros sobre su realidad personal. Por lo tanto, el grupo de enfoque privilegia la co-construcción de significado intersubjetivos cuya complejidad es más profunda a la suma de las narrativas individuales (Cyr, 2016; Madriz, 2003; Simthson, 2000; Witkinson, 1998; Williams, 2002 en Kook, Harel-Shalev & Yuval, 2019). En efecto, esta técnica recopila datos e ideas que sin la interacción del grupo habrían sido inaccesibles para el investigador (Kitzinger, 1994, p. 109; Robinson, 2012, p.392 en Kook, Harel-Shalev & Yuval, 2019).

4. Trabajo de campo

Los grupos de enfoque fueron realizados gracias a los sujetos de investigación, es decir, a los médicos urgenciólogos que trabajaron en las zonas Covid de hospitales públicos, durante toda la pandemia en cuestión. Un médico especialista “es un Licenciado en Medicina que desarrolla un programa de formación de posgrado conocido como Médico Interno Residente (MIR), con una duración de dos a cinco años e impartido en hospitales y centros de salud acreditados, a fin de adquirir un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, o unas técnicas quirúrgicas o un método diagnóstico determinados” (RAE, 2021). Ahora bien, los médicos urgenciólogos son médicos especialistas que enfatizan su aprendizaje en los problemas “que ponen en peligro la vida, órgano o función del paciente y requiere atención inmediata” (RAE, 2021).

Durante la presente investigación se realizaron dos entrevistas de exploración por medio de las cuales el investigador empezó a comprender el entorno social de los profesionales médico que trabajaban en las áreas Covid. Particularmente, estas dos sesiones fueron de gran utilidad por dos razones; por un lado, facilitaron establecer un *rapport* que ayudó para recuperar de información detallada sobre la interacción de un equipo altamente hermético y, por fuera poco, que trabaja en zonas aisladas y de acceso restringido (áreas Covid); por otro lado, permitieron conocer la jerga médica, la cual es imprescindible aprender para que los profesionales de la salud comprendan la preguntas que se les realizarán y reconozcan la preparación del entrevistador. De lo contrario, la falta de dominio de la jerga medica también podrá perjudicar el *rapport* que el entrevistador pretenda establecer.

Posteriormente, se realizaron 5 grupos de enfoque en los que participaron diez profesionales de la salud que fueron identificados por medio de un acercamiento de “bola de nieve”; específicamente colaboraron seis médicos urgenciólogos, dos médicos generales y dos enfermeros. Las sesiones estuvieron integradas por cinco personas, el moderador y cuatro profesionales de la salud; y su extensión fue de una hora con treinta minutos aproximadamente. Adicionalmente, es preciso destacar que los participantes tienden a trabajar en diferentes hospitales, por lo tanto, se tuvo la información de diez hospitales públicos.

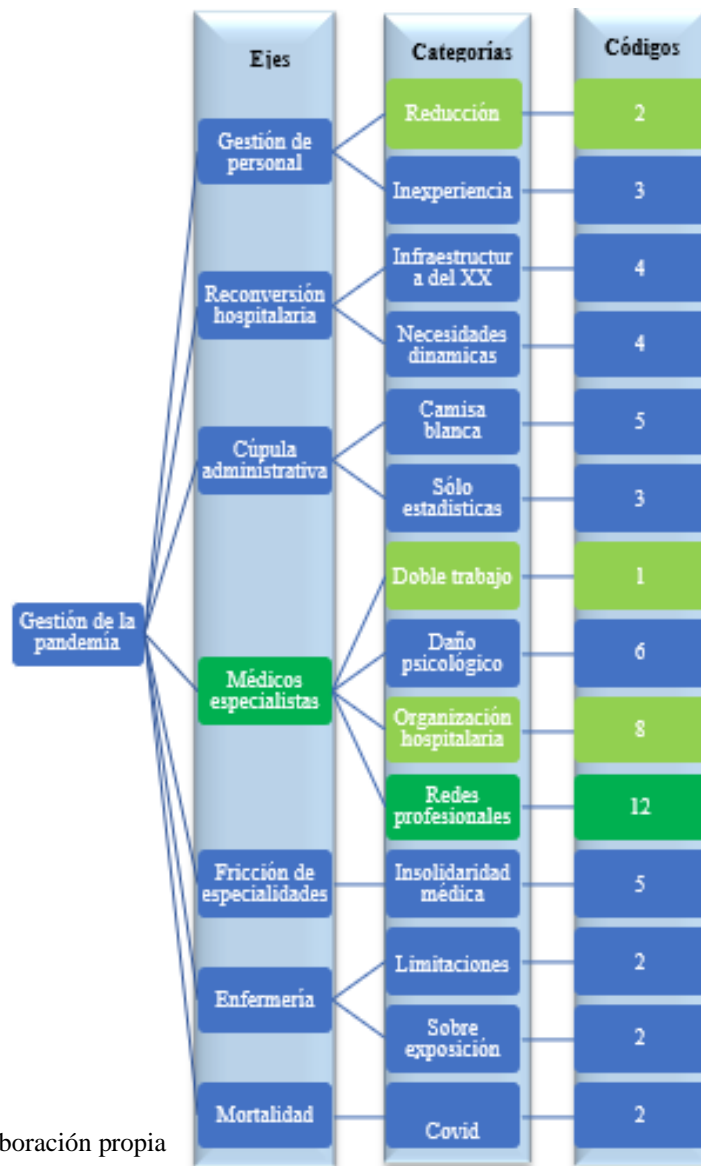
Antes de iniciar con la aplicación del instrumento, se realizó un comentario para asegurar los parámetros éticos de la investigación científica. En este sentido, primero, se hizo una exposición breve de lo que se pretende estudiar; segundo, se enfatizó la amonimización y confidencialidad de los datos de los participantes; tercero, se recalcó el esfuerzo encaminado a evitar la estigmatización del gremio médico; cuarto, se solicitó permiso para grabar la interacción y se señalaron las medidas tendentes a resguardar las grabaciones diligentemente; quinto, se comentó a los participantes que podían dejar de contestar preguntas y que retirarse cuando lo desearan; sexto, se obtuvo por escrito del consentimiento informado de los participantes.

Conforme a la naturaleza dinámica de la Teoría Fundamentada, el instrumento tuvo un carácter flexible para profundizar paulatinamente en la gestión de las redes de los participantes y, por consiguiente, dar respuesta a la pregunta de investigación. Es preciso mencionar que la sensibilidad teórica adquirió trascendencia con el paso de los grupos de enfoque.

4.1 Método aplicado

En el primer capítulo de la presente investigación, se construyó un marco teórico al combinar las aportaciones de académicos especializados en burocracia de primera línea. Esta articulación de ideas doctrinarias orientó el rumbo de las primeras aproximaciones empíricas y, gracias al método comparativo, el investigador adquirió sensibilidad teórica que encaminó la investigación durante la recolección de datos y la codificación de ellos.

Las transcripciones de los grupos de enfoque se analizaron por medio del proceso de codificación. La codificación abierta tuvo como resultado 96 códigos, los cuales fueron reducidos a 59 después de su esquematización. En seguida, el contenido de tales códigos se examinó a profundidad para conocer sus características y, gracias a ellas, se les clasificó dentro de 14 categorías. Por último, ellas fueron objeto de estudio con el fin de agruparlas en 7 ejes que sustentan la teoría general sobre la gestión de la pandemia del Covid-19 en hospitales públicos. Lo anterior, se puede apreciar en el siguiente diagrama.

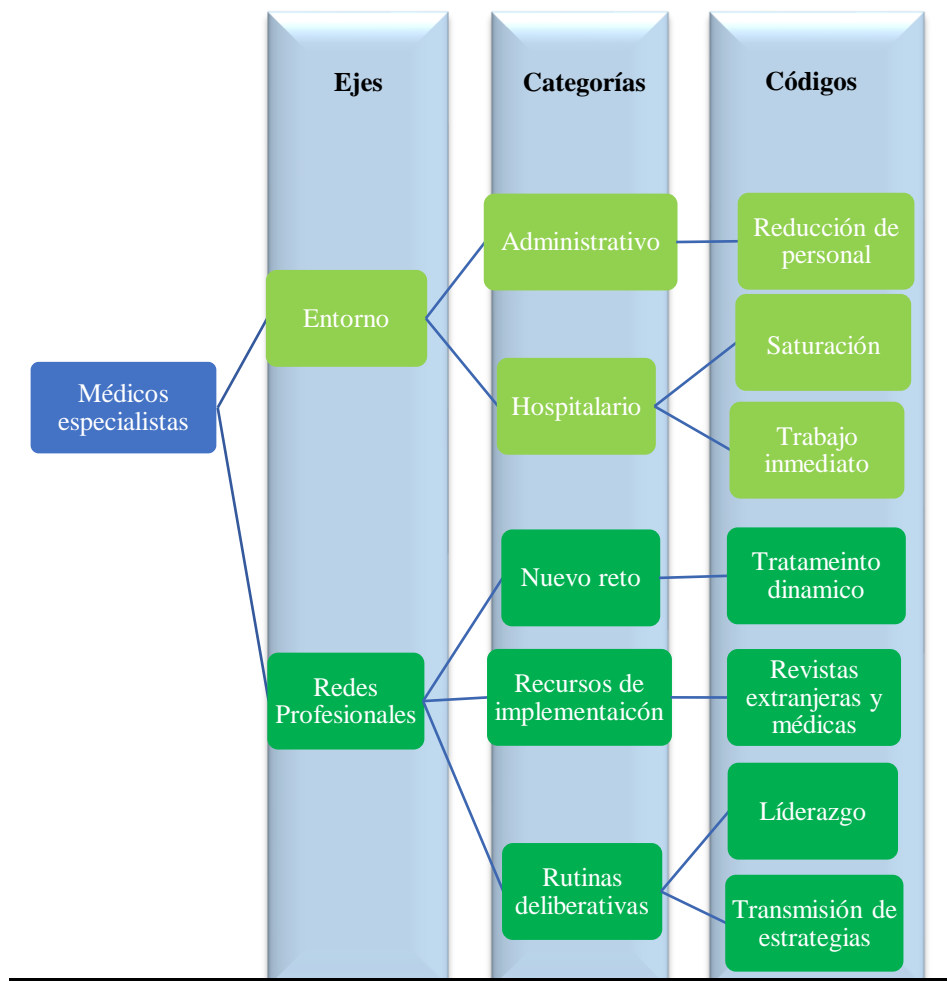


Fuente: Elaboración propia

El recuadro anterior esquematiza la complejidad causal de la gestión de la pandemia, a partir de la construcción interpretativa que realizaron los profesionales de la salud durante los grupos de enfoque. Cabe recordar que la investigación presente tiene como objetivo comprender la gestión de las redes profesionales y laborales que el personal médico ha desarrollado para mejorar la atención a los pacientes de Covid. Por lo tanto, este trabajo enfatizará el estudio del conjunto de recuadros señalados en color verde porque ellos anudan las actividades imprescindibles que se deben comprender a fin de responder la pregunta de investigación.

Los recuadros de interés se pueden dividir en dos grupos; por un lado, los que consideran aspectos relacionados con el entorno que contextualiza el fenómeno de interés; por el otro lado,

las cualidades de la gestión de redes que hacen los profesionales de la salud. Esto puede ver reflejado en el siguiente diagrama.



Fuente: Elaboración propia

5. Reflexión final

El presente capítulo realiza una aproximación interpretativa de la realidad de los especialistas en urgencias que trabajan en el área Covid de hospitales públicos mexicanos durante la pandemia en cuestión. La presente investigación abona a la gestión de grandes emergencias de corte sanitario y la pandemia envuelve gran importancia *per se*; por lo tanto, es posible afirmar que esta doctrina está en construcción y, por consiguiente, el método de teoría fundamentada fue elegido para contribuir en su desarrollo.

Consecuentemente, el marco teórico expuesto en el primer capítulo provee el fundamento de la sensibilidad teórica necesaria para adentrarse en el estudio de campo. Con esta

base, se emprendió el camino tendente a comprender la complejidad causal de la gestión del tratamiento de Covid en las salas de urgencias; específicamente, cómo los urgenciólogos aprovechan sus relaciones para atender de manera satisfactoria a los pacientes con tal padecimiento.

La entrevista y, principalmente, el grupo de enfoque fueron seleccionados como las técnicas idóneas para recopilar la información de los participantes que trabajan en áreas restringidas (área Covid); sin lugar a duda esto restringe la elección de otras técnicas. Ahora bien, la entrevista recoge relatos cuyo contenido ilustra la perspectiva íntima de cada participante; por su parte, el grupo de enfoque privilegia la co-construcción de significados intersubjetivos cuya complejidad es más profunda a la suma de las narrativas individuales.

A partir de la recopilación de los datos extraídos, se realizó su análisis escalonado en cuatro etapas denominado codificación. Durante este proceso, las intervenciones de los participantes fueron examinadas repetidamente a la luz de la sensibilidad teórica, hasta aglutinarlas en conjuntos y, luego, en grupos más extensos. De este modo, la complejidad causal del fenómeno bajo estudio fue esquematizada en dos ilustraciones, con motivo didáctico.

En el siguiente capítulo, se desarrollará el contenido del último esquema, en otras palabras, de la teoría que comprende la complejidad causal sobre cómo los médicos especialistas utilizan sus reacciones para buscar y configurar el mejor tratamiento posible durante un contexto de suma incertidumbre y recursos muy limitados.

Capítulo 3. Estudio de campo

“I want to understand the world from your point of view. I want to know what you know in the way you know it. I want to understand the meaning of your experience, to walk in your shoes, to feel things as you feel them, to explain things as you explain them. Will you become my teacher and help me understand?”
James P. Spradley

Esta sección presenta los hallazgos más relevantes que se obtuvieron durante la exploración de la realidad interpretativa de los participantes. Esta organizada en dos secciones principales; la primera contextualiza la acción de los profesionales de la salud en el entorno administrativo y hospitalario; además establece las consecuencias inmediatas de tales circunstancias. La segunda expone la forma en que los participantes usaron su discreción para influir en la política pública sanitaria destinada a combatir la pandemia del Covid-19.

