



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

“LAS PRÁCTICAS DISCRECIONALES  
EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA  
NORMA TÉCNICA CONTRA LA  
TUBERCULOSIS EN UNA MICRO RED  
DE SALUD: UNA MIRADA DESDE LA  
BUROCRACIA DE LA CALLE”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y SALUD  
GLOBAL

FRANCISCO JOSE TATEISHI SERRUTO

LIMA – PERÚ

2023



**ASESORA**

Ph.D. Ruth Iguiñiz Romero

**JURADO DE TESIS**

MG. LUIS FERNANDO LLANOS ZAVALAGA

PRESIDENTE

MG. TANYA MAGALI TAYPE CASTILLO

VOCAL

Ph.D. TERESA CECILIA FERNANDEZ BRINGAS

SECRETARIA

### **DEDICATORIA.**

A Giani, Nachito  
y a las personas que se preocupan  
por el bienestar de los demás.

### **AGRADECIMIENTOS.**

A mi familia y compañeros,  
a Ruth, por la calidad de sus asesorías  
y a los profesionales de salud que participaron en la investigación

### **FUENTES DE FINANCIAMIENTO.**

Tesis Autofinanciada

# LAS PRÁCTICAS DISCRECIONALES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN UNA MICRO RED DE SALUD: UNA MIRADA DESDE LA BUROCRACIA DE LA CALLE

## INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>6</b> %	<b>5</b> %	<b>1</b> %	<b>3</b> %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<a href="https://repositorio.unc.edu.pe">repositorio.unc.edu.pe</a> Fuente de Internet	<b>2</b> %
<b>2</b>	<a href="https://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<b>2</b> %
<b>3</b>	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<b>1</b> %
<b>4</b>	<a href="https://repositorio.usil.edu.pe">repositorio.usil.edu.pe</a> Fuente de Internet	<b>1</b> %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 10 words

Excluir bibliografía

Activo

## **TABLA DE CONTENIDOS**

RESUMEN

ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
2.1 Planteamiento del problema	4
2.2 Pregunta de investigación	7
2.3 Marco teórico	8
2.3.1 Implementación de políticas públicas y La burocracia a nivel de la calle	9
2.3.2 Prácticas discrecionales	14
2.3.3 Percepción	19
2.3.4 La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis	21
2.3.5 La Norma Técnica como documento normativo	24
2.3.5.1 Análisis de la estructura del capítulo 6 “Disposiciones específicas” y de la forma en cómo están presentadas las indicaciones.	25
2.4 Definición de conceptos	34
2.5 Justificación del tema	36
3. OBJETIVOS	38
3.1 Objetivo General	38
3.2 Objetivos Específicos	38
4. METODOLOGÍA	39
4.1 Planteamiento Metodológico	39
4.3 Población y muestra	41
4.4 Proceso que se abarca en la investigación y el contexto en donde se realizó.	43
4.5 Herramientas de recojo de información	44
4.6 Consideraciones éticas	47
4.7 Plan de análisis	48
4.8 Matriz de consistencia	55
5. RESULTADOS	57
Breve descripción del lugar	57
5.1. Prácticas entendidas como fuera de la normativa en el marco de la implementación de la norma técnica contra la TB.	59
5.1.1 Dar el tratamiento para la casa	60
5.1.2 Recoger pruebas de esputo a pacientes asintomáticos	67
5.1.3 Acompañar al paciente a realizar sus exámenes basales al hospital	69
5.1.4 Realizar colectas y entregar “ayudas” a los pacientes	71
5.1.5 Trabajar fuera de turno	78
5.1.6 Clasificación de las prácticas discrecionales identificadas	82

5.2 Factores vinculados a las prácticas fuera de la normativa en la implementación de la norma técnica.	86
5.2.1 La estrategia contra la TB en el contexto organizacional	88
5.2.1.1 La estrategia contra la TB	88
5.2.1.2 La Encargada	92
5.2.1.3 Metas de la estrategia	96
5.2.1.4 La disponibilidad del personal de salud	100
5.2.2 La preocupación por la persona y su esfuerzo en el trabajo	108
5.2.2.1 Preocupación por la persona	108
5.2.2.2 El esfuerzo en el trabajo	112
5.2.3 El aprendizaje de la norma técnica y de la estrategia contra la TB	116
5.2.3.1 Aprendizaje institucionalizado	117
5.2.3.2 Ayuda del compañero	123
5.2.3.3 La experiencia y la práctica	125
5.2.3.4 Percepciones sobre el conocimiento de la norma técnica	129
5.2.4 La percepción de la norma técnica	131
5.2.4.1 La norma técnica como algo que se puede interpretar	132
5.2.4.2 La norma técnica como algo que se debe cumplir	135
5.2.5 Marcos normativos: a modo de resumen	137
6. DISCUSIÓN	144
6.1 “La estrategia de TB” como discrecionalidad institucionalizada y el rol de la encargada	145
6.2 Burocratizar la práctica médica: metas, autonomía y DOTS	151
6.3 Profesionalismo: formación, información y experiencia	158
6.4 La discrecionalidad en los burócratas como agentes del estado	162
6.5 Limitaciones del estudio	166
7. CONCLUSIONES	168
8. RECOMENDACIONES	171
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173
10. ANEXOS	



## **RESUMEN**

A pesar de existir políticas enfocadas en reducir la tuberculosis desde la década de 1980, la adherencia al tratamiento sigue presentándose como un reto significativo. En el 2016, el Perú registraba una tasa de abandono del tratamiento de 6.8% para TB sensible y 33.9% para TB MDR. El personal de salud suele tener prácticas fuera de las estrictamente establecidas; en la mayoría de los casos con el objetivo de generar mayor confianza con sus pacientes y motivarlos a que asistan regularmente a recibir el tratamiento. Esta investigación usa el concepto de Burócratas de la Calle de Michael Lipsky para identificar esas prácticas y comprender sus motivos. Tiene como objetivos comprender las prácticas discrecionales de los profesionales de la salud para la implementación de la Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis en una Micro red de Salud y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis. La metodología de la investigación es cualitativa. Se realizaron 18 entrevistas a profundidad con el personal de salud que se encuentra trabajando en la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en los centros de salud de la micro red estudiada. El resultado es que el incumplimiento de las exigencias de la norma técnica no es suficiente para identificar prácticas discrecionales. Esto se debe al diseño de la norma técnica, al escaso conocimiento de ella y la relevancia de la práctica en la formación profesional. Las prácticas discrecionales identificadas fueron a) dar el tratamiento para la casa, b) recoger pruebas de esputo a pacientes no asintomáticos, c) realizar colectas y entregar “ayudas” a los pacientes y d) trabajar fuera de turno. Todas las prácticas discrecionales identificadas, excepto la de recoger pruebas de esputo

a pacientes no asintomáticos, se realizaron para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes. Los condicionantes de estas prácticas se deben entender desde la comprensión de la forma de trabajar la estrategia sanitaria contra la TB: que está constituida por el rol de la encargada o responsable de la estrategia sanitaria, la disponibilidad del personal de salud, las metas de la estrategia contra la TB, los valores profesionales, el aprendizaje de la norma y de la forma de trabajar en el centro de salud, y la percepción de la norma como algo interpretable.