1. Entorno

De acuerdo con la sensibilidad teórica, el contexto laboral de los BNC está integrado de elementos diversos que crean una gran incertidumbre: la ambigüedad reglamentaria y la insuficiencia de recursos (Lotta, Coelho & Brage, 2021). Cabe mencionar que esto tiene semejanza con el ambiente que reportaron los participantes y, por consiguiente, se abordará la indeterminación administrativa y la escasez de recursos como elementos centrales de esta etapa de exposición.

1.1. Entorno administrativo

En noviembre de 2019, el Congreso de la Unión aprobó una reforma que cambió trascendentalmente el marco normativo y, por consiguiente, la organización del sistema de salud mexicano. En este sentido, la modificación pretendió crear un “sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos asociados para la población que carece de seguridad social” (Senado, 2019).

Para tal efecto, el gobierno federal centralizó la política de salud y; de la misma forma, lo hizo con la compra de medicinas y suministros (Ramirez de la Cruz et al., 2021). Durante los primeros meses del 2021, la primera estrategia de subordinación consistió en la sustitución --sin una fase piloto de prueba-- del Seguro Popular por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). El Ejecutivo Federal designó al arqueólogo Juan Ferrer Aguilar como su titular; bajo su dirección, los gobernadores firmaron convenios de centralización por medio de los cuales transfirieron su responsabilidad sobre los servicios de salud en favor del INSABI. Tal

reformulación implicó un cambio abrupto en la forma habitual en que los niveles de gobierno habían interactuado; en efecto, la forma del pacto federalista de esta área de política pasó del matiz dual al centralista (Cabero, 2007).

En concreto, el INSABI trabajó sin reglas de operación durante más de seis meses porque el Gobierno Federal no emitió las disposiciones reglamentarias dentro del plazo que la reforma contempló (Cámara de Diputados, 2020). Por lo tanto, los participantes de la política de salud sufrieron una gran incertidumbre porque las nuevas condiciones administrativas eran incapaces de aclarar sus responsabilidades. Gracias al principio de legalidad, las autoridades gubernamentales sólo pueden hacer lo que les prescribe el sistema jurídico, por lo tanto, este periodo se tradujo; por un lado, en una parálisis formal y; por el otro, en una acción informal tendente a seguir la inercia organizacional.

Durante este gran reajuste administrativo, el sistema de salud público tuvo que enfrentar la pandemia de Covid-19. En este caso, la reestructura administrativa y la nueva enfermedad se conjugaron para crear una brecha mayúscula entre la demanda de recursos y la oferta que los profesionales de la salud podían proveer. Los recursos, es decir, el tiempo, la información, los materiales y el personal están restringidos a un límite; en el presente caso, los recursos fueron restringidos más de lo normal. Al mismo tiempo, la nueva enfermedad incrementó la demanda de ellos de forma exponencial, incluso, los rebasó; esto provocó la saturación hospitalaria. Por lo tanto, la respuesta sanitaria contra la emergencia del Covid-19 fue menos satisfactoria. A continuación, se delinearé el problema de la reducción de personal y la forma en que se pretendió solucionar.

1.1.1. Reducción de personal

El personal médico es un recurso muy especializado y no puede sustituir por un recurso inanimado. En efecto, son personas que han cultivado conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas; los médicos especialistas han desarrollado este proceso de aprendizaje durante 9 años aproximadamente. Por lo tanto, estos funcionarios reúnen una educación médica sobresaliente y, por consiguiente, entre más educación médica hay menos profesionales disponibles.

Ciertamente, algunos funcionarios tenían un estado de salud delicado, pero seguían trabajando porque no se enfrentaban a ninguna enfermedad infectocontagiosa que colocara en peligro su vida. Tal situación cambió con la incursión de la pandemia del Covid-19; en

consecuencia, algunos de estos funcionarios buscaron resguardarse hasta que la nueva enfermedad ya no representara un peligro. Es preciso mencionar que este aspecto no fue tan sencillo, en algunos casos incluso llevaron a cabo procesos judiciales entre las instituciones de salud y sus trabajadores, sin embargo, esto queda afuera del propósito de la presente investigación. La siguiente cita constata lo anterior:

Dr. Israel: Pero muchos no quisieron, buscaron la forma de evadirlo el clásico permiso Covid (...) buscaron incapacitarse. Entonces no están yendo a trabajar.

Entrevistador: llevarían como un año

Todos: llevan un año

Dr. Josué: y no se sabe hasta cuándo. La idea es que hasta que esté en verde el semáforo. O sea, tienes a todos los hospitales públicos trabajando con un 30% menos de su personal. Que es de todos, médicos, enfermeras, administrativos en general. El que pudo se zafó

Entrevistador: pero ¿la erogación económica continúa?

Todos: si ellos siguen cobrando íntegro.

Así, es posible la comprobar que hubo una reducción de personal considerable, por lo tanto, los hospitales públicos trabajaron con el 70% de su plantilla laboral. Sin embargo, esta proporción tiende a ser menor por dos tipos de situaciones; primero, las relacionadas con el Covid-19, es decir, contagios e incluso muertes; segundo, las vinculadas con temas administrativos, por ejemplo, vacaciones o permisos.

Cabe mencionar que sólo una parte de la plantilla de restante se avocó a combatir directamente los estragos de la pandemia, en palabras de los médicos participantes: “otras áreas especializadas no entraron de igual manera, ni con la misma voluntad y actitud que los urgenciólogos o servicios de urgencias o de medicina interna” (participante denominado Dr. Israel, 2020). Para ilustrar esto, los participantes reportaron que los médicos de consulta externa no tenían pacientes, ya que la gente tenía miedo a contagiarse al acudir al hospital. Mientras tanto, los servicios de urgencias –principalmente– lidiaban con una gran demanda ciudadana.

En definitiva, la presión de la nueva enfermedad recayó en una o dos áreas del cada hospital: en mayor medida, urgencias; en menor medida, medicina interna. Ahora bien, la plantilla de los profesionales de la salud disminuyó por los trabajadores que consiguieron permisos debido a su situación vulnerable ante el Covid y los temas administrativos.

De manera superficial, es posible destacar que la cita anterior permite abstraer un sutil señalamiento hacia los funcionarios que se excusaron de la obligación de trabajar en un hospital público hasta que se aplique el semáforo verde. La reflexión esencial consiste en que tales

profesionales tenían la oportunidad y obligación de cuidar de su salud, pero no lo hicieron, por ejemplo, se enfermaban de Covid-19 o no lograron controlar sus enfermedades crónicas; pero recibían su sueldo íntegro e incluso cabe la sospecha que algunos de tales funcionarios trabajaban en instituciones privadas. Un fenómeno similar se actualizó con los funcionarios que recibían los bonos Covid por trabajar en un hospital de ese tipo, sin embargo, no atendían directamente a los pacientes contagiados de esta nueva enfermedad.

Aunque no es el tema principal de la investigación, es conveniente mencionar esta situación porque sustenta que la burocracia a nivel de calle no es un todo homogéneo, más bien son grupos en competencia por mejores condiciones laborales, pero con el aliciente de completar la tarea primordial de la organización.

La reducción de personal fue un problema evidente y, por consiguiente, se emprendieron distintas estrategias para sortear este escollo: contratar nuevo personal y traer personal médico de regiones del país donde el sistema de salud no estaba saturado. Sin embargo, estas medidas no fueron suficientes, para muestra la siguiente cita:

Dr. Josué: (...) luego contratan, gente especial para el área Covid [pero] era gente nueva egresada pues no sabían... ¿cómo los mandabas a una terapia?, (...) hubo muchos errores.

Dr. Israel: porque son nuevos, lógicamente que llegan y los ponen en un área dura, crítica.

Dr. Omar: donde todo es cada hora, donde no puede esperar nada porque debes atender a los pacientes de inmediato y [los recién contratados] no sabían. Luego no hacían nada, como no sabían ni qué onda.

Dr. Israel: todo se conjunta, el miedo y la inexperiencia.

Este fragmento de los grupos de enfoque muestra una incompatibilidad entre los funcionarios nuevos y el contexto. Por su parte, los nuevos reclutas tenían una educación médica básica, dado que eran médicos generales; además su experiencia hospitalaria era insuficiente para confrontar el contexto de la sala de urgencias, es decir, su práctica no se había extendido lo suficiente para adquirir conocimiento y capacidad para manejar a un paciente competentemente. Por otra parte, el entorno era el menos indicado para generar experiencia laboral; en efecto, el ambiente era abrumador porque el estado de los enfermos provocaba susto e imponía a los recién contratados una actividad excesiva. Esta discrepancia era tan severa que los reclutas nuevos se paralizaban porque se le pedía colaborar en el tratamiento de una enfermedad que no tenía una cura precisa, en otros términos, la complejidad aumentaba un poco más.

Ciertamente, los profesionales de la salud que trabajaban en la zona Covid enfrentaban una situación desafiante. En seguida se presenta la narración de un médico urgenciólogo con casi una década de experiencia hospitalaria que entró a la zona Covid después de un prolongado tiempo de permiso. Cabe mencionar que la siguiente acción ocurrió en primavera de 2021, por lo tanto, la sala de urgencias tenía pocos pacientes contagiados de Covid y el tratamiento de esta enfermedad ya estaba delineado por las guías (internacionales y nacionales). Por lo tanto, el contexto de incertidumbre había sido reducido enormemente.

Dr. Luis: [estaba] familiarizado un poco con lo que [mis compañeros] decía que daban tratamiento. Yo lo leía, pero no es lo mismo que leas un artículo y una guía a que tú vayas y te enfrentes a un paciente (...). Pero la primera vez que entré sí me dio mi crisis muy cañón porque sabes la teoría, pero no sabes manejar un paciente. La realidad es que entras y estás espantado porque te tienes que poner el traje, te tienes que poner los goggles, no sabes si es que te los pusiste bien (...). Entonces, yo entro con mi traje, todo cubierto, con el calor (...). Todo era nuevo, la realidad es que el hospital cambio muchísimo, el sistema, cuando me fui era un hospital y cuando regresé era otro hospital. (...). Entonces yo estaba, así como, no puedo ver nada (...). Fue algo bien desesperante (...) para esto a los goggles se me olvidó echarle jabón entonces estaba todo empañado. No veía nada, estaba llorando. Salí bien enojado y cuando estaba casi afuera dije: ¿ahora cómo me quito el traje? Si me lo quito mal, si me infecto. Estaba con un pánico, el sudor, el estrés, todo fue algo bien horrible para mí (...). Lo había visto en los videos, pero cosas tan pequeñas, cosas que no había practicado [lo suficiente]...no sabía cómo hacerlo. (...). Fue algo super horrible, fue algo que nunca en mi vida me había sentido tan mal por no saber cómo entrar a un área (...). Por Dios que yo lloré, ya no quería volver a entrar.

Las líneas anteriores ilustran la impresión de un profesional de la salud con una experiencia reconocida. Consecuentemente, la vivencia de los médicos que fueron contratados para entrar en dicha zona durante los primeros meses de la pandemia debe ser más agobiante. También, esta cita sirve para aludir someramente que los hospitales públicos fueron objeto de una reconversión hospitalaria dinámica que compaginó el numero casos de Covid y otro tipo de enfermedades; este constante cambio resultó en la modificación significativa de la organización hospitalaria, aunque siempre estuvo delimitada por la infraestructura física del hospital en cuestión. Esta arista no analiza a profundidad porque no es el objetivo de esta investigación.

Adicionalmente, el fragmento anterior permite comprender cómo la suma de pequeños detalles configura el protocolo de protección personal. El cual debía ser practicado repetidas veces con el fin de asegurar su correcta aplicación en condiciones bajo estrés. También refleja cómo los BNC usan su creatividad para llevar los huecos que no prevén los lineamientos

administrativos, con el ejemplo del jabón en los *goggles* para evitar que se empañen y, por consiguiente, puedan realizar su tarea.

La cita referida empieza a dimensionar la complejidad que encierra el tratamiento y la atención a los pacientes enfermos de Covid-19, a pesar de que el tratamiento ya empieza a estar estructurado en primavera de 2021. No obstante, manejar un paciente conlleva particularizar el tratamiento mencionado de acuerdo con sus condiciones específicas. Estos temas se abordarán en la segunda parte del presente capítulo.

En resumen, esta sección corrobora la brecha entre los recursos con los que disponen los BNC y la demanda de sus servicios. En el contexto descrito, la plantilla de personal disminuyó a causa del riesgo que representó la pandemia de Covid-19 y por algunas circunstancias administrativas. En consecuencia, la cúpula administrativa buscó contratar nuevo personal, sin embargo, los nuevos BNC no tenían la aptitud para lidiar con el contexto tan desafiante en las áreas Covid. Los profesionales de la salud, en su faceta de BNC, deben ser valorados como un recurso muy valioso cuyos números tienden a disminuir entre más educación y experiencia médica tengan. Por lo tanto, la gestión de personal debe atender a estas cualidades médicas cuando se pretenda configurar una reconfiguración de la plantilla laboral.

1.2. Entorno hospitalario

La presente sección pretende profundizar en las circunstancias de carácter hospitalario que los BNC afrontaron durante la contingencia sanitaria. Este apartado está dividido en dos secciones; la primera enfatiza el tratamiento inmediato que deben brindar los BNC; la segunda delinea la situación que se vivió durante la saturación hospitalaria. Es preciso recordar que tales aspectos son característicos de las unidades de urgencias y, por consiguiente, no se pueden transpolar a otras áreas o secciones de los hospitales.

1.2.1. Trabajo inmediato

Las unidades de urgencias son la primera que entra en contacto con los pacientes que necesitan atención inmediata. Usualmente, los usuarios que acuden a este servicio tienen una condición delicada; de acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, las personas contagiadas con el Covid-19 acudían muy tarde al hospital y, por consiguiente, la enfermedad nueva ya había causado un daño pulmonar grave, muchas veces insuperable; tal como lo muestra el siguiente fragmento de un grupo de enfoque:

Dr. Josué: Mucha gente llegaba en unas condiciones muy malas porque no creían y otro pues ya cuando te los llevan eso propiciaba que ya estuvieran en la última etapa de la

enfermedad y entonces muchos llegaron a morir ahí. Inicialmente, era eso, la gente no creía.

Dra. Joselyn: Me acuerdo mucho de un señor joven cuarenta y tantos. Pero ya llegó mal, les preguntas a la gente: ¿desde hace cuánto está mal? Y los familiares te dicen: desde ayer. Los familiares entienden ponerse mal cuando la persona está peor [en el extremo]. Mientras comen, mientras hacen algo, están bien. Entonces los interrogas más y te dicen: a no, ya llevaba más de 3 semanas. Pero ayer que está muy mal, deciden traerlo. Llegan en malas condiciones, tenían que intubarlo y no había con qué.

Gracias a estos comentarios es posible observar que los ciudadanos llegan en un estado grave al hospital, donde eran recibidos en el área de urgencias. Consecuentemente, los BNC debían realizar todas las medidas pertinentes para impedir que la enfermedad se agravara, sin embargo, muchas no conseguían el objetivo. Por lo tanto, la inmediatez requerida estaba vinculada estrechamente con la decisión tardía de acudir al hospital.

Afortunadamente, otras personas buscaban la ayuda especializada de manera más pronta y, por lo tanto, los BNC mantenían mayores posibilidades de ayudar a restablecer su salud, a pesar de su daño pulmonar. No obstante, el Covid-19 era una enfermedad muy difícil de diagnosticar porque a primera vista las personas contagiadas presentan síntomas muy discretos e imperceptibles debido a su novedad. Lo anterior se puede constatar con la siguiente cita:

Dr. Israel: En base en experiencia pues da un poco más de fluidez para el paciente que esta grave, este paciente lo tengo que ver yo. Vas revisando a los [pacientes] y de repente ves a uno y te tienes quedar porque está mal y hay que hacerle más cosas. Si no lo atiendes en ese momento, te das la vuelta y te gana. Porque los pacientes con covid tienen mucho daño pulmonar. Tienen [en términos muy coloquiales] hipoxia feliz porque pueden estar caminando como si nada y le checamos la saturación y están en 80. 80 es muy bajo, el daño ya lo tienen.

Dra. Joselyn: te están hablando, te volteas y caen en paro.

Dr. Israel: es un reto para todos

Esta cita exalta la relevancia de la educación médica y la experiencia hospitalaria porque estas dos cualidades fundamentan la pericia y el criterio para identificar a los pacientes con mayores complicaciones, aunque no lo manifieste de forma patente. Por lo tanto, los BNC con mayor experiencia fueron fundamentales para priorizar la atención de los pacientes con mayor necesidad y así evitar que empeoren drásticamente.

1.2.2. Saturación

Las áreas Covid de los hospitales públicos excedieron su capacidad. Por lo tanto, la brecha entre la demanda de servicios hospitalarios y la oferta de servicios hospitalarios aumentó desproporcionadamente. Por lo tanto, los BNC hicieron lo que está a su alcance para gestionar

los recursos dispones con el fin de aminorar el desequilibrio (Brodkin, 1997, p. 24). Consecuentemente, el tiempo de atención fue reducido y los recursos físicos, por ejemplo, los ventiladores y tomas de oxígeno fueron asignadas a los pacientes con mayores posibilidades de recuperación. A continuación, se expondrán citas que reflejan estas dos situaciones:

Dra. Joselyn: si un paciente lo ibas a ver en 30 min, ahora lo ves en 15 minutos. A veces te quedas como no le pregunte tal cosa o tal antecedente. (...) o no los revisé bien.

Dra. Joselyn: el hecho de que solo puedas atender a los más urgentes, porque los que no estaban urgentes, en el siguiente turno se van a poner mal, se va a hacer urgente porque no lo viste. Tal vez, porque tenías algo que corregir y que era muy simple, ya no lo corrigiste.

La gran demanda de atención medica ocasionó que los BNC redujeran el tiempo que le brindaban a cada paciente; inevitablemente, la atención se diluyo en la gran cantidad de pacientes y, por consiguiente, aumento el riesgo de omitir las pequeñas sutilezas del estado de salud de un paciente. De esta forma, los descuidos marginales se acumulaban hasta ameritar la atención urgente por parte de los BNC; así, se conformó la trampa o dinámica de atender sólo las urgencias, debido a la falta de tiempo y recursos personales.

Teóricamente, los recursos podían ser utilizados para atender a una cantidad de pacientes, sin embargo, se debe tomar en consideración que no todos estaban en condiciones idóneas para su uso; por lo tanto, la cobertura que se podía ofrecer era menor en realidad. También se debe reconocer que cada recurso tiene un costo de oportunidad; por lo cual, los BNC realizaban una valoración médica para determinar qué paciente tenía mayores posibilidades de recuperarse con la ayuda de los equipos médicos y, posteriormente, asignaban el recurso. Como se puede observar enseguida:

Dr. Omar: luego llegaban un paciente de 80 años y un joven de 20 saturando muy bajo, y tienes un solo ventilador, ¿a quién se lo pones? Al joven...y es algo bien feo, es un estrés muy feo.

De manera tangencial, esta cita corrobora que los BNC sufren un daño psicológico al realizar sus funciones en un contexto tan agobiante. Durante esta emergencia sanitaria, los profesionales de la salud padecieron malos tratos del público en general e incluso de su familia, lo cual un aspecto poco observado. No obstante, este tema será omitido por la presente investigación.

2. Redes profesionales y laborales

En el segmento anterior, se delineó el contexto global que enmarcó la acción de los profesionales de la salud durante la pandemia de Covid-19. Mientras tanto, el presente apartado expone la gestión de las redes profesionales y laborales de tales BNC. Conforme a *The Lancet*, “los médicos mexicanos tienen múltiples trabajos” (2020). Este fenómeno es propiciado por la motivación de conseguir un estilo de vida más holgado, tal como fue corroborado por medio de las técnicas de recolección de datos:

Dra. Joselyn: todos tenemos dos trabajos, creo que nadie tiene un solo trabajo

Dr. Hugo: debemos vivir bien.

Dr. Israel: [yo] entro al hospital a las seis y salgo a las 14 y voy a otro hospital, donde entro a las 14:30 y salgo a las 9. Todos los días. La carga de trabajo no es apta.

Esta circunstancia es un aspecto complejo; por un lado, ocasiona que los médicos tengan una fatiga más pronunciada; por el otro lado, consiste en una oportunidad para que los BNC desarrollen aprendizajes cruzados entre hospitales (públicos y privados), institutos de salud (Federales y Estatales) o sistemas hospitalarios. Por lo tanto, los profesionales de la salud tienen la posibilidad de comparar al menos dos formas de gestionar un mismo problema y, por ende, tienen un criterio más robusto que les dificulta caer en la trampa de la conformidad. De esta forma se atisba que una situación catalogada como debilidad, en realidad, es un mecanismo que impulsa la deliberación.

De acuerdo Hupe y Buffat, este es un escenario de implementación donde a los profesionales de la salud se les solicitó hacer más con menos (2014). Por lo tanto, ellos impulsaron su cualidad estratégica con el fin de utilizar su discreción y juicio para abstraer el mejor tratamiento posible contra el Covid-19 (Maynard-Moody & Portillo, 2010). Inevitablemente, este comportamiento excluye las familias conceptuales de “alejarse de los usuarios” y de “moverse en contra de los usuarios”.

Desde luego, la gestión estratégica de las redes profesionales y laborales para ayudar los pacientes a recuperarse de la nueva enfermedad es un reflejo de la familia conceptual denominada “moverse hacia”. Los BNC buscan el éxito de política, en otras palabras, salvar a la mayor cantidad de usuarios; de esta forma los profesionales de la salud usan parte de sus recursos personales para extralimitar el servicio en favor de sus pacientes (Dubois, 2016). En virtud de tales acciones, los trabajadores de primera línea crean medios prácticos con el fin de

redimir una política social e incluso cerrar la brecha entre recursos limitados y su demanda (Lipsky, [1980] 2010; Maynard- Moody & Musheno, 2000).

2.1. Reto nuevo

Una pandemia tiene una escala global e implica el surgimiento abrupto de un “agente nuevo [que] produce la enfermedad nueva y nos coloca en una circunstancia de carácter inédito: los seres humanos nunca se han enfrentado con ese mal y no conocen sus características esenciales, ni su forma de propagación” (Chertorivski et al., 2020, p. 15). En otras palabras, es un reto complejo y novedoso porque la experiencia acumulada por la humanidad no es capaz de encaminar los esfuerzos hacia una cura precisa sin errores o dilaciones (Stivers, 2007; Mc Adams & Stough 2011; Henderson, 2014; Boin, 2020; Alcadipani, 2020; Dunlop, 2020; en Gofen & Lotta 2021). En sus palabras, los participantes expresaron:

Dr. Josué: (...) cuando empezaron ese tipo de situaciones [, es decir, los pacientes enfermos de Covid-19]. Igual en el HPF, no es que llegaran al HPF un día y ya todo lo sabemos vamos a implementar algo así como. Igualmente, hicieron muchas cosas sobre la marcha, era una situación que ninguno de nosotros conocíamos, nos habíamos enfrentado, pero no era la misma situación. Había que dimensionar, cada hospital es diferente.

Este fragmento brinda mayor fuerza a las aseveraciones teóricas, dado que los médicos reconocieron que su inexperiencia ante la contingencia sanitaria referida. También, este comentario aclara que cada centro médico tiene una circunstancia singular que enmarcó su rango de acción ante el mismo reto.

Una pandemia es una contingencia donde la incertidumbre puede llegar al extremo porque el cambio de información sucede frecuentemente y tiene gran trascendencia. Por esta razón, el tratamiento en contra de la enfermedad descocida se desenvuelve a medida que se van comprobando los resultados de la investigación médica. En contraste, la planeación tradicional con perspectiva anual resulta muy rígida para conseguir una respuesta satisfactoria que se acople a la evolución dinámica de la información. Los managers y los BNC deben reexaminar su pensamiento colectivo, de lo contrario, los procesos organizacionales producirán resultados anticuados o inadecuados a las circunstancias de emergencia (Finn, Mysore & Usher, 2020).

Sin duda alguna, la aplicación de estrategias poco convenientes es un catalizador de las amenazas existenciales; por ejemplo, una organización puede ordenar la detención de cualquier táctica hasta que se examine profundamente la información y, luego, configure un plan de

acción. La decisión anterior es grave porque los integrantes de tal organismo actuarán sin una guía; los profesionales de la salud mencionaron:

Dra. Joselyn: Ni siquiera tenemos un lineamiento de tratamiento interno. [A los pacientes enfermos de Covid-19] le suministramos lo que consideramos adecuado. Todos los tratamientos son de los artículos de otros países.

Dr. Josué: espero que hagan una guía de práctica clínica, pero es una recopilación de experiencias de otros países y con gente, no sé si la verdad experta, que es la [que] recopila los artículos para hacer esa guía. En algún momento va a salir.

Dra. Joselyn: en 10 años

Dr. Josué: espero que sea menos

Dra. Joselyn: como retrospectivo todo va a ser

Dr. Josué: o patrocinados por un medicamento

Todos: jajaja

Dr. Hugo: es cierto lo que dicen, no hay unificación del criterio del tratamiento dentro del hospital. Decir, los vamos a atender así, no me importa lo que tu creas, los vamos a atender así. Si tu paciente llega con tales características les vas a poner esto y esto.

La cita anterior refleja dos aspectos relevantes de los hospitales y, por consiguiente, de los sistemas hospitalarios a los que pertenecen. Primero, investigación era incipiente de ahí que sus esfuerzos no están encaminados a descubrir o mejorar el tratamiento en la vanguardia; por el contrario, se esperaba que la estrategia consistiera en realizar un ejercicio retrospectivo, es decir, reconocer los avances médicos que se hicieron sobre el tratamiento contra la enfermedad nueva y, posteriormente, exponer sus hallazgos más importantes de manera breve. Segundo, los profesionales de la salud trabajaron sin un lineamiento de tratamiento interno, en otros términos, el criterio de los BNC fue el rector preponderante de la atención que brindaron a los pacientes contagiados de Covid-19.

La parálisis de acción es una decisión desafortunada porque la información no deja de cambiar hasta que crisis aminore su incertidumbre; conforme a esta visión, los BNC hacen una respuesta rigurosa cuando la complejidad haya sido desentrañada por otras organizaciones. Mientras tanto, ellos atienden el problema con una finalidad paliativa, no con el propósito de solucionarlo.

2.1.1. Tratamiento dinámico

El trabajo profesional de los médicos –como el diagnóstico y tratamiento de los pacientes – muestran la gran profundidad del resquicio que permite la discrecionalidad de los BNC. Así pues, es posible confirmar la veracidad de la razón que contempla a la observación y el juicio sensible como elementos irreductibles a formatos programados (Lipsky, [1980] 2010). De ahí

que la perspectiva de *bottom up* es loable e indispensable en entornos de incertidumbre extrema por el constante cambio de información. Los médicos especialistas reportaron que la evolución de aprendizaje se puede dividir en dos vertientes: experiencia hospitalaria y conocimiento teórico. La experiencia hospitalaria o de campo hace referencia a la adquisición de conocimiento médico con la ayuda de la práctica prolongada:

Dr. Israel: íbamos aprendiendo y la verdad así lo hacemos porque pacientes llegan muy graves, ¿debíamos ventilarlos? ¿no los ventilábamos? O ¿los dejamos con la mascarilla de oxígeno? Varias medidas hasta que vamos agarrando un poco de experiencia que eso te sirve.

En una emergencia epidemiológica, el conocimiento teórico cambia constantemente y, por consiguiente, un plan rígido debe ser desestimado. La organización debe emprender un esfuerzo de aprendizaje paralelo a los cambios del entorno, por ejemplo:

Dra. Joselyn: De lo que si nos dieron capacitación a lo mejor fue del tipo de protección, pero sobre cómo tratar a los pacientes, no. Sólo era como dice el MD2, de lo que leías. Sin embargo, los estudios, como no sabían a que se enfrentaban ponían ciertos medicamentos que a la mejor ellos pensaron que si tenían efectividad, pero los estudios posteriores en otros países o en otras instituciones ya no le daban el mismo resultado, entonces empezaban a decir, la verdad no mejoró por tal medicamento, ni la combinación de medicamentos. Entonces, ha ido rechazando los medicamentos que inicialmente decían esto sirve y lo ponías. Un mes después, te decían no tienes que poner eso.