### **PALABRAS CLAVES**

**BUROCRACIA A NIVEL DE LA CALLE, NORMA TÉCNICA,  
TUBERCULOSIS, MICRO RED, PERSONAL DE SALUD, PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN**

## **ABSTRACT**

Despite the existence of policies focused on reducing tuberculosis since the 1980s, adherence to treatment continues to be a significant challenge. In 2016, Peru registered a treatment abandonment rate of 6.8% for sensitive TB and 33.9% for MDR TB. Health personnel usually have practices outside of those strictly established; in most cases with the aim of generating greater trust with their patients and motivating them to attend regularly to receive treatment. This research uses Michael Lipsky's concept of Street Bureaucrats to identify those practices and their motive. This investigation analysis of 18 in-depth interviews with health personnel who are working on the Tuberculosis Strategy in the health centers of the micro network studied. The results shows that non-compliance with the requirements of the technical standard is not sufficient to identify discretionary practices. This is due to the design of the technical standard, the limited knowledge of it and the relevance of practice in professional training. The discretionary practices identified were a) giving treatment at home, b) collecting sputum tests from non-asymptomatic patients, c) collecting and delivering “aids” to patients, and d) working out of shift. All discretionary practices identified, except for collecting sputum tests from non-asymptomatic patients, were performed to improve patient adherence to treatment. The determinants of these practices must be understood from the understanding of the way of working the health strategy against TB: which is made up of the role of the person in charge of the health strategy, the availability of health staff, the goals of the strategy against TB, professional values, the learning of the norm

and the way of working in the health center, and the perception of the norm as something interpretable.

#### KEY WORDS

STREET LEVEL BUREAUCRACY, TECHNICAL STANDARDS IN HEALTHCARE, TUBERCULOSIS, HEALTH PERSONNEL, PRIMARY CARE, HEALTH NETWORK.

## I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es la primera causa de muerte por enfermedades infecciosas y la novena causa de muerte en general a nivel mundial (1). Ocurre a pesar de que los resultados del tratamiento muestran éxitos terapéuticos en el 83% de casos y el ritmo de disminución anual es aproximadamente un 3% para la tasa mundial de mortalidad y un 2% para su incidencia (1).

En 1980, el Perú fue identificado por la OPS como un país con severa endemia de tuberculosis. Por consiguiente, se implementó el tratamiento gratuito y la implementación de la estrategia “*Directly Observed Treatment, Short Course*”, conocida con la sigla DOTS. Esta estrategia continúa ayudando a bajar las tasas de TB sensible; sin embargo, a partir de mediados de los años 90, el Perú pasó a ser considerado como uno de los diez países con mayor número de casos de tuberculosis multidrogo resistente (TBMDR), siendo su principal causa la mala adherencia o abandono del tratamiento (2–5).

Aunque existe un andamiaje institucional y legal, no hubo mejoras en la adherencia del tratamiento. En los últimos diez años, el Perú pasó de tener porcentajes de abandono por debajo de 4% en el periodo 2001-2006 a tener casi 7% de abandono para la cohorte de los años 2011 al 2013 (6) . En el 2015, la tasa de abandono para TB sensible fue de 6.8% y para TB MDR de 33.9% (7), siendo el ideal propuesto por la OMS menos de 5%. para TB pansensible.

En este contexto, entender la respuesta estatal contra la TB es clave para detener la epidemia y el incremento de la tasa de abandono y mala adherencia. Actualmente, esta respuesta es conducida por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud, que fundamenta su accionar en la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis” (2013). Por ello, el objetivo de la presente investigación es conocer cómo se está implementando esta norma, a partir del análisis de las prácticas de los profesionales de salud encargados de hacerlo.

Una cantidad significativa de estudios sobre adherencia al tratamiento de TB en el Perú se han enfocado en la identificación de los posibles factores que influyen en ella. La lista incluye los horarios inadecuados de los centros de salud, el consumo de drogas, bajo nivel educativo y tener el antecedente del abandono previo (8,9). Asimismo, las creencias del enfermo sobre la enfermedad, sus expectativas de curación, el proceso de tratamiento, la oportunidad e idoneidad de este y la calidad de atención(3,10). Del mismo modo, identifican el apoyo familiar y comunitario que puede recibir el paciente de TB (5,11,12).

Los factores mencionados pueden clasificarse en aquellos relacionados con el entorno social del paciente y aquellos vinculados a la interacción con el personal de salud y el servicio mismo. Dentro de este último grupo se encuentran factores como las creencias del enfermo sobre la enfermedad, sus expectativas de curación, el proceso y la calidad del tratamiento y los horarios de atención (3,8,10). Analizar las prácticas del personal de salud responsable de la

implementación de la estrategia contra la TB permitiría conocer cómo estos elementos se convierten en factores de riesgo para una mala adherencia.

Esta investigación utiliza las ideas de Michael Lipsky sobre la “Burocracia a nivel de la calle”, las cuales permiten entender al personal de salud como funcionarios públicos de primera línea o burócratas a nivel de la calle. Estos están en constante contacto con diferentes usuarios, respondiendo a una heterogeneidad de demandas con escasos recursos y, al mismo tiempo, participando en una estructura normativa institucionalizada (13). El reconocimiento de estas características enfatiza el carácter discrecional del burócrata a la hora de tomar decisiones con respecto a la implementación de la normativa (13) .

Es justamente esta discrecionalidad la que permite relacionar el actuar del personal de salud con aspectos que influyen en la implementación de la norma, a través del entendimiento del contexto donde se brinda el servicio, y la formación y el profesionalismo del personal. Este estudio permitirá entender el comportamiento del personal de salud frente a determinadas situaciones que irán condicionando la implementación de la norma contra la TB y, en consecuencia, afectando la adherencia al tratamiento contra la TB.

## II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1 Planteamiento del problema

Los modelos de tendencia sobre incidencia de la TB a nivel nacional sugieren un descenso constante entre 1990-2013, logrando alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados a TB. Para el año 2015 se notificaron 30 988 casos de TB y la tasa de incidencia ha sido la menor reportada en los últimos 25 años con 87,6 casos nuevos de TB por cada 100 mil habitantes (14).

Esto ha sido posible dado que en el Perú la lucha contra la TB se ha intensificado en la última década del Siglo XX (15) . En esa década se priorizó la financiación del Programa Nacional del Control de la Tuberculosis (PNCTB) al incluirla como parte de la lucha contra la pobreza extrema, se adopta de forma ortodoxa la estrategia DOTS y otras estrategias de gestión recomendadas de la OMS (15). Durante la primera década del Siglo XXI el PNCTB es reconocido como Estrategia Sanitaria Nacional y Regional robusteciendo su presupuesto, capacidad de gestión y reconocimiento como prioridad política (15). Actualmente, se cuenta con la Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú y con su reglamento en el Decreto Supremo 021-2016, donde se declara interés nacional la lucha contra la TB. Esta ley exige la gratuidad del diagnóstico y tratamiento en todas las instituciones del sistema de salud.



A pesar de existir políticas enfocadas en reducir la tuberculosis durante las décadas de 1990 y 2000, brindando tratamientos gratuitos para la TB sensible, destinando recursos para exámenes de laboratorio y diagnóstico, y capacitando al personal, una proporción de pacientes desarrollaron resistencia a los medicamentos y transmitieron a sus contactos la misma resistencia, situación que contribuyó al incremento acelerado de casos de TB MDR (3).

Los motivos atribuidos a la baja adherencia pueden entenderse como externos al sistema de salud (sociales, educativas, económicas, familiares, individuales) (3,7,8,16,17), y aquellos propios del sistema de cuidado de salud, como el proceso prolongado del tratamiento, los efectos adversos de las pastillas, la oportunidad e idoneidad del tratamiento y la calidad de atención (17)<sup>1</sup>.

Los estudios sobre adherencia al tratamiento de TB en el Perú se han enfocado en la identificación de los factores socioeconómicos del contexto donde habita la

---

<sup>1</sup> Entre los motivos sociales se encuentran las condiciones de vivienda inadecuada, el hacinamiento (7,17) y el consumo de drogas y alcohol (3,17,18). En las educativas se hallan tener menos de 6 años de estudios y la poca información recibida sobre la TB (3). En las económicas localizamos principalmente el poco acceso al empleo y por lo tanto el poco ingreso económico (3,16). En las familiares convergen la nutrición y el uso de la red familiar como soporte emocional y económico (11,12,19). Y en las individuales ubicamos las expectativas de curación a corto plazo, las creencias sobre la enfermedad y tener depresión (3,17).

mayoría de pacientes con TB; es decir, en motivos externos al sistema de salud. Muy poco se ha investigado sobre la adherencia al tratamiento desde el análisis de factores internos al sistema de salud y menos aún desde las prácticas del personal de salud como funcionarios públicos.