Dr. Josué: Un enfermo de marzo, abril [del 2020] con que lo trataron va a diferir de cómo lo estamos tratando ahora [enero 2021]. En base a lo que van saliendo en las investigaciones.

Dra. Joselyn: Al principio decían que no le pongas anticoagulante y luego resulta que sí y luego con profilaxis y luego lo dejes con completa. Entonces te desorienta y si no estas actualizándote te quedas con lo inicial con: “voy a poner hidroxiclороquina, azitromicina” y ves a médicos que lo siguen poniendo. Pero eso ya no lo debes usar, pero al final como te quedas ahí porque ya no viste los demás y hay que estar leyendo diario.

Esta cita permite abstraer que; por un lado, algunos médicos reconocieron que la información son datos dinámicos y no pueden ser considerada como hechos inamovibles; por el otro lado, algunos consideraron a la información como certera y no cuestionaron su idoneidad. Probablemente, el constante cambio de información abrumó algunos profesionales de la salud por lo que decidieron permanecer con el mismo tratamiento por meses; un evidente reflejo de la parálisis por análisis.

2.2. Recursos de implementación

Los recursos de implementación son las redes profesionales, organizaciones o individuos con gran pericia en una ciencia y, consecuentemente, son considerados como autoridades o líderes. Cabe subrayar que no forman parte de la estructura formal del gobierno y su financiamiento es exclusivamente privado. Los recursos de implementación moldean las acciones cotidianas de los funcionarios y, finalmente, desarrollo de la política pública que reciban los clientes (Lipsky, [1980] 2010; Brudney & Herbert, 1987; Yanow, 1996; Lin, 2000; Sillane & Reimer, 2000).

2.2.1. Artículos especializados

En esta circunstancia de emergencia sanitaria, las editoriales de las revistas científicas especializadas en epidemiología decidieron compartir abiertamente todos los artículos relacionados con el Covid-19 (El País, 2020); estas revistas especializadas han expuesto la información más actualizada. Sin duda, se emprendió un proceso incremental de investigación donde cada hallazgo científico modificó marginalmente el rumbo del tratamiento; hasta que otro, sugiriera cambiar el ángulo de la aproximación. Este curso perderá variabilidad en la medida en que las investigaciones empiecen a configurar un lineamiento certero para combatir a la enfermedad nueva.

Los BNC consideran a los artículos especializados de carácter internacional como un recurso con cualidades inequívocas, la cuales son: gratuidad, transmisibilidad, legibilidad y mismo alcance. Tal vez, la característica más sobresaliente es su novedad, por lo cual, las investigaciones más recientes atraerán más la atención, pero esto no garantiza su rigor técnico, ni su adopción irreflexiva. La gratuidad establece que los lectores pueden adquirir el artículo sin realizar un gasto. La transmisibilidad hace referencia su capacidad de ser transferidos o compartidos rápidamente por medios electrónicos. La legibilidad implica que los interesados pueden entender el contenido porque está expresado con términos propios del gremio médico y escrito en inglés, es decir, un idioma que se ha generalizado en la investigación y enseñanza especializada. El mismo alcance significa que ningún artículo asevera tener la solución ideal contra el Covid-19; al contrario, son cautos en sus recomendaciones y, en última instancia, lo dejan al criterio de los médicos. La siguiente cita puede constatar lo anterior:

Dr. Israel: bueno todas las instituciones sacaron sus guías, pero realmente la literatura que tratamos de leer todos, es una literatura internacional donde tenemos mucho de dónde escoger, muchas variantes porque todo lo que está escrito, no está comprobado al 100%. Sacaron muchos medicamentos, pero no hay un medicamento que digas este

se lo vamos a poner [al paciente] y realmente tiene eficacia. Estamos leyendo y seguimos leyendo de muchas cosas porque están saliendo cosas nuevas, pero muchos artículos internacionales y mexicanos.

Los artículos son apreciados como recomendaciones al servicio del criterio de los profesionales de la salud. Ellos deben nutrir su discernimiento de una amplia gama de investigaciones para poder ser capaces de realizar las estimaciones finas sobre los tratamientos aconsejados a la luz de su experiencia de campo. Conforme a las ideas expresadas anteriormente, el contexto teórico y hospitalario están en constante movimiento lo que obliga a buscar a las fuentes más actualizadas:

Dr. Israel: la institución te va a decir que leas las guías mexicanas que son hechas en México y a lo mejor no están mal pero lamentablemente el nivel de evidencia que nosotros hemos visto es que lo internacional son estudios multicéntricos eso quiere decir que son estudios de muchos estudios que han hecho y captan lo mejor. Entonces, las guías que tenemos en México, hay algunas guías de práctica clínica médica del 99 o 2000, entonces van atrasadas, no están mal, sirven para un estudiante, pero quiero estar más actualizado debes leer lo nuevo.

La estrategia de las organizaciones mexicanas tiene un carácter retrospectivo dado que contemplan la investigación en su desarrollo anterior. Por lo tanto, el resultado que se obtiene, es decir, sus protocolos no son idóneos para asumir el rol de pionero, sino el glosador de los escritos romanos. De este modo, los médicos estructuraron comportamientos estratégicos tendentes a la obtención de conocimientos vigentes que sirvan de fundamento de tratamientos posibles en su respectivo contexto hospitalario.

2.2.2. Redes profesionales

De acuerdo con Allison, “los analistas piensan los problemas a partir de modelos conceptuales implícitos” (1992, p. 120). En otras palabras, los científicos sociales tienen una óptica por medio de la cual “definen los problemas, establecen las evidencias relevantes” y, por consiguiente, sesgan los resultados que obtienen (Allison, 1992, p. 120).

Concretamente, para hacer frente a una pandemia, se debe conformar una estructura de redes general cuyo núcleo está integrado por las instituciones de salud. En esta situación de máxima incertidumbre, éstas deberán hacer un gran esfuerzo para “obtener mayor y mejor información en el menor tiempo posible y de manera constante” (Chertorivski et al., 2020, p. 15). Específicamente, las organizaciones de salud deberán recolectar las lecciones sobre la aparición, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades emergentes.

En este sentido, las autoridades de salud tendrán tres tareas fundamentales durante la propagación de la enfermedad. La primera será identificar y acercarse a la población afectada para “reconocer patrones y establecer supuestos lógicos acerca de lo que es posible y probable” (Chertorivski et al., 2020, p. 15). La segunda consiste en estimar las recomendaciones capturadas de manera externa e interna para asegurar el rigor metodológico que caracteriza a las investigaciones epidemiológicas. La tercera conlleva compartir sus descubrimientos clínicos con la instancia creada en expreso para combatir con esta situación extraordinaria.

Cabe recordar que la perspectiva micro observa cómo se desenvuelven las experiencias de los BNC y los usuarios en un ambiente estatal. En concreto, los médicos especialistas trabajan en ambientes abiertos y, por consiguiente, tienen la posibilidad de comunicarse con redes que superan el entramado organizacional; por ejemplo, sus relaciones profesionales, su doble trama laboral e incluso familiar. A partir del contacto con estos recursos de implementación, los BNC perfeccionan su conocimiento sobre el tratamiento de manera incremental hasta convertirse en emprendedores de política cuya capacidad les permita adaptar una respuesta inmediata al contexto cambiante (Brudney & Herbert, 1987; Schneider & Ingram, 1990 en Hill, 2003).

Entrevistador: ¿esos artículos ustedes mismos los investigaron, les llegaron por algunos otros colegas, o fue la institución [quien se los compartió]?

Todos (Dra. Joselyn, Dr. Israel, Dr. Hugo): por nosotros o colegas, [en mi caso], estoy en un chat donde yo hice mi especialidad suben los artículos más recientes. Tal vez, por eso tengo más facilidad. Salió esto y lo voy a leer. Es porque tú lo buscas, no es porque la institución lo haga.

La red profesional tiene un mayor número de integrantes porque es un producto de la acumulación de redes menores: se inició en la escuela de medicina, siguió en el hospital donde se hizo la residencia e incluso la subespecialidad. También, esta suma de conexiones es más difusa respecto de su educación médica porque contempla a profesionales de la salud de diferentes especialidades y áreas de interés. Adicionalmente, esta supra red organizacional tiene la potencialidad de extenderse en el territorio nacional e incluso internacional debido a la movilidad de sus integrantes; gracias a esta cobertura, los BNC usan esta red como medio de recolección de información, por ejemplo, artículos de revistas especializadas y noticias sobre el gremio. Sin embargo, sus participantes pueden difuminarse en la generalidad, por lo que, hay un alto grado de anonimidad. Con forme al tenor de estas ideas, la red profesional presenta

escollos para iniciar una deliberación enriquecedora y, mucho menos, hacerla de forma constante.

Adicionalmente, es preciso destacar que cada BNC tiene su propia red profesional, por lo tanto, un hospital está envuelto en una densa red informal conformada por cada médico que trabaja en ahí. Seguramente, lo mismo sucede con otras profesiones que ocupan los puestos de carácter administrativo. De este modo, las organizaciones tienen capacidades informales muchas veces ignoradas o subutilizadas para alcanzar sus beneficios.

2.3. Redes laborales y su rutina de deliberación

Las costumbres de deliberación se fundamentan en las redes laborales de los BNC. Tal sistema de redes profesionales se propicia porque sus miembros comparten el ambiente de trabajo; son compañeros de trinchera, no de aula. De modo que los participantes están versados en un tema y tienen un propósito determinado; en la presente investigación, los médicos especialistas forman una malla con una cualidad especial: tratar a pacientes enfermos que necesiten atención médica urgente. Adicionalmente, las redes tienen dos características distintivas respecto de las redes profesionales: por un lado, el número de integrantes es más reducido; por el otro lado, su extensión territorial está más delimitada porque los BNC deben trasladarse de un centro de trabajo a otro y, por consiguiente, las distancias implican viajes cortos o medianos; es muy difícil que los BNC hagan recorridos amplios de forma cotidiana.

Asimismo, las redes laborales tienen una gama más amplia de propósitos; en concreto, los médicos especialistas las usan para obtener información, constituir un remanso psicológico y fomentar su aprendizaje empírico. A partir de los objetivos mencionados, es posible afirmar que este tipo de redes tienen un equilibrio valorativo entre: la cohesión y la deliberación. La combinación de estos dos valores constituye un espectro en cuyos extremos están dos tipos ideales; por un lado, el pensamiento de grupo favorece el valor de la cohesión y; en el otro lado, las rutinas de deliberación exaltan la confrontación de ideas. En este sentido, se expondrán cuatro características fundamentales de estos dos tipos ideales: el fundamento, el proceso interno, el liderazgo y el aspecto psicológico.

2.3.1. Pensamiento de grupo

El pensamiento de grupo tiene como *fundamento* la disuasión individual en pro de una comunión grupal, es decir, una relación dispuesta a corresponder del mismo modo a un determinado pensamiento y, por ende, un mismo comportamiento; gracias a la iteración de tal reciprocidad

un conjunto de normas empieza estructurar un grupo con idiosincrasia propia. En efecto, los miembros que participan en esta mutualidad generan un subgrupo muy cohesionado (Janis, 1987).

El *proceso interno* del pensamiento de grupo tiene dos fases íntimamente conectadas: la externa y la interna. La primera etapa implica soslayar las fuentes de retroalimentación ajenas a la asociación; en este sentido, se desdeña a los expertos en el tema de interés y se inhibe la búsqueda de información novedosa. Por lo tanto, el grupo carece del conocimiento sobre la evolución del contexto en que se desenvuelve su actuación (Janis, 1987).

La segunda fase se concentra en la dinámica interna del grupo. Inconscientemente, los miembros se ensimisman en su intimidad incluso hasta llegar a la clandestinidad; esto se logra gracias al desarrollo de un inconsciente colectivo que está compuesto por ilusiones muy optimistas o de infalibilidad. Conscientemente, los participantes del grupo realizan un proceso homogeneizador por medio del juicio de pares; en otras palabras, los integrantes de la comunidad selecta ejercen presión social para suprimir el pensamiento crítico individual. Por lo cual, esta actividad busca; por un lado, evitar el debate crítico en la toma de decisiones y; por el otro lado, lograr que todos los miembros admitan como cierto o conveniente lo que sus similares han afirmado o propuesto antes.

El *liderazgo* es tendente a mantener la ilusión grupal, por lo cual alienta la docilidad del grupo para facilitar la presión de grupo. Al mismo tiempo, la expresión crítica de los disidentes es socavada y las propuestas alternativas son desprestigiadas sutilmente. Como última instancia se amenaza la estigmatización y expulsión del miembro inconforme.

El *aspecto psicológico* se puede considerar como un apoyo a la comunidad, sin embargo, se usa para vigilar a la comunidad y, así garantizar que un miembro desviado no distorsione el consenso del grupo. Consecuentemente, el pensamiento de grupo fomenta que sus integrantes asientan irreflexivamente, lo cual se refleja en una decisión unánime. Sin lugar a duda, esto limita la toma de decisiones más satisfactorias (Janis, 1987).

2.3.2. Rutinas de deliberación

Las rutinas de deliberación consisten en un proceso colaborativo que se *fundamenta* en una persuasión recíproca con el fin de encontrar una solución satisfactoria, en otras palabras, los participantes proporcionan razones para inducir a sus pares; por su parte, ellos examinan profundamente los argumentos propuestos y comparten su criterio sin el afán de congeniar. El

objetivo primordial no es construir una comunidad cohesionada, sino encontrar la forma de solucionar un desafío.

El *proceso interno* de las rutinas de deliberación tiene dos aspectos trascendentales: externo e interno. El primero contempla que los integrantes de la deliberación son más reacios a compartir sus inquietudes con personas o profesionales que no conozcan su realidad; sin embargo, los implicados en la examinación reconocen la importancia de evaluar de manera realista el contexto que envuelve su reto. Consecuentemente, la información de soluciones asequibles es recopilada de diferentes fuentes de información; ahora bien, las disertaciones de expertos son consideradas muy enriquecedoras porque brindan estimaciones novedosas y técnicamente sofisticadas, por lo que sus publicaciones son muy apreciadas.

La segunda característica engloba las diferentes aristas que conforman la mecánica interna del proceso colaborativo. En este sentido, la siguiente cita es trascendental para ilustrar tal funcionamiento:

Dra. Joselyn: [HP1] es distinto porque la línea de manejo es distinta porque somos de diferentes escuelas de manejar un paciente, de manejar un ventilador, tipo de sedación y si es diferente sí. Le llamamos escuelas porque son egresados de diferentes escuelas de terapias intensivas.

Las líneas anteriores demuestran que cada profesional involucrado en la rutina de deliberación pertenece a un subgrupo con idiosincrasia propia, es decir, tiene una educación médica formal singular que le posibilita apreciar las circunstancias de manera particular. Concretamente, la heterogeneidad de los miembros resulta un baluarte para impedir la presión abrumante para conseguir la unanimidad o mantener el protocolo; al mismo tiempo, la mezcla de percepciones diversas es un aliciente para que los miembros gocen de la oportunidad para pensar críticamente y, posteriormente, considerar atenta y detenidamente el pro y contra de los motivos de cada opinión contraria. De esta forma, se configura una discusión controvertida compuesta por manifestaciones y su respectiva examinación.

Los integrantes de esta sinergia reflexiva se benefician porque pueden lograr la conceptualización de un problema y crear sentido de este. No obstante, una solución unívoca y ágil no está garantizada; la falta de consenso es un riesgo altamente probable. Dicha circunstancia se puede apreciar en la siguiente cita:

Dra. Joselyn: a lo mejor digo, creo que este paciente está mejor con un manejo del ventilador de esta forma. Llega el doctor y le cambia la modalidad porque para él, lo

hace de mejor forma. A lo mejor el paciente durante el día tiene tres formas de ventilación distintas y a lo mejor no le va mal, pero puede ser que una no le caiga bien al paciente. Eso hace, a lo mejor, que se deteriore. Entonces si te enseñan en la escuela a majearlo de una forma y dices a bueno va bien no le cambio. O le hago cambios mínimos. Pero luego hay cambios muy drásticos de manejo.

Un tratamiento es un plan meticuloso de largo aliento con el fin de ayudar al paciente, es preciso mencionar que este lineamiento anticipado es susceptible de cambio; en los casos ideales, las modificaciones deben ser paulatinas para que la salud del paciente se vaya fortaleciendo de manera constante; en contraste, en la situación de emergencia referida, las líneas anteriores muestran una situación que incrementa la probabilidad de cambios drásticos en el tratamiento de los pacientes. En efecto, los participantes sugieren que los cambios tajantes son el producto de una rutina de deliberación sin un matiz de cohesión dado que aún no se ha realizado un esfuerzo robusto para uniformar los criterios de las diferentes líneas de manejo de los pacientes en un lineamiento médico.

En las rutinas de deliberación donde los profesionales de la salud tienen la misma jerarquía médica, se corre el riesgo de suscitar una conjunción de intervenciones sin un encauzamiento específico. En cambio, una rutina de deliberación con un participante de mayor educación médica puede concentrar sus esfuerzos para mejorar la salud del paciente, como el siguiente párrafo lo describe:

Dr. Hugo: Una cosa que nosotros hemos ido complementando como equipo es que sí la Dra. Joselyn es subespecialista. Independientemente de cualquier situación eso rebasa nuestra capacidad. Yo siempre le he dicho, tiene mucha más experiencia en la ventilación y ella dice: “y en la nutrición”. Obviamente, la Dra. Joselyn tiene una mayor experiencia en muchas situaciones, que nosotros no tenemos. Eso nos encamina a tener la situación de que bien o mal, a la Dra. Joselyn la manejamos [consideramos] como líder. Si la Dra. Joselyn tiene sugerencias sobre cierta situación pues la consideramos y la tomamos en cuenta a diferencia, probablemente, de otras situaciones donde todos son iguales. Eso nos debería llamar la atención porque si hubiera un líder dentro de un equipo que tuviera mucha más experiencia, pues sería la batuta para dirigir la orquesta. Debemos tener en consideración que tiene mayor educación médica y eso nos debe permitir que hay que sacarle ventaja a la experiencia que tiene.

A partir de esta cita es posible inferir que el liderazgo formal está claramente vinculado con la educación médica que el profesional de la salud haya recibido. Consecuentemente, un profesional de la salud con un alto grado de preparación formal puede ser apreciado como un elemento de cohesión y, por consiguiente, lograr un consenso en el tratamiento. Esto es así porque conjuga las diferentes ejecuciones individuales hasta hacerlas compatibles entre sí;

dicha complementariedad promueve que la decisión adoptada sean la más satisfactoria en el momento preciso dadas las limitaciones de información y tiempo. En definitiva, un liderazgo medico formal es el eslabón que compagina de manera virtuosa la cohesión característica del pensamiento de grupo y la persuasión reciproca que ostentan las rutinas de deliberación.

El *aspecto psicológico* se caracteriza por su proximidad, dado que los profesionales de la salud se acompañan entre sí durante la rutina de deliberación para conseguir un tratamiento más novedoso. En otras palabras, los participantes de la sinergia de reflexión comparten una realidad muy particular porque están expuestos a presiones y peligros que sólo ellos pueden experimentar y, por consiguiente, pueden hallarse en sus compañeros, es decir, empatizar con sus sentimientos. Esta emoción de identificación provee los cimientos para constituir de una relación cordial.

2.3.3. Transmisión de estrategias

Ciertamente, las rutinas de deliberación orientadas por un liderazgo que sobresale de manera notable son difíciles de encontrar; no obstante, los profesionales de la salud tienen un punto focal sumamente robusto que les provee el cimiento necesario para acometer una sinergia reflexiva. En otros términos, las profesiones relacionadas con el aspecto de la salud comparten un idioma común y, por lo tanto, pueden comunicar sus conocimientos o aprendizajes a sus pares con el fin de conseguir la salud de los pacientes, tal y como se puede apreciar en el siguiente fragmento de un grupo de enfoque:

Dr. Hugo: Muchas cosas que el MD2 aprendió en su hospital y nos lo transmitió a nosotros permitió que mejoráramos a nuestros pacientes.

Entrevistador: ¿cómo que cosas?

Dr. Hugo: por ejemplo, el aspecto de la ventilación. Observamos que nuestros pacientes que no los premedicábamos de forma oportuna, en el proceso de entubación fallecían. Entonces, todo eso íbamos aprendiendo. Muchos pacientes de mi hospital murieron cuando los anestesiólogos los trataban de entubar porque todo lo que habíamos visto previamente, ellos no lo aplicaban. Otro ejemplo, bien o mal, el Dr. Israel aprendió ventilación y nos enseñó hay que hacerle así ...Para nosotros esa información era valiosa. Después esa información la llevaba a otro hospital

Entrevistador: y ¿mejoraban esos pacientes?

Dr. Hugo: mejoraban eso pacientes. Todo era una retroalimentación.

Dr. Israel: luego hacíamos las cosas y había compañeros que nos criticaban. Y si wey, te quejas de mi manejo, pero tu wey no haces nada por ayudar, ósea lo tuviste un turno y lo dejaste boqueando. En teoría, ellos tienen los mismos conocimientos que nosotros, pero no los aplicaban; en cambio, criticaban.

Dr. Hugo: en ese momento, yo creo que como no había una situación clara. Todo lo que le podías hacer a un paciente era bueno.

Dr. Josué: es que iban saliendo cosas nuevas cada

Dr. Israel: cada día.

Dr. Josué: entonces, MD2 tenía la ventaja de que en su hospital aplicaban el tratamiento más pronto que acá. En este hospital no hay una terapia de covid como tal.

Dr. Israel: también, muchos de los medicamentos que dijeron que no servían. Ahora, se están que sí sirve

Dr. Josué: en ese entonces, también decían que esos medicamentos sólo debían ser utilizados como último recurso

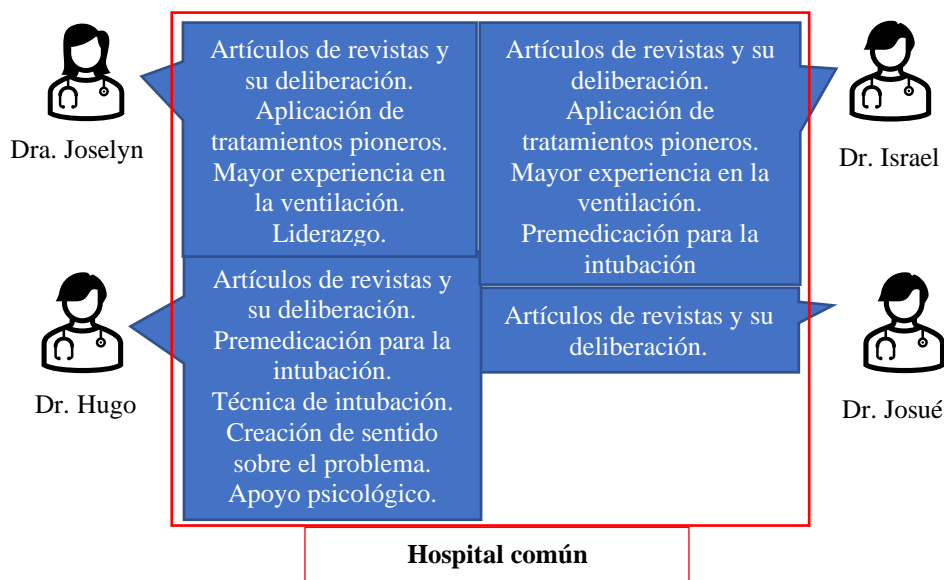
Dr. Israel: y no, deben ser tu primera opción

Gracias a estas líneas es posible rescatar tres temas muy importantes: el primero, la rutina de deliberación; el segundo, la parálisis por análisis; el tercero, la incertidumbre de información. En seguida se expondrán los últimos dos asuntos para luego dar paso a la reflexión profunda del primero.

La información sobre la nueva enfermedad evolucionaba de manera abrumadora dado que cada día se publicaba algo nuevo; consecuentemente, los participantes reportaron la imperiosa necesidad de actualizar su conocimiento diariamente, a pesar de la excesiva carga de trabajo que tenían. Mientras tanto, algunos profesionales de la salud brindaban un tratamiento conservador que atendía más a la perspectiva que se fundamenta en el aprendizaje organizacional; en otras palabras, ellos se constrañan a la perspectiva top-down pues esperaban que las autoridades del hospital o del sistema hospitalario modificaran las indicaciones del tratamiento, en lugar de tratar de “hacer [algo] para ayudar a los pacientes”. Es preciso mencionar que el lineamiento médico no se caracterizaba por su continua actualización; todo lo contrario, su publicación se llevó a cabo después de 8 meses de que la primera persona muriera por Covid en el País.

Con respecto al primer tema de la cita anterior, ésta ejemplifica como los profesionales de la salud especializados se retroalimentaban continuamente para agudizar sus conocimientos y habilidades para ofrecer el tratamiento más satisfactorio conforme a las limitaciones de tiempo, información, recursos y personal. Ahora bien, con base en el fragmento pasado y en otras intervenciones es posible determinar las aportaciones de cada uno de estos participantes.

Esquema de participaciones individuales



Fuente: Elaboración propia

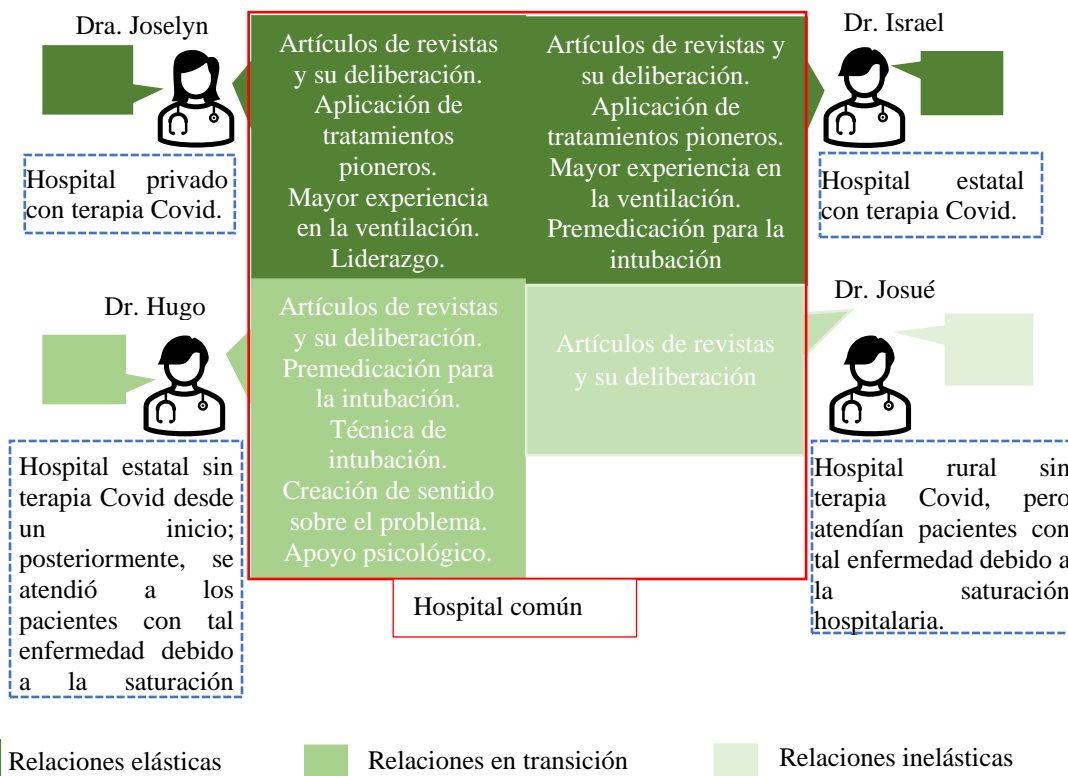
En el hospital común, los participantes comparten diferentes conocimientos y desarrollan habilidades de manera conjunta. Ahora bien, un aspecto digno de atención es la creación de sentido. Durante la aplicación de la técnica de recolección de datos, los participantes comentaron que la atención de pacientes contagiados de Covid es una actividad que requiere mucha atención; tanto que en las primeras experiencias algunos profesionales de la salud brindaron atención sin considerar todas las medidas pertinentes de protección personal. Lo cual suscitó una reacción en contra, pues nadie sabía a qué se enfrentaban e incluso tal acción impulsiva podía ocasionar un contagio entre la pléyade de profesionales de la salud; en esta misma conversación, se escuchó una expresión muy significativa: “en pandemia no hay emergencia”. Esta frase fue adquirida como un recordatorio de que aún a pesar en las condiciones más apremiantes que puedan sufrir, el personal de salud debe tratar de actuar reflexivamente para procurar todos los pasos establecidos en los protocolos de salud personal y hospitalarios.