Es necesario visibilizar esta relación porque en el contacto directo del personal de salud con los pacientes con tuberculosis, estos ejercen su influencia en factores que intervienen en la adherencia al tratamiento, como las creencias del enfermo sobre la enfermedad, sus expectativas de curación y lo informado que se encuentra sobre los beneficios o perjuicios del tratamiento, entre otros (3,20)

Una relación asertiva y una comunicación adecuada entre el paciente y el personal de salud promueve la adherencia al tratamiento y, del mismo modo, las negligencias e incompetencias de las personas que llevan a cabo el programa la afectan (21). De hecho, el momento de la consejería, donde el personal de enfermería establece una relación con el paciente para informar y sensibilizar al paciente sobre su enfermedad y lo que implica el tratamiento, influye significativamente en la adherencia (22). El presente estudio ayudaría a conocer los motivos de las prácticas que el personal de salud realizaría en esas situaciones, aumentando la comprensión de la relación entre el personal de salud con la adherencia al tratamiento.

Como algunos estudios muestran (20,23,24), el personal de salud suele tener prácticas fuera de las estrictamente establecidas. En el Perú, la identificación de estas prácticas ha estado enmarcada en el recojo de percepciones que los pacientes tienen sobre ellas y en el análisis de la calidad del servicio. No desde un enfoque que parta de los profesionales de la salud, como plantea la presente investigación. El reconocimiento de estas prácticas busca visibilizar la distancia entre lo que sucede en el campo y lo que plantea la normativa. Distancia que es útil tomar en cuenta al momento de plantear políticas públicas.

## **2.2 Pregunta de investigación**

### **1.1.1 Pregunta principal**

¿Cómo son las prácticas discrecionales del personal la salud en la implementación de la Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis en una Micro red de Salud y cuál es su relación con la adherencia al tratamiento de sus pacientes?

### **1.1.2 Preguntas secundarias**

¿Qué prácticas discrecionales realiza el personal de salud para la implementación de la Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis?

¿Qué condiciona las prácticas discrecionales que el personal de salud realiza para la implementación de la Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis?

¿Cuál es la relación entre las prácticas discrecionales que el personal de salud realiza para la implementación de la Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis y la adherencia al tratamiento de sus pacientes?

### **2.3 Marco teórico**

La presente investigación permite conocer las prácticas discrecionales del personal de salud durante la implementación de la estrategia contra la TB. Las prácticas del personal de salud responden a directivas normadas y pre establecidas por el Ministerio de Salud (MINSA). No obstante, el carácter situacional de la implementación exige en el día a día realizar prácticas discrecionales por parte del personal de salud.

Las prácticas del personal de salud se analizan a partir del marco teórico propuesto por Michael Lipsky en su libro *“Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service”*, donde los funcionarios públicos de primera línea se manejan con discrecionalidad convirtiéndose en protagonistas y

creadores de la política pública (13). Por lo tanto, se ha desarrollado un marco conceptual que busca entender la condición especial del Burócrata de la Calle (BC), su actuar discrecional y el contexto donde este desenvuelve sus prácticas.

### **2.3.1 Implementación de políticas públicas y La burocracia a nivel de la calle**

La implementación de políticas públicas es una fase del ciclo de formulación de políticas. Este proceso, que en realidad es bastante complejo y desorganizado cuando se plasma en la realidad (25), considera etapas anteriores a la implementación (por lo menos idealmente), como el diseño de políticas; y etapas posteriores, como la evaluación de las políticas.

La implementación considera las estructuras organizacionales, las capacidades institucionales e individuales, los recursos y los diferentes intereses de los actores participantes como variables que inciden en el desarrollo de la política pública (26). Al mismo tiempo, también considera el contexto donde estas variables se despliegan y las diferentes posibilidades de interacción entre ellas (26). La implementación, por lo tanto, es un fenómeno complejo, pero se puede entender como el proceso que convierte la intención del gobierno en acciones, resultado o efectos (26).

Este proceso de conversión puede entenderse como gestión, es decir la forma en cómo desde la estructura organizacional las políticas se convierten en decisiones y acciones (26). Esta gestión, según Hill, ha sido estudiada desde cuatro grupos

de variables. Estos grupos de variables son, al mismo tiempo, retos que las gestiones deben asumir para reducir la llamada “implementation gap” (26), es decir, la divergencia entre el diseño y lo implementado (27). El primer grupo se refiere a los recursos disponibles y a la precisión del diseño (si es que ha identificado bien el problema público); el segundo grupo se refiere a la forma en cómo está organizada la institución, es decir, a sus organigramas y procesos administrativos; el tercer grupo se refiere a las personas o actores involucrados, con sus agencias, capacidades e intereses particulares; y el cuarto grupo se refiere a las “condiciones dentro del entorno de implementación”, que agrupa a la opinión pública y el comportamiento de los beneficiarios (27).

Este momento de la política pública pueden entenderse como el más álgido y determinante para sus objetivos (26). La complejidad que involucra su entendimiento no solo está relacionada a la cantidad de variables, si no a los sistemas o contextos a los que las variables pertenecen al mismo tiempo. Por ejemplo, la territorialidad de la implementación (28) y las fuerzas políticas que intervienen de diferentes formas dependiendo de la coyuntura y el tipo de servicios que produce la política (26).

Así, en ánimos de poder entender mejor el proceso de implementación, se ha tendido a resaltar el rol ejecutor del último elemento en la cadena de implementación de políticas (13,26,29,30), que son los funcionarios de primer línea. Que son los que terminan procesando esta complejidad y tomando una decisión sobre cómo ejecutar la política.

La Burocracia a Nivel de la Calle (BNC) es una teoría que trata justamente de analizar esa ejecución. Trata de comprender la implementación de políticas públicas en la interacción entre el ciudadano y el estado a escala micro o local. Se define como aquella que se hace cargo de los servicios públicos con los que los ciudadanos interactúan directa y cotidianamente (31). Estos funcionarios del estado actúan con cierto nivel de discrecionalidad, con la que toman decisiones y realizan su trabajo en un margen de acción no contemplado por la normativa. Estas acciones “independientes” según Lipsky, impactan significativamente en cómo los ciudadanos reciben y experimentan la política pública (13,32).

El día a día para los burócratas de la calle (BC) es una rutina de acciones que han conformado un *know how* sobre cómo realizar un trabajo. Esta manera ya socialmente institucionalizada en el tiempo enmarca un tipo de relación y expectativas entre los usuarios y los BC (13,20). Para Lipsky, estas formas establecidas de trabajar no se originan libremente, sino que dependen de las condiciones de trabajo, usualmente precarias o perjudiciales para la salud del burócrata. Estas condiciones determinarán el uso de mecanismos pragmáticos para cumplir o no la normativa, o lo que se entienda de ella (13).

El uso de este enfoque enriquece el entendimiento del funcionamiento de las políticas públicas y contribuye a mejorarlas. Revela por ejemplo una paradoja con respecto a las expectativas sobre la función de los actores. Por un lado, los diseñadores de políticas esperan que estas sean cumplidas por los funcionarios.

Por otro, este trabajo requiere de una necesaria improvisación para que se ejecute como fue planeado. Además, los usuarios siempre esperan cierta flexibilidad del funcionario sobre el trato y el servicio que brinda. El concepto mismo de “*street-level bureaucracy*” implica una estructura de autoridad (*bureaucracy*) y al mismo tiempo una distancia del centro donde se genera (*street-level*) (13). Este sentido realista del análisis ayuda a identificar factores de riesgo y de protección para el éxito de las políticas.