La representación gráfica muestra que los participantes tienen dos trabajos: por un lado, un hospital común donde se ha llevado a cabo la rutina de deliberación recopilada y; por el otro lado, un hospital secundario donde realizan ejercicio reflexivo adicional con ayuda de los aprendizajes del hospital común. Por consiguiente, los grupos de profesionales de la salud con una rutina de deliberación consolidada sirven como una célula donde su *output* tiene la

potencialidad de alimentar o servir como *input* para otras células. En este orden de ideas, este esquema podría ser visualizado como un eslabón de sistema descentralizado de aprendizaje que permite tener un amplio margen de adaptación a un contexto turbulento.

Adicionalmente, los participantes de la rutina de deliberación expuesta se comunican sin una dirección preestablecida, sin embargo, la dirección de los mensajes tiene dos direcciones muy sutiles. La primera se puede denominar como elástica porque hay retroalimentación y, consecuentemente, hay un aprendizaje cruzado entre ellos. La segunda se puede etiquetar como inelásticas dado que la alimentación es unidireccional, es decir, hay una nula o mínima retroalimentación; dentro del hospital común, el participante reflexiona con base la experiencia abstraída en dicho hospital y en los artículos que haya leído. Evidentemente, tiene una gran influencia el interés personal del profesional médico, sin embargo, la principal causa para que la relación se incline hacia un forma elástica o inelástica es circunstancia del segundo centro de trabajo. En efecto, la relación será elástica si el segundo hospital en el que trabaja el participante tiene una terapia Covid en funciones; en contraste, la relación será inelástica si el segundo hospital en el que el participante labora no tiene una terapia Covid en funciones. En el siguiente esquema es posible constatar la conexión que existe entre el tipo de relación y la atención que provee el segundo hospital en el que trabajan los médicos especialistas.

Esquema de relaciones elásticas e inelásticas



Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, es preciso subrayar que las rutinas de deliberación pueden cambiar de configuración, es decir, transitar de una relación con poca reflexión común a una de aprendizajes cruzados. Esta evolución está íntimamente relacionada con la saturación hospitalaria de los hospitales especializados.

En la primera etapa de la pandemia, las rutinas de deliberación etiquetadas como elásticas se encontraban en los hospitales designados como "Covid". En la segunda etapa, los contagios se volvieron comunitarios y, por ende, rebasaron la capacidad de los hospitales especializados; por lo tanto, otros hospitales tuvieron que emprender su proceso de reconversión para lograr atender a los pacientes contagiados de la nueva enfermedad, como lo muestra la situación de Dr. Hugo. Posteriormente, los hospitales menos equipados se vieron en la situación de atender este padecimiento a causa de la saturación de los hospitales referidos en la primera y segunda etapa.

Por un lado, la participación de los especialistas se incrementaba en la rutina de deliberación del hospital común porque el segundo lugar de trabajo brindó una opción más para conocer e interactuar con la nueva enfermedad. Por el otro lado, los médicos especialistas

utilizaron la rutina de deliberación del hospital común para acelerar el desarrollo de adaptación de los nuevos hospitales; tal como se describe en la siguiente cita:

Entrevistador: usted cree que su convivencia con el equipo del HPF hizo que su adaptación como hospital rural haya sido catalizada por ese intercambio.

Dr. Josué: Sí, aquí voy viendo cómo van adaptando ciertas áreas, qué van implementando, y allá se hacían juntas con los directivos para tratar de implementar situaciones similares, algunas te hacían caso otras no por x, y, z motivo (...) pero sí se trató de adaptar experiencias de uno a otro lugar. Creo que todos los médicos lo hacíamos. Cada institución trabaja de manera diferente. Entonces uno trata de irlo adaptando, básicamente.

En efecto, la rutina de deliberación orientada por un liderazgo cohesionador pretendió establecer una senda tendente a consolidar el tratamiento contra el Covid en el hospital común. Ahora bien, tal rutina de reflexión tuvo resultados que influenciaron la forma de trabajo de otros hospitales, es decir, donde los participantes trabajan de manera secundaria. De esta manera, los hospitales con una terapia Covid han brindado orientación a otros centros de salud menos especializados por medio de un canal informal, es decir, el hecho que sus trabajadores trabajen en las dos instituciones a la vez.

Dicha comunicación consistía en exponer el modo en que se lidiaba con la enfermedad nueva en el hospital común. Es preciso destacar que la información compartida es recibida por otros grupos de trabajo con un equilibrio distinto entre cohesión y deliberación; adicionalmente, con diferentes recursos e instalaciones hospitalarias, por lo tanto, no se puede esperar un resultado idéntico.

Un escenario prometedor se actualizaría si el conjunto de profesionales de la salud del hospital secundario es receptivo a las recomendaciones auspiciadas por el hospital común; de este modo, habría la oportunidad de constituir una situación semejante o análoga entre los dos hospitales y, por consiguiente, sus intercambios tendrían una coherencia subyacente. En este orden de ideas, la rutina de deliberación referida incrementaría su extensión y, por ende, su capacidad para encontrar una secuencia incremental de soluciones satisfactorias tendiente a consolidar un tratamiento contra el Covid.

Un escenario sombrío podría tener dos manifestaciones. La primera implica que los profesionales de la salud de hospital secundario no acepten la perspectiva de “*mover hacia los usuarios*”, en cambio buscan permanecer a la sombra del cumplimiento de las reglas de manera irrestricta o *red tape*, como fue mencionado en la primera cita de esta sección: “*luego hacíamos*

las cosas y había compañeros que nos criticaban. Y si wey, te quejas de mi manejo, pero tu wey no haces nada por ayudar, ósea lo tuviste un turno y lo dejaste boqueando. En teoría, ellos tienen los mismos conocimientos que nosotros, pero no los aplicaban; en cambio, criticaban” (MD2). La segunda contempla la presencia de iniciativa por parte de los profesionales de la salud para aceptar las recomendaciones hechas por el hospital común, pero no su aplicación está impedida por no tener los recursos necesarios para hacerlo; tal y como se puede apreciar en la siguiente cita:

Dr. Josué: Me toco ver que al inicio cuando se empezaron a quedar los pacientes, les ponían un tratamiento X. De donde lo leyeron... no tengo idea. Entonces, se iban corrigiendo algunas cosas para que lo empezaran a tratarlo de forma igual.

Entrevistador: ¿dejaba como un precedente o lineamiento?

Dr. Josué: por decirlo de alguna manera sí. Lo triste del lugar es que no tiene los insumos.

De este modo, los hospitales secundarios que sufren de una carencia de medicamentos o de instrumentos necesarios –por ejemplo, ventiladores— impiden que sus profesionales de la salud se beneficien de las relaciones elásticas, es decir, las rutinas de deliberación en las que participan los especialistas con mayor experiencia porque trabajan en hospitales con una terapia Covid en funciones. En otros términos, los hospitales secundarios con mayores desventajas ocasionan que sus los profesionales de la salud no puedan aprovechar las recomendaciones que pueden recopilar por medio de sus redes; en consecuencia, sus rutinas de deliberación deben emprender un esfuerzo acorde a la limitada capacidad hospitalaria, por lo que su evolución será más lenta y raquítica al no utilizar la información fruto de la transmisión de estrategias.

En este punto, las políticas públicas estipuladas desde el nivel meso y macro limitan indirectamente el desarrollo de las políticas públicas configuradas en el nivel micro dado que los BNC tienen gran dificultad para sortear dichas barreras. En concreto, dos ejemplos; primero, el gobierno federal sostuvo que la pandemia siempre fue controlada y desestimó las reclamaciones de los profesionales de la salud que versaban sobre la carencia de insumos, por lo tanto, si los BNC mencionaban el desabasto de medicamentos o instrumentos, eran estigmatizados por familiares de los pacientes e incluso corrían el riesgo de ser denunciados administrativamente; segundo, el gobierno federal estableció que no había saturación hospitalaria, por lo tanto, los profesionales de la salud se vieron obligados a recibir más pacientes de los que la capacidad hospitalaria podía soportar.

3. Reflexión final

En resumen, el contexto que sitúa la pregunta de investigación está integrado por circunstancias principales: el administrativo y el hospitalario. El primero conlleva la sustitución del seguro popular por el INSABI; dicha transición vislumbró una sucesión de adversidades de carácter administrativo porque el gobierno federal no publicó las reglas de operación a tiempo, en consecuencia, los hospitales públicos sufrieron de desabasto de materiales y reducción de personal. En este ambiente de incertidumbre administrativa, la pandemia de Covid-19 irrumpió en el País.

Algunos profesionales de la salud y administrativos consiguieron un permiso para ausentarse de hospital debido a su vulnerabilidad física. El apremio de cubrir los puestos vacíos ocasionó que los BNC fueran considerados como sustituibles perfectos, es decir, no se reflexionó sobre sus características profesionales; de lo contrario, la cúpula administrativa debió reconocer que el personal recién contratado no estaba en condiciones de afrontar la contingencia sanitaria de forma directa.

Adicionalmente, una gran brecha se abrió entre los recursos disponibles y la demanda desbordada de los pacientes; inevitablemente, los profesionales de la salud enfatizaron sus esfuerzos en atender a los pacientes más graves, mientras que los demás pacientes empeoraban. Por último, el contexto hospitalario implicó el tratamiento de una enfermedad cuya detección era difícil, pero requería atención inmediata.

El trabajo profesional de los médicos (como el diagnóstico y tratamiento de los pacientes) conlleva un gran resquicio que permite la discrecionalidad de los BNC durante la atención a los pacientes contagiados de Covid-19. Los médicos especialistas perfeccionaron su conocimiento sobre el tratamiento de manera incremental por medio de la consulta de recursos de implementación y su experiencia hospitalaria.

Los médicos especialistas trabajan en ambientes abiertos y, por consiguiente, tienen la posibilidad de comunicarse afuera del entramado organizacional. Tales profesionales de la salud usaron parte de sus recursos personales; en el presente caso, cada uno de ellos utilizó su red profesional como medio de recolección de recursos de implementación. En este orden de ideas, los BNC estructuraron comportamientos estratégicos tendentes a la obtención de artículos especializados de carácter internacional que sirvan de fundamento de tratamientos posibles en su respectivo contexto hospitalario.

Las redes laborales de los BNC constituyen el cimiento de las rutinas de deliberación, las cuales tienen un equilibrio entre cohesión y deliberación. La combinación de estos dos valores constituye un espectro en cuyos extremos están dos tipos ideales: el pensamiento de grupo que está fundamentado en la disuasión individual y las rutinas de deliberación caracterizadas por la persuasión recíproca. Cabe destacar que un liderazgo médico formal es el eslabón que compagina de manera virtuosa los dos modelos ideales para emprender una secuencia de tratamientos satisfactorios tendente a consolidar el conjunto de medios que se emplean para curar esta nueva enfermedad.

Cabe recordar que una gran parte de los profesionales de la salud mexicanos desempeñan su profesión en dos centros de trabajo. Consecuentemente, ellos tienen la oportunidad para comparar las diferentes formas de gestionar un mismo problema. Ahora bien, tal análisis recibe gran trascendencia gracias a la disertación conjunta que se realiza en el marco de una rutina de deliberación con liderazgo médico.

De acuerdo con las ideas anteriores, esta investigación recapitula dos consecuencias discretas, pero sumamente poderosas sobre la doble jornada de trabajo de los profesionales de la salud. Por un lado, los médicos especialistas consolidan aprendizajes en virtud de los recursos de implementación (revistas especializadas) y la experiencia hospitalaria que los funcionarios recopilan y estructuran por medio de las rutinas de deliberación. Por otro lado, los miembros de la rutina de deliberación pueden servir como un puente por medio del cual se transmiten información entre dos centros de trabajo; de este modo, las experiencias recapituladas en los hospitales más especializados poco a poco se transmiten informalmente hasta llegar a los hospitales con una terapia de Covid incipiente.

En definitiva, en el afán de atender a la mayor cantidad de pacientes enfermos de Covid, los BNC usaron todos sus recursos institucionales y personales; dentro de estos últimos, usaron sus redes profesionales y laborales para moldear las acciones cotidianas que, finalmente, modificaron sutilmente el desarrollo de la política pública que reciben los clientes.

Capítulo 4. Conclusiones

“They said ...that he was devoted to Pure Science...that he would rather have people die by the right therapy than be cured by the wrong”.
Sinclair Lewis, Arrowsmith

“Life in itself is a big classroom – so learn all the chapters of the life well. This chapter of illness is but only one chapter. Learn whatever it has come to teach you and move on in life”.
Sanchita Pandey

La pandemia ocasionó un cisma en la forma de comprender esta época; en efecto, ahora los ciudadanos mexicanos viven “la nueva normalidad” de acuerdo con la conceptualización del gobierno federal. En otros términos, las circunstancias habituales que constituían la referencia de la vida cotidiana han sufrido un gran trastorno, lo cual redundará en una alteración del desarrollo o la expectativa de las actividades ordinarias.

Particularmente, el mosaico de instituciones médicas que conforman la red de política sanitaria desarrolló su capacidad de resiliencia de forma sobresaliente; en el nivel macro, llevaron a cabo una transformación administrativa de grandes implicaciones, es decir, la sustitución del Seguro Popular por el Instituto de Salud para el Bienestar; en el nivel meso, participaron en la consecución de una estrategia encaminada a enfrentar la pandemia referida; en el nivel micro, sus burócratas a nivel de calle debieron afrontar directamente las consecuencias de las dos situaciones anteriores que envuelven su trabajo, por señalar algunas: la escasez de insumos médicos y de profesionales de la salud.

Afortunadamente, los científicos de diversas instituciones lograron la formulación de diferentes vacunas contra el Covid; sin duda, esto es una esperanza plausible para controlar la propagación de esta enfermedad novedosa. Ahora bien, es preciso destacar que existe un lineamiento médico para tratar de recuperar la enfermedad de los pacientes con este padecimiento, sin embargo, no es capaz de controlar toda la incertidumbre que genera esta enfermedad dado que el coronavirus muta constantemente, lo cual redundará en diversas sepsis.

Por lo tanto, es posible afirmar que el tratamiento sigue en una etapa de consolidación para asegurar su plena eficacia.

Cabe recordar que los profesionales de la salud; especialmente, los encargados de administrar el tratamiento tienen un ámbito discrecional intrínseco a su trabajo profesional que sólo se puede orientar por medio del lineamiento médico. De este modo, el conjunto de medios y estrategias que se emplean los profesionales de la salud para aliviar esta enfermedad desconocida son dignos de un estudio profundo para desentrañar la complejidad de su génesis y su sinergia.

En este orden de ideas, la presente investigación tuvo como objetivo comprender la gestión de las redes profesionales y laborales que los médicos urgenciólogos han desarrollado para mejorar la atención a los pacientes de Covid. Por lo tanto, la pregunta investigación de la presente investigación fue: ¿cómo el personal médico de los hospitales públicos gestiona sus redes profesionales y laborales para mejorar la atención a los pacientes Covid en un contexto de emergencia sanitaria? Consecuentemente el argumento que se planteó como una respuesta posible fue la siguiente: los médicos urgenciólogos usan sus redes profesionales y laborales para generar una estrategia capaz de afrontar esta enfermedad desconocida; en concreto, constituyen un sistema deliberativo, en otras palabras, una táctica que fomenta el aprendizaje de los profesionales de la salud especializados y, por consiguiente, se beneficia a los pacientes infectados por esta enfermedad nueva.

La construcción de la respuesta impulsó la realización de una exploración cualitativa. El método de teoría fundamentada permitió desentrañar la complejidad causal que implica la construcción del tratamiento para aliviar el Covid; inevitablemente, tal estudio comenzó con la examinación el marco que configura el contexto laboral de los profesionales de la salud.

A continuación, el presente apartado se dividirá cuatro secciones. La primera retomará el argumento sobre las intervenciones modernistas propuesto por James Scott; adicionalmente, mencionará los últimos descubrimientos en la ciencia forestal. La segunda resolverá la pregunta de investigación de la presente investigación con base en una analogía que rescata las ideas de la sección anterior. La tercera enunciará una lista de recomendaciones que se podrían rescatar de la presente investigación. La cuarta propone algunas líneas de investigación que se podrían realizar en futuros esfuerzos académicos.

1. Marco analógico

De acuerdo con Scott, las intervenciones modernistas pretenden usar el conocimiento científico para mejorar la condición de vida de las personas. En este sentido, el Estado ha emprendió un proceso de simplificación tendente a la manipulación del entorno natural y social.

Los bosques fueron uno de los principales laboratorios de este proceso modernizador. En concreto, el bosque naturalmente diverso fue simplificado radicalmente hasta sólo atender un elemento de valor instrumental, es decir, los árboles que producen madera comercial. En otras palabras, “un proceso excepcionalmente complejo que involucró la construcción del suelo, la absorción de nutrientes y las relaciones simbióticas entre hongos, insectos, mamíferos y flora, que no se entendieron del todo, y aún no se comprenden del todo, aparentemente se vio interrumpido, con graves consecuencias” (Scott, 1998, p. 20).

De acuerdo con tal autor, los primeros bosques instrumentales crecieron abundantemente porque aprovecharon la riqueza del subsuelo que el bosque naturalmente complejo había acumulado. Esta circunstancia facilitó que la producción forestal adquiriera una cualidad científica dado que su desarrollo podía ser evaluado y pronosticado por medio de métodos cuantitativos. No obstante, los bosques simplificados dejaron de crecer e incluso a morir cuando la abundancia del subsuelo decayó.

Frente a condiciones devastadoras, un bosque fundamentado en el monocultivo tiende a sufrir sobremanera porque está constituido predominantemente por un conjunto reducido de especies puras cuyas características están adaptadas a condiciones y perturbaciones muy específicas; por lo tanto, si una amenaza a su homeostasis se actualiza, todo el bosque monótono será arrasado. Mientras tanto, un bosque constituido como policultivo es más resiliente dado que la complejidad de flora y fauna crean un abanico mayor de fortalezas capaces de contrarrestar el avance de un agente perturbador o una situación adversa. En resumen, las intervenciones modernistas son insostenibles porque en su afán de legibilidad, estas intervenciones simplifican las características complejas de la naturaleza y la sociedad civil, incluso llegan a desdeñar el conocimiento empírico y local (Scott, 1998).

Antes de las intervenciones modernistas, los seres humanos observaban la naturaleza para luego tratar de experimentar intuitivamente y, posteriormente, recopilar una moraleja que sirva en la vida diaria. En la presente etapa del desarrollo del conocimiento, Suzanne Simard y

sus colaboradores avanzaron en la comprensión sobre las raíces de las diferentes especies de flora que integran un bosque (2021).

Ahora bien, las raíces absorben de la tierra las materias necesarias para el crecimiento y desarrollo del árbol; también le sirven de sostén. La idea de la supervivencia del más apto y su lucha por recursos impulsa a pensar que los árboles, de igual forma, compiten unos con otros. Sin embargo, tal esfuerzo de investigación aclaró que los árboles cooperan entre sí y con otros vegetales por medio de sus raíces e incluso la autora ha propuesto que los árboles tienen una especie de comunicación fundamentada en la química orgánica. De esta forma, la complejidad de la parte menos visible de las plantas empieza a ser comprendida.

En concreto, las raíces de los árboles y los hongos de diferentes especies generan una asociación simbiótica, en otros términos, sacan provecho de la vida en común dado que utilizan sus cualidades para obtener nutrientes del subsuelo y, posteriormente, colaborar en un intercambio que mejora su crecimiento y aumentas sus posibilidades de supervivencia. Adicionalmente, Simard descubrió que los árboles más grandes y viejos (denominados arboles madre) tienden a compartir los nutrientes que obtienen con los árboles más jóvenes de su especie; incluso los árboles madre transmiten sus nutrientes a los árboles más pequeños cuando empiezan a morir (2021).

La perspectiva macro de un bosque puede ser entendida como una red macro de cooperación simbiótica, la cual está fundamentada en los árboles madre, ya que éstos son las plantas con más conexiones. Ahora bien, un bosque sobrevivirá con mayor éxito cuando se fomenten las simbiosis particulares que nutren a cada planta y, al mismo tiempo, los árboles madre nutran a los más jóvenes para que puedan replicar tal ayuda con otros aún más jóvenes. De esta forma, se reafirma la idea de complejidad del bosque se puede traducir en fortaleza ante inclemencias inesperadas. En conclusión, los árboles no se pueden analizar como entes aislados, sino en conjunto; por lo tanto, la idea de competencia individual debe ser sustituida por la otra idea darwiniana: la cooperación de una comunidad en búsqueda de la supervivencia.

2. Las raíces de la administración pública

La presente etapa retomará las ideas hiladas en la sección anterior para responder la pregunta de investigación con un base en una analogía forestal. Usualmente, los edificios que albergan instituciones de gobierno sobresalen por su envergadura física en el panorama de la ciudad. Atendiendo a la afinidad propuesta, las organizaciones gubernamentales son apreciadas como

árboles bajo dos perspectivas: la superficial y la interior. La primera comprende todas las acciones instituciones de carácter público necesarias para conseguir los frutos o la misión que tiene la institución de gobierno. La segunda conlleva la estructura interna de la organización; la cual se sugiere dividir por motivos didácticos; por un lado, el tallo que incluye los sistemas de profesionalización de los funcionarios y la disposición organizacional; por otro lado, la raíz que considera predominantemente a los burócratas a nivel de calle, por lo tanto, es este rubro donde se enfoca la investigación.

Los burócratas a nivel de calle constituyen la parte organizacional que está en mayor contacto con el campo dado que encauza capilarmente el contenido de las políticas hasta llegar a ciudadanos o habitantes particulares. Al igual que las raíces, este tipo de funcionarios se desarrollan en un entorno administrativo libre por lo que pueden entrar en contacto con diferentes nutrientes, es decir, recursos de implementación cuyo contenido puede ser adoptado y, por consiguiente, los programas reorientados marginalmente. En otros términos, los profesionales de la salud utilizan sus redes profesionales para compartir y recopilar las revistas especializadas sobre el Covid en el menor tiempo posible y de manera constante.

Es preciso destacar que cada profesional de la salud ha acumulado un capital social a lo largo de su desarrollo profesional, el cual puede ser visualizado sus redes profesionales. En efecto, este tipo de trama tiene la potencialidad de extenderse en el territorio nacional e incluso internacional debido a la movilidad de sus integrantes; adicionalmente, las redes profesionales son más difusas respecto de su educación médica porque contempla a profesionales de la salud de diferentes especialidades y áreas de interés. En virtud de las ideas anteriores, burócratas a nivel de calle tendrán la posibilidad de comunicarse en una red que supera el entramado organizacional y, por consiguiente, tendrán una mayor disponibilidad de recursos de implementación.

Por su parte, las redes laborales pueden ser representadas por una especie de raíces con una extensión territorial más delimitada y con un número de integrantes es más reducido. No obstante, este tipo de red tiene una gama más amplia de propósitos; por ejemplo, los médicos especialistas las usan para obtener información, constituir un remanso psicológico y fomentar su aprendizaje empírico.

Dado que los especialistas médicos trabajan en dos hospitales o instituciones de salud a la vez, es posible establecer que cada uno de ellos se convierten en un eslabón de intersección

entre dos comunidades médicas. Por una mano, la concerniente al hospital común donde se lleva a cabo la rutina de deliberación examinada en esta investigación. Por otra mano, la del hospital secundario, en otros términos, la institución donde los participantes desempeñan su función cuando no trabajan el hospital común.

Conforme con el marco análogo propuesto, las raíces de los árboles se asocian con otras especies vegetales en una simbiosis, es decir, en una asociación cuyo efecto es superior a los efectos individuales; en consecuencia, la vida de cada participante es provechosa para la supervivencia del otro. En este sentido, tal conexión mutualista favorece a la cooperación recíproca y no a la rivalidad por obtener la misma meta.

Dentro de la complejidad de las rutinas laborales existen escenarios similares a las simbiosis biológicas, las cuales reciben el nombre de rutinas de deliberación; cabe subrayar la trascendencia de los médicos especialistas que fungen como el enlace que posibilita la interconexión entre diferentes instituciones gubernamentales. Para efectos didácticos, las rutinas de deliberación tienen dos fases sucesivas: la dinámica interna y la transmisión externa.

Dinámica interna. La familiaridad de la interacción repetida propicia que los profesionales de la salud especializados tengan una retroalimentación habitual. Ahora bien, las rutinas de deliberación tienen un equilibrio valorativo entre: la cohesión y la deliberación; si se privilegia la primera cualidad hasta un extremo, resultará una disuasión individual de los funcionarios. De lo contrario, si se fomenta irrestrictamente la segunda característica, se conseguirá la persuasión recíproca de los participantes.

De acuerdo con la presente investigación, el liderazgo formal que sólo se obtienen por medio de la educación médica es el elemento crucial para encauzar la rutina de deliberación hacia criterios satisfactorios que incrementalmente son tendentes a consolidar el tratamiento contra el Covid. Adicionalmente, los integrantes de tal proceso reflexivo deben crear sentido de la emergencia para lograr capturar la complejidad de la situación, al menos cognitivamente; esto también brindarán un fundamento para construir un remanso psicológico.

Transmisión externa. Los árboles madre crean simbiosis con árboles jóvenes de su misma especie para transferirles nutrientes que facilitaran su crecimiento y, al mismo tiempo, aseguraran su supervivencia. De una semejante, los médicos especialistas integrantes de una rutina de deliberación exitosa transmiten los aprendizajes delineados en el hospital común hacia a un conjunto de sus compañeros médicos que trabajan en cada hospital secundario.

Estos últimos centros de salud tienen diferentes capacidades operativas. Algunos de ellos tienen una terapia Covid en funciones porque son un hospital especializado y, por consiguiente, la sinergia administrativa es muy enriquecedora dado que cataliza el aprendizaje de los profesionales de la salud. Mientras tanto, otros hospitales de menor nivel administrativo no tenían terapia Covid, pero reconvirtieron sus instalaciones y conocieron el tratamiento que se utilizaba en los hospitales especializados, gracias a los aprendizajes transmitidos por los médicos pertenecientes a la rutina de deliberación exitosa. No obstante, cabe la posibilidad que los hospitales de menor nivel administrativo no lograran aprovechar los nutrimentos enseñanzas debido a sus limitantes, por ejemplo: reducción de médicos especialistas, falta de medicamentos o equipos médicos.

De acuerdo con las investigaciones que hacen referencia al ámbito forestal, los bosques no son una colección de aboles desarraigados; al contrario, son vegetales que generan vínculos orgánicos. Los árboles más grandes fungen los principales nodos de una malla que cuyo propósito es hacer más fácil la subsistencia de sus integrantes. Es preciso recalcar que complejidad de un bosque es la cualidad que le brinda la capacidad de resiliencia natural ante un agente perturbador o una situación adversa.

De igual forma, las instituciones de gobierno son entes administrativos que están inmersos en una comunidad institucional y social. Conforme al marco análogo referido, este conjunto de instituciones se comunica gracias a sus ramas y raíces. La primera se actualiza entre los hospitales desde una perspectiva organizacional propia de una visión tradicional de *top-down*, la cual es más idónea en circunstancias poco apremiantes o rutinarias. Efectivamente, los hospitales o sistemas hospitalarios tienen la capacidad de compartir sus hallazgos después de un proceso administrativo; adicionalmente, los resultados corren el riesgo de ser sesgados para conservar la reputación institucional. Por lo tanto, la comunicación referida tiende a propiciar resultados o aprendizajes obsoletos a la luz de circunstancias urgentes.