De esta manera, se puede hablar de los motivos y las maneras en que el personal de salud adopta las políticas de salud del estado (24). Por ejemplo, un estudio revela que el nivel de adopción de lineamientos por parte de enfermeras con cargo de administradoras dependía de la claridad de entendimiento de la política, sus encuentros con los valores profesionales de la enfermería, y las prácticas y políticas locales, entre otros (24). Otro estudio, en Sudáfrica, analiza la implementación de la gratuidad del sistema de salud, revelando la percepción de las enfermeras sobre la falta de recursos para su óptima implementación. La sensación de poca participación en el proceso de formulación las hizo sentirse explotadas, con ganas de renunciar, influyendo en la ejecución de la política (20).

Por ende, el nivel de análisis micro del estado puede dar pistas del perfil de burócrata que se requiere para puestos estables. Lipsky manifiesta que burócratas estables son aquellos que han perfeccionado el balance entre las expectativas arriba mencionadas, usualmente sacrificando calidad en el trato, desarrollo personal y cumplimiento de las normativas. Así, este enfoque permite



comprender no sólo cómo se naturalizan acciones que pueden distorsionar los objetivos de la norma, sino también cómo se crean discursos muy potentes que esconden deficiencias profesionales o malas prácticas por considerarlas necesarias para el cumplimiento de lo planeado en situaciones específicas (13).

Ermin Erasmus realizó una revisión sistemática sobre estudios que han utilizado la teoría de Lipsky en el sector salud. Encuentra en ellos las siguientes variables a tener en cuenta para analizar las prácticas de los BC: a) Recursos inadecuados: los recursos que tienen a disposición son altamente inadecuados en relación a las tareas asignadas. Estos recursos pueden ser de naturaleza distinta. Por ejemplo, la poca cantidad de profesionales en relación con el número de pacientes, el poco tiempo disponible frente a la gran cantidad de tareas administrativas, el poco entrenamiento o experiencia del funcionario, el ambiente estresante, y la eficiencia y rapidez de los procesos, entre otros, b) Vagas y conflictivas expectativas organizacionales: el estado puede contar con políticas públicas que se cruzan (estrategia contra la Anemia, VIH y TB). Un ejemplo son los incentivos y la obligación del cumplimiento de las campañas de salud que generan una preocupación por llegar a la meta, comprometiendo el trato al paciente o a la calidad del servicio en general, c) Desafíos para medir el desempeño: es muy difícil cuantificar el grado de contribución que tiene la práctica del funcionario de la calle en el éxito de una política pública. Además, el desafío aumenta al entender que la práctica está comprometida con la compleja interacción entre personas, lo que genera múltiples opciones de acción donde puede haber más de una correcta manera de proceder, d) Servicios para usuarios cautivos: los

usuarios muchas veces no han optado libremente por usar el servicio, sino que están obligados a hacerlo. Asimismo, es un servicio exclusivamente del sector público, invisibilizando el impacto de malas prácticas en la asistencia a este (33).

Es preciso aclarar que se ha considerado como innecesaria la operacionalización exhaustiva de estas categorías de análisis por el carácter exploratorio de la investigación. Como lo dice el mismo estudio de Erasmus, existe una gran variedad de motivaciones y condicionantes a las prácticas de los burócratas de la calle, siendo necesaria para su entendimiento íntegro conceptos paraguas que se encarguen de ordenar la búsqueda y no dirigirla a aspectos decididos previamente (33). Sin embargo, las categorías propuestas por Erasmus, así como las de otros autores más adelante presentados, ayudarán como elementos de análisis de la información recogida, así como una primera guía de temas hacia donde enfocar la mirada para comprender las prácticas de los burócratas de la calle.

### **2.3.2 Prácticas discrecionales**

Cuando Lipsky menciona que los BC son hacedores de políticas se refiere al impacto que genera el ejercicio de sus prácticas discrecionales en el servicio final que recibe el usuario. Esto ocurre por su posición relativamente autónoma de la autoridad organizacional, ya que la decisión final sobre el camino que debe seguir el usuario utilizando el servicio público la toma el BC (13). Lipsky

entiende las prácticas discrecionales como aquellas realizadas por los BC cuando utilizan su discrecionalidad y autonomía para elegir la forma en que ofrecen público en la implementación de una política (13). Para Lipsky, esto se respalda en el profesionalismo de los burócratas de la calle, por lo cual se espera que actúen con criterio en su campo de especialización. Empero, también tiene que ver con la libertad relativa que detallan en términos de evaluaciones y supervisiones, y sobre todo por la compleja tarea que cumplen, imposible a veces de ponerla bajo un guion o protocolo.

La definición exacta de “lo discrecional” no es presentada por Lipsky. Al analizar su propuesta se puede concluir que cuando habla de discreción no necesariamente infiere el incumplimiento de alguna norma, sino más bien resalta su correspondencia con el juicio personal del burócrata. El mejor entendimiento de “lo discrecional” debe estar relacionado a las ideas de Lipsky sobre el funcionamiento de las burocracias a nivel de la calle. En ese sentido, hay dos aspectos a resaltar. El primero es que las prácticas discrecionales no son completamente libres, sino que están condicionadas a un contexto organizacional que no solo influye en las prácticas a partir de la disponibilidad de recursos que otorga, sino también a partir de las normas constituidas históricamente a modo de estrategias aceptadas y socializadas para soportar demandas del trabajo, como el procesamiento de grandes flujos de usuarios (13). La segunda idea es que por la naturaleza del trabajo del BC, siempre va a existir cierta cuota de discrecionalidad al momento de tomar una decisión. Sobre esto, Lipsky señala

que la discrecionalidad es relativa a la práctica realizada por el burócrata de la calle (13).

Para Lipsky, la discreción ocurre en un contexto donde se desarrollan dos elementos importantes. El primero es la tensión entre gerentes y BC, en las que los gerentes intentan imponer una lógica de trabajo *top-down*, y los burócratas de anteponer sus prácticas locales y aterrizadas. El segundo elemento es la poca disponibilidad de recursos para cumplir los objetivos de la organización (13).

Lipsky considera que altos grados de discrecionalidad frente a lo normado pueden llevar a prácticas que jueguen en contra de los objetivos esperados por la organización (13). Por otro lado, Evans considera que cierto grado de libertad puede motivar a los burócratas a brindar prácticas más significativas para los usuarios, adecuando la normativa a su realidad (34) .

La discreción puede entenderse como una percepción. Esto se debe a que la discreción está ligada a la sensación de autonomía al momento de realizar una acción (13). La autonomía o la sensación de libertad es una percepción pues es subjetiva, depende de la relación entre lo percibido y la persona y puede cambiar en el tiempo. Las prácticas discrecionales, por lo tanto, son aquellas que su realización es percibida como autónoma. Esto hace incapie en la importancia de las características personales para analizar las prácticas discrecionales. En esta línea Lipsky y Evans, dan cuenta que ante una misma política o normativa,

algunos burócratas de nivel de la calle percibirán mayor o menor discreción que otros (34).

La discrecionalidad en las prácticas de los burócratas de la calle también puede entenderse como un espacio de autonomía rodeado por una correa de restricciones. Esto implica que la discreción no es la inexistencia de restricciones sino el margen que pueden dejar estas para realizar acciones con juicio propio (35). Estos espacios de discrecionalidad dependerían de las restricciones contextuales, existiendo espacios con diferentes niveles de discrecionalidad (35)

Diferentes autores han identificado factores que influyen en el actuar de los burócratas de la calle. Jewell y Glaser identifican la discrecionalidad a partir de la mediación de las características organizacionales de la institución y los objetivos de la política pública (36). Identifican los seis factores siguientes: la autoridad del funcionario para influir en los usuarios, las expectativas del trabajo reflejadas en las actitudes del funcionario hacia el trabajo y los usuarios, carga laboral, contacto con el usuario (regularidad, calidad, tiempo), nivel de conocimiento, experiencia e incentivos (37).

Sin embargo, es útil dar cuenta de la crítica de Meyers y Vorsanger. Ellos consideran que es muy difícil o casi imposible sostener un modelo que explique el comportamiento de los BC. Se basan en evidencias que prueban que ellos pueden ser entendidos tanto como tanto víctimas de un sistema burocrático, actores interesados que buscan objetivos particulares o como líderes locales que

desvían los intereses generales a los de una población en específico (38). Además, consideran que medir su impacto en relación a la política que implementan no ha dado buenos resultados, ya que la relación entre los múltiples condicionantes que afectan el resultado de la política son débiles (38). Sin embargo, esta crítica más que invalidar la búsqueda de aspectos condicionantes al comportamiento de los BC, reconoce la imposibilidad de un modelo fijo que funcione en todas las circunstancias y, más bien, propone el entendimiento de la complejidad de la situación en su conjunto.

En el Perú, las prácticas discrecionales se han estudiado con amplia diferencia en el sector de las políticas sociales, en zonas rurales y con poblaciones vulnerables. Se destacan los estudios de Diego Cerna et al. sobre el programa Juntos (31); Virginia Rey, sobre los Wawa Wasi y Cuna Más en Huarochirí(36); Carlos Vera, sobre las políticas de identificación en la Amazonía; (39) y Simone Monjes, también sobre el programa Juntos en Cajamarca. (40)Estos estudios dan cuenta de la importancia de la discrecionalidad para el flujo constante de la implementación de la política pública, siempre contextualizado en la escasez, la distancia con el organismo central y una geografía demandante (36,39,40).

Para la elección de los elementos que condicionan las prácticas discrecionales de los BC. La elección de los elementos que condicionan las prácticas discrecionales de los BC se deben por un lado a la presencia de los mismos en varios estudios sobre BC y a la pertinencia con el contexto en el cual esta investigación se llevó a cabo. Los elementos son las expectativas organizacionales; la cautividad de los

usuarios; la carga laboral; los recursos con los que cuenta el BC; las formas en cómo ha funcionado históricamente la dinámica de trabajo; la relación con el jefe y los demás BC; nivel de conocimiento de las actividades a realizar; y profesionalismo o valores profesionales del BC. La investigación pretende identificar las prácticas discrecionales y encontrar sus motivaciones y causas en la descripción y análisis de los mencionados elementos.

### **2.3.3 Percepción**

Definiremos percepción como el conjunto de procesos cognitivos a través del cual una persona puede seleccionar, organizar e interpretar la información proveniente de estímulos como acciones, pensamientos, sentidos y sentimientos; es decir, de elementos que pueden ser tanto externos como internos (41) . Este último es importante puesto que en la revisión de varias definiciones sobre percepción se ha podido evidenciar que una significativa cantidad de casos sólo considera como estímulos a aquellos externos a la persona. Sin embargo, los procesos internos del cuerpo (trátase de procesos mentales, enfermedades, pensamientos, experiencias, etc.) también pueden ser fuentes de percepciones, por lo que se considera importante su inclusión como parte de los estímulos para la percepción (41).

Según Baldeón, la percepción no es producto de los estímulos que captamos a través de los sentidos, sino también de experiencias, conocimientos adquiridos y del contexto social de la persona, pues ésta responde también en gran parte a los

discursos, demandas y aspiraciones del momento histórico (42). Por ende, implica la generación de juicios en base a los aprendizajes, memoria y la simbolización que puede hacer la persona (43).

Finalmente, siguiendo a Guardiola, citado en Mamani, la percepción presenta tres características fundamentales: subjetividad, selectividad y temporalidad. La primera refiere a que un mismo estímulo puede significar o causar una reacción distinta en cada persona; es decir, posee un cierto nivel de individualidad, pero que en un mismo grupo social pueden ser compartidos (p. ej. emoción de la gente en un partido de fútbol). La segunda alude a que no podemos percibir diferentes aspectos o hechos al mismo tiempo ya que la realidad es muy compleja y nuestros sentidos y el procesamiento no puede abarcarlo todo. La tercera menciona que la percepción tiene una duración determinada en un proceso de interacción o comunicación con el entorno ya sea este interno o externo (44)

La presente investigación busca identificar las prácticas discrecionales que se realizan en el marco de la implementación de la norma técnica contra la TB. Al ser la discrecionalidad una percepción, en tanto está vinculada a la percepción de autonomía que tenga el burócrata de la calle, se considerará que esta puede variar según los tres aspectos que menciona Guardiola. Es decir, esta investigación propone identificar prácticas discrecionales considerando que pueden ser discrecionales (autónomas) para algunos y no para otros (carácter subjetivo y



selectivo) y que algunas prácticas no identificadas como discrecionales lo hayan podido ser en otros momentos (carácter temporal).

#### **2.3.4 La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis**

La ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú del año 2014 establece que la persona afectada con TB tiene el derecho a acceder a una atención integral, continua, gratuita y permanente a través de todos los establecimientos de salud públicos. La atención integral al paciente afectado comprende la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención especializada. La persona puede acceder a través de su seguro de salud y en caso de no contar con uno, el servicio social del establecimiento de salud deberá tramitar su inclusión al Sistema Integral de Salud (SIS) (45).

El reglamento de la ley fue publicado en mayo del 2016 en el Decreto Supremo 021-2016. En este se especifican aspectos importantes para entender el trabajo del personal de salud. De igual modo, la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis (NTSPATB) 715 – 2013, de acá en adelante “la norma técnica”, y sus respectivos cambios en la Norma Técnica de Salud 752 – 2018, especifican el trabajo del personal de salud al mayor nivel de detalle que puede indicar una política pública.

Esta es la normativa vigente que regula y define los procedimientos del servicio de salud contra la TB con la que cuenta el estado para garantizar el acceso gratuito de las personas afectadas en ejercicio de su derecho. De igual manera, esta normativa establece que estas personas también tienen obligaciones que cumplir por su condición de amenaza a la salud pública.

El procedimiento tiene como estrategia principal la ingesta diaria de pastillas observada y monitoreada por el personal de enfermería. Este debe de cumplirse considerando posibles inasistencias del paciente al centro de salud y la disponibilidad del personal en días feriados.

La atención integral a la persona con TB incluye atención médica, por enfermería, asistencia social, psicológica, en salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y de las comorbilidades, y exámenes basales según corresponda para el constante monitoreo que se le debe realizar a la persona afectada para el control de la respuesta de su cuerpo a los medicamentos. Por eso mismo, los procedimientos son llevados a cabo por un equipo multidisciplinario donde cumplen importantes labores el personal médico y de enfermería.

De manera más específica, la norma técnica le asigna al personal de salud la tarea de asegurar que el paciente no siga con la enfermedad, además de realizar la evaluación inicial y completa del estudio de contactos en un plazo máximo de dos semanas. Asimismo, el personal de salud debe realizar y brindar informes

necesarios para tener un registro actualizado del tratamiento brindado y de la respuesta del paciente ante el mismo.

Como herramienta normativa, la norma técnica establece tanto los lineamientos de las acciones asistenciales como la organización institucional para que estas se realicen. Desde el año 2017, la gestión y dirección de todas las actividades gubernamentales relacionadas a la lucha contra la TB pasaron de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis a la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB), la cual es responsabilidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, la que al mismo tiempo responde al Viceministerio de Salud Pública (46).

La gestión nacional de la implementación de esta norma técnica es realizada por la DPCTB. A nivel regional y local la implementación es gestionada a partir de estrategias conducidas por los Gobiernos Regionales y sus respectivas Gerencias o Direcciones Regionales de Salud (GERESA/DIRESA). Estas estrategias no modifican el contenido de la norma técnica, sino que la potencian enfatizando indicadores de objetivos, brindándole un carácter intersectorial o incluyendo a más actores para su cumplimiento en el ámbito local.