En contraste, la conversación por medio de las raíces, es decir, la comunicación entre burócratas a nivel de calle es consistente con una perspectiva *bottom up*, la cual es muy provechosa en escenarios de extrema incertidumbre. En concreto, los profesionales de la salud especializados reconocen la posibilidad de usar sus redes profesionales para adquirir recursos de implementación y, posteriormente, construir rutinas de deliberación gracias a sus redes laborales. Este comportamiento encontrará, de manera incremental, aprendizajes satisfactorios

de manera más rápida y, por consiguiente, los burócratas a nivel de calle pueden adaptarse de manera inmediata al contexto desafiante y variable; esto redundara en la supervivencia de la organización administrativa, usualmente.

Finalmente, cabe recordar que México es el país donde han muerto más médicos por Covid. De acuerdo con la revista *The lancet*, una de las causas principales consiste en que muchos de ellos tienen dos trabajos distintos a la vez, lo cual incrementa sus posibilidades de infectarse de Covid; consecuentemente, la doble carga laboral es considerada como una cualidad desafortunada. Sin lugar a duda, cualquier circunstancia que perjudique a una persona es reprobable, ya que la seguridad personal es un pilar axiológico de la nuestra democracia.

En este orden de ideas, las condiciones laborales de los profesionales de la salud deben ser sopesadas con mucha atención. Esta investigación comprendió sólo un aspecto de la complejidad causal que encierra el fenómeno de la pandemia en los hospitales públicos mexicanos; por medio de una aproximación cualitativa, fue posible desentrañar que los funcionarios de primera línea trabajan en condiciones desventajosas debido a un conjunto de razones expuestas en el transcurso de este trabajo. De manera enunciativa: incertidumbre de reglas administrativas, recorte de personal, falta de medicamentos, reducción de personal a causa de incapacidades, insolidaridad de diferentes especialidades médicas, agresiones por parte de la ciudadanía, entre otros.

Ahora bien, una cualidad que a primera vista era catalogada como negativa; después de un estudio resulta que tiene un matiz positivo. La doble jornada laboral en distintos centros de trabajo pueden ser considerada como un catalizador de la transmisión de los recursos de implementación. Adicionalmente, esta situación actualiza la oportunidad para generar rutinas de deliberación, las cuales mejoran el desempeño de los burócratas de nivel de calle de manera incremental con ayuda de un liderazgo médico formal. Incluso, la doble jornada laboral posibilita la adaptación más rápida y certera de los funcionarios que trabajan en hospitales de menor nivel administrativo.

Esta investigación empezó con un oxímoron: “en la pandemia, no hay emergencias”. Esta frase ayudó a algunos de los profesionales de la salud a reconocer que en la circunstancia más compleja de su vida profesional se debe conservar la calma y actuar de forma más reflexiva posible; de lo contrario, su actuar se podría volver errático con desenlaces fatales. De la misma forma, la doble jornada laboral puede ser considerada como otro oxímoron; por un lado, se afirmó

como una de las principales causas de la mortalidad de profesionales de la salud; por el otro lado, es una cualidad que fortaleció la resiliencia de los profesionales de la salud en el contexto mexicano. Al final de cuentas, la vida resulta ser un gran oxímoron conformado por varios más pequeños.

3. Recomendaciones

A. Fortalecer las rutinas deliberativas de los equipos médicos. En este sentido, las autoridades administrativas del hospital deberían reconfigurar los equipos médicos para que tengan una jerarquía formal orientada por profesional de la salud con la mayor educación médica.

B. El fruto de las rutinas de deliberación es el aprendizaje incremental y contextual. Ahora bien, las autoridades médicas del hospital deben recopilar las adquisiciones de conocimiento más prometedoras para luego estudiarlas de una forma más rigurosa.

4. Posibles líneas de investigación

A. Las redes profesionales y laborales de los burócratas a nivel de calle son recursos inherentes de los burócratas de nivel de calle. Sin embargo, las instituciones de gobierno deben aprender a constituir un ecosistema capaz de impulsar su desarrollo con el fin de fortalecer las capacidades organizacionales.

B. La presente investigación determinó que los médicos especialistas construyeron una red descentralizada donde los aprendizajes incrementales tendían a ser transmitidos de los hospitales especializados a los menos. En este sentido, sería pertinente realizar una investigación adicional que trate de dilucidar la estructura general de las redes laborales.

C. En virtud de la perspectiva cualitativa de este trabajo, no es posible generalizar los hallazgos. Por lo tanto, se recomienda usar los hallazgos del método de teoría fundamentada para hacer un instrumento de medición cuya variable latente sea “el aprendizaje incremental por medio de redes profesionales y laborales”. Posteriormente, tal instrumento de medición podría ser aplicado para establecer sus cualidades de manera cuantitativa.

Bibliografía

- Agren, D. (2020). Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths. *The Lancet*, 396(10254), 807. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31955-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31955-3)
- Brodkin, E. Z. (1997). Inside the welfare Contract: Discretion and Accountability in State Welfare Administration. *Social Service Review*, 71(1), 1-33. <https://doi.org/10.1086/604228>
- Brudney, J. & Herbert, F.T. (1987). State Agencies and Their Environments: Examining the Influence of important External Actors. *Journal of Politics*, 49, 186-206. <https://doi.org/10.2307/2131140>
- Bryant, A. (2009). Grounded Theory and Pragmatism: The Curious Case of Anselm Strauss. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(3), [113 paragraphs]. <https://doi.org/10.17169/fqs-10.3.1358>
- Buffat, A. (2015). Street-Level Bureaucracy and E-Government. *Public Management Review*, 17(1), 149-161. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.771699>
- Cabrero, E. (2007). *Para entender el Federalismo*. México: Nostra Ediciones.
- Cámara de Diputados, LXV Legislatura. Comunicación social. Retraso en reglas de operación del Insabi, vulnera el derecho a la salud en el peor momento: Éctor Jaime Ramírez. Nota No: 5669 <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2020/Julio/07/5669-Retraso-en-reglas-de-operacion-del-Insabi-vulnera-el-derecho-a-la-salud-en-el-peor-momento-Ector-Jaime-Ramirez>
- Campo-Redondo, M., & Labarca Reverol, C. (2009). La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. *Opción*, 25(60), 41-54. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-15872009000300004&lng=es&tlng=e
- Campos, S. A., Castro, S. V., Meza, O., & Pérez-Chiqués, E. (2020). 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*, 9(18), 4-21. <http://www.remap.ugto.mx/index.php/remap/article/view/346/263>
- Chertorivski, S., Córdova, J., Frenk, J., Juan, M., Narro, J., & Soberón, G. (2020). La gestión de la pandemia en México: análisis preliminar y recomendaciones urgentes. *Ciudad de México, Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México*.

- Covid en México. (2021, octubre). Actualización diaria con el número de casos nuevos. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/casos-de-covid-en-mexico-al-30-de-julio>.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications
- Dubois, V. (2016). *The bureaucrat and the poor: Encounters in French welfare offices*. Routledge.
- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: Opportunities and challenges. *Academy of management journal*, 50(1), 25-32. <https://doi.org/10.5465/amj.2007.24160888>
- Finn, P., Mysore, M., & Usher, O. (2020). When nothing is normal: Managing in extreme uncertainty. *McKinsey & Company*. <https://www.mckinsey.com>
- Gofen, A. (2014). Mind the Gap: Dimensions and Influence of Street-Level Divergence. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24(2), 473–493. <https://doi.org/10.1093/jopart/mut037>
- Gofen, A., & Lotta, G. (2021). Street-Level Bureaucrats at the Forefront of Pandemic Response: A Comparative Perspective. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/13876988.2020.1861421>
- Goffman, E. (1978). *The presentation of self in everyday life* (Vol. 21). London: Harmondsworth.
- Goldman, L. S., & Foldy, E. G. (2015). The space before action: The role of peer discussion groups in frontline service provision. *Social Service Review*, 89(1), 166-202. <https://doi.org/10.1086/680319>
- Hill, H. C. (2003). Understanding implementation: Street-level bureaucrats' resources for reform. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(3), 265-282. <http://www.jstor.org/stable/3525850>
- Hupe, P., & Buffat, A. (2014). A public service gap: Capturing contexts in a comparative approach of street-level bureaucracy. *Public Management Review*, 16(4), 548-569. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.854401>
- Hupe, P., & Hill, M. (2007). Street-Level bureaucracy and public accountability. *Public administration*, 85(2), 279-299. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00650.x>

- INEGI. (2021). CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES REGISTRADAS EN MÉXICO DURANTE ENERO A AGOSTO DE 2020. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 61/21.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
- Izquierdo, P. (2020, 4 de febrero). El Coronavirus empuja a la ciencia a compartir. *El País*.
https://elpais.com/elpais/2020/02/04/ciencia/1580810690_989918.html
- Janis, I. L. (1987). Pensamiento grupal. *Revista de Psicología social*, 2(1-2), 126-180.
- Kelle, U. (2005, Mayo). ¿Hacer " emerger" o " forzar" los datos empíricos? Un problema crucial de la teoría fundamentada reconsiderada. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 6(2).
- Kook, R., Harel-Shalev, A., & Yuval, F. (2019). Focus groups and the collective construction of meaning: Listening to minority women. *Women's Studies International Forum*, 72, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.12.004>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). Analyzing focus group results. *Focus groups: A practical guide for applied research*, 125-143.
- Kuhn, T. S. (2019). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de cultura económica.
- Laguna, M. I. D., Cejudo, G. M., & del Carmen Pardo, M. (Eds.). (2018). *Las burocracias a nivel de calle: una antología*. CIDE.
- Legewie, H. (2004). La investigación es trabajo duro, siempre está unida a cierta dosis de sufrimiento. De ahí que por otro lado, deba ser entretenida, divertida. Anselm Strauss en conversación con Heiner Legewie y Barbara Schervier-Legewie. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 5(3).
- Lipsky, M. ([1980] 2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Lotta, G., Coelho, V. S., & Brage, E. (2021). How Covid-19 has affected frontline workers in Brazil: a comparative analysis of nurses and community health workers. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23(1), 63-73.
<https://doi.org/10.1080/13876988.2020.1834857>
- Lynn, L. E. (1996). *Public management as art, science, and profession*. Chatham House Pub.

- May, P. J., & Winter, S. C. (2009). Politicians, managers, and street-level bureaucrats: Influences on policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(3), 453-476. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum030>
- Maynard-Moody, S. W., Musheno, M. C., & Musheno, M. C. (2003). *Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service*. University of Michigan Press.
- Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2000). State agent or citizen agent: Two narratives of discretion. *Journal of public administration research and theory*, 10(2), 329-358. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024272>
- Maynard-Moody, S., & Portillo, S. (2010). Street-level bureaucracy theory. In *The Oxford handbook of American bureaucracy*. DOI:10.1093/oxfordhb/9780199238958.003.0011
- Molander, A., Grimen, H., & Eriksen, E. O. (2012). Professional discretion and accountability in the welfare state. *Journal of Applied Philosophy*, 29(3), 214-230. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x>
- Møller, A. M. (2021). Deliberation and Deliberative Organizational Routines in Frontline Decision-Making. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 31(3), 471-488. DOI:10.1093/jopart/muaa060
- Monroy, J. (2020, 23 de agosto). ¿Qué dijo López-Gatell sobre el “escenario catastrófico” de 60, 000 muertes por Covid-19 en México? *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Que-dijo-Lopez-Gatell-sobre-el-escenario-catastrofico-de-60000-muertes-por-Covid-19-en-Mexico-20200823-0057.html>
- Morgan, David L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129–152.
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 11 de marzo). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Oszlak, O. (2011). El rol del estado: micro, meso, macro.
- Raaphorst, N., & Loyens, K. (2020). From poker games to kitchen tables: How social dynamics affect frontline decision making. *Administration & Society*, 52(1), 31-56. <https://doi.org/10.1177/0095399718761651>
- Raaphorst, N., & Van de Walle, S. (2018). A signaling perspective on bureaucratic encounters: How public officials interpret signals and cues. *Social Policy & Administration*, 52(7), 1367-1378. <https://doi.org/10.1111/spol.12369>

- Ramírez de la Cruz, E. E., Grin, E. J., Sanabria-Pulido, P., Cravacuore, D., & Orellana, A. (2020). The Transaction Costs of Government Responses to the COVID-19 Emergency in Latin America. *Public Administration Review*, 80(4), 683-695. <https://doi.org/10.1111/puar.13259>
- Riccucci, N. (2005). *How management matters: Street-level bureaucrats and welfare reform*. Georgetown University Press.
- Riccucci, N. M. (2010). *Public administration: Traditions of inquiry and philosophies of knowledge*. Georgetown University Press.
- Scott, J. C. (1998). *Seeing like a state: How certain schemes to improve the human condition have failed*. Yale University Press.
- Senado de la Republica. (2019, 14 de noviembre). Trabajo en Pleno. Avalan en Senado creación del INSABI y lo turnan al Ejecutivo. Canal de Congreso. https://www.canaldelcongreso.gob.mx/noticias/12656/Avalan_en_Senado_creacin_del_INSABI_y_lo_turnan_al_Ejecutivo
- Simard, S. (2021). *Finding the Mother Tree: Uncovering the Wisdom and Intelligence of the Forest*. Penguin UK.
- Suddaby, R. (2006). From the editors: What grounded theory is not. *Academy of Management Journal*, 49(4). <https://doi.org/10.5465/amj.2006.22083020>
- Thomann, E., van Engen, N., & Tummers, L. (2018). The necessity of discretion: A behavioral evaluation of bottom-up implementation theory. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(4), 583-601. <https://doi.org/10.1093/jopart/muy024>
- Tummers, L. L., Bekkers, V., Vink, E., & Musheno, M. (2015). Coping during public service delivery: A conceptualization and systematic review of the literature. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(4), 1099-1126. <http://www.jstor.org/stable/24484960>
- Tummers, L., & Bekkers, V. (2014). Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527-547. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.841978>