Es muy importante resaltar, para evitar confusiones futuras, que las GERESAS organizan e implementan sus acciones contra la TB a partir de la gestión de las “Estrategias Sanitarias de las Direcciones Regionales de Salud” (ESDRS), las cuales funcionan como una organización jerárquica de responsables de la

implementación de la NTSPATB y del alcance de los objetivos e indicadores de la estrategia nacional vigente. En este estudio se hará referencia constantemente a la ESDRS de Tuberculosis ya que en el primer nivel de atención de salud la división de actividades laborales se hace a partir de las ESDRS en las que participas.

### **2.3.5 La Norma Técnica como documento normativo**

La norma técnica como documento normativo es la expresión más visible del ejercicio de regulación del MINSA en todos los niveles. Sus disposiciones son de revisión obligatoria por todas las instituciones e instancias públicas o privadas del sector salud bajo su dependencia (47). Entre todos los documentos normativos de salud, la norma técnica es la de mayor jerarquía. Opera estableciendo disposiciones para el desarrollo de intervenciones, estrategias, objetivos, procesos tecnológicos, procedimientos y acciones que mejoren la prestación de servicios relacionados con la salud. Estas disposiciones son permanentes y de carácter obligatorio (47).

Un punto importante para esta investigación es que las normas técnicas tienen un estilo de redacción fijado y normado previamente. Estas deben ser precisas, concisas, sencillas y claras (sin ambigüedades), a fin de que sean entendidas claramente por todos y facilite la comunicación, comprensión, difusión y aplicación de los objetivos que motivaron la propuesta del documento normativo (47). Sin embargo, como se verá más adelante a través de las entrevistas, algunos

burócratas suelen considerarla como un documento a interpretar para el cumplimiento de los objetivos de la estrategia, evidenciando tensiones entre la norma y la forma en cómo termina la realidad siendo normada.

Otro aspecto relevante para tomar en cuenta es que las normas técnicas tienen una estructura estandarizada. Existe un modelo de norma técnica el cual está conformado por las secciones de finalidad, objetivos, ámbitos de aplicación, disposiciones generales, disposiciones específicas y responsabilidades.

#### **2.3.5.1 Análisis de la estructura del capítulo 6 “Disposiciones específicas” y de la forma en cómo están presentadas las indicaciones.**

En esta sección se analiza la conformación y estructura del capítulo 6 y la forma en cómo las indicaciones son presentadas en la Norma Técnica contra la TB. Se hace relevante pensar en la organización y presentación del texto por ser un documento de consulta con características que pueden condicionar su entendimiento.

##### Análisis de la estructura

Por lo mismo, en la Tabla 1, se muestra un índice de las secciones que conforman el capítulo 6. Este índice posibilita obtener una mirada integral de todos los temas que conforman las “disposiciones específicas” y ver los temas o aspectos que agrupan a otros.

De este índice se pueden señalar los siguientes aspectos relevantes para la investigación. El primero, es que la norma demanda la existencia de una estructura administrativa, con procesos, responsabilidades y herramientas de gestión que permiten que diferentes actores puedan realizar sus actividades, como se puede ver en los puntos 6.1.1, 6.1.2 y 6.1.3.

**Tabla 1. Índice del Capítulo 6 “Disposiciones específicas” de la Norma Técnica contra la TB**

Capítulo 6 – DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	
6.1	De las responsabilidades por niveles dentro de la ESN PCT
6.1.1	Nivel Conductor – Normativo Nacional
6.1.1.1	Componentes de la ESN PCT
6.1.1.2	Coordinador Nacional y del Comité de Expertos
6.1.1.3	Equipos de trabajo de la ESN PCT
6.1.2	Nivel Regional o de Direcciones de salud
6.1.2.1	Director general de la DISA o DIRESA
6.1.2.2	Conformación del equipo técnico multidisciplinario
6.1.2.3	Las funciones de la ESN PCT-ES PCT-DISA
6.1.2.4	Comité Regional de Evaluación de Retratamientos (CRER) o Comité de Evaluación de Retratamiento de DISAS (CER – DISA):
6.1.3	Nivel en Redes de Salud
6.1.3.1	Director ejecutivo de la red
6.1.3.2	Conformación del equipo técnico
6.1.3.3	Las funciones de la EP PCT – RED
6.1.3.4	Hospitales / Institutos Especializados
6.1.4	Nivel de Microrredes y Nivel Ejecutor de EE.SS
6.1.4.1	Microrredes de salud: Centros y Puestos de Salud
6.2	La red de laboratorios de salud pública y tuberculosis
6.2.1	Laboratorio de Microbacterias
6.2.2	Laboratorios de Referencia Regional
6.2.3	Laboratorios de Nivel Intermedio
6.2.4	Laboratorios a Nivel Local
6.2.5	Unidades recolectoras de muestras (URM)
6.3	Intervenciones sanitarias en la atención integral de la tuberculosis
6.3.1	Prevención de la tuberculosis
6.3.2	Recuperación
6.3.2.1	Diagnóstico de la tuberculosis
A:	Captación
B:	Evaluación
C:	Diagnóstico de la tuberculosis
D:	Identificación de microbacterias
E:	Administración de los resultados de las pruebas de diagnóstico de tuberculosis
6.3.3	Tratamiento de la tuberculosis
A:	Manejo integral de la persona diagnosticada de tuberculosis.
A.1	Esquemas de tratamiento para TB
A.2	Factores de riesgo para TB resistente a medicamento
A.3	Esquema para TB sensible
A.4	Esquema para TB resistente
A.5	Administración del tratamiento antituberculosis
A.6	Procedimientos para el inicio y monitoreo del tratamiento antituberculosis.
a)	TB sensible
a.1)	Monitoreo de la respuesta al tratamiento para TB sensible
b)	TB resistente
b.1)	Monitoreo de respuesta al tratamiento de la TB resistente
A.7	Evaluación por el CRER.CER – DISA y reporte a la ESN PCT
A.8	Condición de egreso del tratamiento antituberculosis
A.9	Manejo quirúrgico de la Tuberculosis
A.10	Salud mental en la persona afectada por TB
B:	Tuberculosis en niños
B.1	TB perinatal
B.2	Tuberculosis infantil
C:	Tuberculosis e infección por VIH
C.1	Consejería, tamizaje y manejo de VIH.SIDA en los pacientes con TB
C.2	Reducción de la incidencia de tuberculosis en PVVS
C.3	Manejo de coinfección TB- VIH
D:	Tuberculosis y otras comorbilidades.
D.1	Tuberculosis y diabetes mellitus (DM)
D.2	Tuberculosis y enfermedad renal crónica (ERC)
D.3	Tuberculosis y enfermedad hepática crónica (EHC)
D.4	Tuberculosis y alcoholismo / farmacodependencia
E:	Tuberculosis en condiciones especiales.
E.1	Tuberculosis en gestantes
E.2	Tuberculosis y lactancia
E.3	Tuberculosis y anticoncepción
F:	Tuberculosis en poblaciones vulnerables
F.1	Tuberculosis en Persona Privada de Libertad (PPL)
F.2	Tuberculosis en Pueblos Indígenas
G:	Tuberculosis en otras poblaciones vulnerables
H:	Reacciones adversas a medicamentos antituberculosis (RAM)
H.1	Reacción adversa a medicamentos antituberculosis (RAM)
H.2	Reto y desensibilización en RAM
H.3	Interacciones medicamentosas
I:	Tuberculosis como enfermedad ocupacional
J:	Atención de enfermería de la persona afectada por tuberculosis
J.1	Organizar la búsqueda de casos
J.2	Educación y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento
J.3	Organizar la administración del tratamiento de la TB sensible
J.4	Organizar la administración del tratamiento de la TB resistente.
J.5	Promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento
J.6	Coordinar el seguimiento del tratamiento.
J.7	Organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva.
J.8	Organizar la derivación y transferencia.
J.9	Organizar el sistema de registro e información y análisis de información
K:	Atención Social de la persona afectada de tuberculosis
6.3.4	Promoción de la salud y comunicación social
A:	Promoción de salud
B:	Comunicación Social
C:	Propiciar el abordaje de las determinantes sociales mediante un enfoque de gestión territorial
6.4	Intervenciones por nivel de atención
6.4.1	EESS del primer nivel de atención
6.4.2	EESS del segundo nivel de atención
6.4.3	EESS del tercer nivel de atención
6.5	Componentes
6.5.1	Componente de la organización
6.5.2	Componente de la prestación
6.5.3	Componente de gestión
6.5.4	Componente de financiamiento

*Nota.* Tomado de MINSA (8)

El segundo aspecto es la forma en que está ordenada la norma. La información sobre cómo se debe proceder puede repetirse con diferentes énfasis dependiendo del acápite. Esto último es importante en la medida que la norma técnica también

es un texto para ser leído por el BC. Por lo que dar cuenta de su configuración ayuda a entender la experiencia que tienen al leerlo.

Finalmente, como tercer punto, las acciones que se demandan a los BC pueden encontrarse tanto en las secciones 6.3.2.1 (Diagnóstico), 6.3.3 A5 (Administración del tratamiento antituberculosis), 6.3.3 A6 (Procedimientos para el inicio y monitoreo del tratamiento antituberculosis), 6.3.3 F (Tuberculosis en otras poblaciones vulnerables y otras poblaciones vulnerables), 6.3.3 J (Atención de enfermería de la persona afectada por tuberculosis), y en el acápite 6.4 (Intervenciones por nivel de atención). Pero lo más significativo es que en estas secciones se desarrollan a veces las mismas actividades, solo que desde otro enfoque y con una especificidad diferente. Así, por ejemplo, la sección de Diagnóstico enfatiza actividades y está organizada a partir de ellas; las de Tratamiento, por farmacología y procedimientos; mientras que la de Atención de enfermería, por tipo de personal.

De las 5 secciones que conforman el capítulo, la más sustanciosa para entender las actividades del primer nivel de atención es la correspondiente a la sección 6.3, “Intervenciones sanitarias en la atención integral de la tuberculosis”, específicamente el acápite 6.3.2.1 Diagnóstico de la tuberculosis, el inciso A sobre Manejo integral de la persona diagnosticada de tuberculosis del acápite 6.3.3 Tratamiento de la Tuberculosis, y el inciso J del mismo acápite sobre la Atención de enfermería de la persona afectada por tuberculosis.



### Análisis de la presentación de indicaciones

Se han elegido cuatro disposiciones de acciones para el análisis de la presentación de indicaciones en la norma técnica. Se busca ejemplificar la relación entre la forma en cómo están redactadas las indicaciones y la discrecionalidad que estas puedan permitir.

La primera es la redacción de los procedimientos para la toma de muestra, listados en la tabla 2. Estos pasos pueden dividirse en dos grupos. Por un lado, los requerimientos necesarios para que un paso proceda a una siguiente instancia (llámese ésta laboratorio o encargada de la estrategia), como las solicitudes, la cantidad de mililitros por muestra, la rotulación del frasco y la forma de conservar las muestras. Por otro lado, los requerimientos que implican una interpretación o decisión del personal de salud para que se cumplan correctamente, como el tipo de adecuación de la educación previa para el correcto llenado de muestras o la interpretación de “lugares lejanos” y “problemas de conducta” para decidir si existe o no riesgo para la toma de la segunda muestra.

**Tabla 2.** Procedimiento para la toma de muestra.

<i>Pasos.</i>	<i>Descripción</i>
1.	El personal de salud debe solicitar dos muestras de esputo para prueba de baciloscopia, previa educación para una correcta obtención de muestra.
2.	Cada muestra debe ser acompañada por su correspondiente solicitud de investigación bacteriológica
3.	Verificar que la muestra obtenida sea por lo menos de 5 ml. No se debe rechazar ninguna muestra
4.	Entregar el segundo frasco debidamente rotulado para la muestra del día siguiente.
5.	En casos donde exista el riesgo de no cumplirse con la recolección de la segunda muestra, se tomarán las dos muestras el mismo día con un intervalo de treinta minutos. Esta acción debe aplicarse en: personas de comunidades rurales o nativas que viven en lugares lejanos, personas en tránsito de un viaje, personas con comorbilidad importante que limitan su desplazamiento, personas con dependencia a drogas, alcoholismo o problemas de conducta y en las atenciones en los servicios de emergencia. Se puede conservar la muestra a 4°C hasta 72 horas antes de su procesamiento. Transportar las muestras en cajas con refrigerantes

*Nota.* Tomado de MINSA (8)

La segunda es la redacción de los procedimientos para iniciar el tratamiento contra la TB, listados en la tabla 3.

**Tabla 3.** Procedimiento para iniciar el tratamiento contra la TB.

<i>Nro.</i>	<i>Descripción</i>
1.	El inicio del tratamiento debe realizarse dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico.
2.	Debe realizarse una consulta médica y evaluación de factores de riesgo.
3.	Verificar que la muestra de esputo para la prueba rápida de sensibilidad (en TB pulmonar) esté en proceso.
4.	Obtener consentimiento informado.
5.	Solicitar la batería de exámenes auxiliares basales.
6.	Realizar entrevista de enfermería.
7.	Registrar el caso en el libro de seguimiento del paciente

*Nota.* Tomado de MINSA (8)

Aunque se están refiriendo a los aspectos señalados como “pasos” e indican que es un procedimiento, no se menciona la secuencia específica en que se deben realizar. Por ejemplo, la entrevista a los pacientes puede adelantarse a la obtención del consentimiento informado y a la solicitud de exámenes basales, o darse al mismo tiempo.

La tercera es la redacción de las disposiciones sobre cómo realizar la administración de tratamiento (tabla 4).

**Tabla 4.** Disposiciones sobre cómo realizar la administración del tratamiento anti TB.

<i>Nro.</i>	<i>Descripción</i>
1.	Todo paciente diagnosticado de tuberculosis debe recibir orientación y consejería y debe firmar consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
2.	La administración del tratamiento debe ser directamente supervisado en boca
3.	Los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluidos feriados), una hora antes y después de ingerir alimentos. En días feriados, el establecimiento de salud debe implementar estrategias locales para cumplir con la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada
4.	Los medicamentos de primera y segunda línea deben administrarse en una sola toma diaria, excepto etionamida, cicloserina y PAS que se deben administrar de manera fraccionada en dos tomas, directamente supervisadas, para mejorar la tolerancia.
5.	Debe garantizarse el cumplimiento total de las dosis programadas. Si el paciente no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal de EE.SS debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido.
6.	Por cada 250 mg de cicloserina debe administrarse 50 mg de piridoxina (vitamina B6) por vía oral.
7.	La administración de ácido para-amino salicílico (PAS) debe ser con bebida o alimentos ácidos. El PAS en sachet debe mantenerse refrigerado

*Nota.* Tomado de MINSA (8)

Sobre el primer punto, se debe resaltar que la norma técnica no ahonda en cómo debe ser una correcta orientación y consejería. Del mismo modo, el punto número tres menciona que el establecimiento de salud puede realizar sus propias estrategias para cumplir con la supervisión del tratamiento. Esto le permite al BC encargado ser discrecional en la forma de decidir qué estrategia utilizar. En esa misma línea, en punto cinco tampoco especifica cómo se debe garantizar la administración del tratamiento si es que el paciente no recibe una dosis.

La cuarta es la redacción del proceso de derivación y transferencia (tabla 5). Acá se resalta que en esta oportunidad la norma busca configurar o establecer las indicaciones necesarias para que un proceso administrativo se cumpla. No solo

describe y demanda acciones, sino que establece con bastante énfasis los aspectos que deben o no deben ser realizados. Por ejemplo, al señalar las responsabilidades de la derivación y transferencia. Esto es importante porque demuestra que la norma sí puede normar a ese nivel de detalle. Entonces, se puede entender que, si en algunos temas no lo hace, es porque está generando intencionalmente espacio para la discrecionalidad.

**Tabla 5.** Proceso de derivación y transferencia.

<b>Nro.</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Descripción</b>
	<b>Derivación</b>	
1.		Se denomina al procedimiento por el cual aquella persona que es diagnosticada de tuberculosis y que no reside en la jurisdicción del EE.SS., es derivada al EE.SS. más cercano a su domicilio. Utilizar el formato de derivación y transferencia de pacientes, adjuntando los resultados de los exámenes de diagnóstico realizados
2.		El EE.SS que deriva un paciente no debe registrarlo como caso en el libro de registro de casos. La derivación debe ser registrada (fecha y lugar) en el libro de registro de sintomáticos respiratorios.
3.		Realizar seguimiento de los casos derivados a fin de confirmar el inicio del tratamiento.
4.		El EE.SS que recibe al paciente debe confirmar y remitir el desglose inferior del formato de derivación y transferencia de pacientes.
5.		En caso de personas hospitalizadas adjuntar copia de la epicrisis.
6.		Los medicamentos serán provistos por el EE.SS donde recibe el tratamiento.
	<b>Transferencia</b>	
1.		Se denomina a aquella persona diagnosticada y notificada por tuberculosis que reside en la jurisdicción del EE.SS, pero que solicita traslado a otro EE.SS por cambio de lugar de residencia o cercanía a su lugar de trabajo, estudio, entre otros.
2.		El EE.SS que realiza la transferencia de un paciente debe registrarlo como caso, en el libro de registro de casos.
3.		Utilizar el formato de derivación y transferencia de pacientes adjuntando copia de la tarjeta de control de tratamiento correspondiente.
4.		El EE.SS que transfiere es responsable de realizar el seguimiento para confirmar que los casos llegaron al EE.SS y garanticen la continuación de su tratamiento hasta obtener la condición de egreso.
5.		Asimismo, el EE.SS de salud que recibe el caso debe comunicar la condición de egreso al EE.SS de origen para ser reportado en el estudio de cohorte.
6.		Los medicamentos serán provistos por el EE.SS donde recibe el tratamiento.

*Nota.* Tomado de MINSA (8)

En conclusión, podemos decir que la redacción o disposición de las indicaciones permiten acciones o decisiones discrecionales. Esto ocurre mayormente al no especificar cómo deben de cumplirse ciertas acciones, como la coordinación con instituciones locales o las búsquedas de sintomáticos respiratorios o la formulación e implementación de una estrategia local. Del mismo modo, en

ocasiones se mencionan acciones a seguir, pero no se especifica el orden que debe cumplirse, como en el caso del procedimiento para iniciar el tratamiento. Esto último ocurre a pesar de que la norma técnica puede alcanzar altos niveles de especificidad y contundencia en el señalamiento de indicaciones, como en el caso de la organización para las transferencias y derivaciones de pacientes. Por ende, la discrecionalidad permitida por la no especificidad de algunas acciones no es producto de la imposibilidad de alcanzar esa especificidad, sino de una decisión en el diseño y formulación de la norma técnica.

Esta no es una crítica a la norma. Sino un señalamiento de la forma en cómo ésta habría sido diseñada. Hay que tener en cuenta que la norma tiene un nivel nacional y se debe implementar en distintas circunstancias y contextos, por lo que su rigidez, seguramente, generaría problemas.

## **2.4 Definición de conceptos**

### **Burócratas a nivel de la calle (BC)**

Los BC son personas funcionarias del estado que en su función como tal brindan servicios públicos en contacto directo con el usuario o ciudadano. Por ejemplo, policías, maestros de escuela, personas que trabajan en las ventanillas de atención en cualquier institución del estado, etc. Para este caso en específico, será el personal de salud contratado por el estado que participa en la implementación de la NTSPATB en los establecimientos de salud de primer nivel y que tienen

directo contacto con el usuario del servicio. Es decir, doctores, enfermeras y técnicas de enfermería.

La presente investigación denomina al personal de salud como burócratas a nivel de la calle sin desconocer sus funciones administrativas y el valor social vinculado al rol asistencial. Se hace esta denominación porque el término burócrata a nivel de la calle resalta el carácter discrecional de las prácticas frente al usuario y por lo tanto sus diferentes condicionantes. La investigación no pretende desconocer las prácticas administrativas y tampoco reducir a una definición teórica (genérica) las particularidades y cualidades del personal de salud.

### **Prácticas discrecionales**

Son aquellas percibidas por los mismos burócratas de la calle como consecuencia de sus juicios o decisiones propias sobre la forma en cómo se ofrecen los servicios en la ejecución de la implementación de una política pública.

### **Estrategia Sanitaria de la Dirección Regional de Salud**

Es la organización administrativa y gerencial que se ocupa de la implementación de la NTSPATB en las regiones del Perú. Sus responsables se encuentran organizados jerárquicamente a partir del nivel de atención donde se hallan. Así,

existen responsables de esta estrategia en el primer nivel de atención, microrred, red y GERESA.

### **Adherencia al tratamiento**

Se refiere cuando el paciente sigue el curso recomendado de tratamiento, tomando la totalidad de los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario. Además, de realizarse los exámenes y pruebas de control prescritos.

### **2.5 Justificación del tema**

La tuberculosis a nivel mundial está concentrada en diez países que representan el 76% de la diferencia total entre la incidencia y los casos notificados. El Perú ya no se encuentra en la lista de los diez primeros, pero a nivel de América ocupa el segundo lugar luego de Brasil. Además, ocupa el primer puesto en la lista de Tuberculosis Multirresistente (TB MDR) (1).

Esta investigación ayuda al entendimiento de la cotidianidad del personal de salud encargado de brindar el tratamiento contra la TB, entendiendo al personal de salud como pieza fundamental de la estrategia pública contra esta enfermedad. El uso del enfoque desde los burócratas de la calle ofrece un acercamiento entre lo que las políticas públicas plantean a partir de su diseño y el ejercicio mismo de estas, evidenciando aspectos no contemplados en la formulación, que pueden ser trabas para el logro de su objetivo.



Del mismo modo, al ser un estudio sobre implementación de políticas públicas permitirá identificar y analizar barreras de la misma, conocer sus posibilidades de realización, su fidelidad con la propuesta normativa inicial, su sostenibilidad y aceptabilidad por usuarios y encargados (49).

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Comprender las prácticas discrecionales del personal de salud en la implementación de la Norma técnica de Salud Para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis en una micro red de salud y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Comprender las prácticas discrecionales que realiza el personal de salud para la implementación de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis.

Comprender los condicionantes de las prácticas discrecionales que el personal de salud realiza en la implementación de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis.

Comprender la relación entre las prácticas discrecionales que el personal de salud realiza en la implementación de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis y la adherencia al tratamiento de sus pacientes.

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1 Planteamiento Metodológico**

La presente investigación quiere comprender las prácticas discrecionales del personal de salud de una micro red de salud. Consideramos que estas prácticas pueden ser comprendidas desde su entramado de motivaciones y lógicas de carácter situacional.

Por lo tanto, esta investigación plantea un estudio de caso. Estos plantean el estudio de un sistema con límites definidos para realizar en la una interpretación contextual. En esta interpretación intentan determinar la relación entre los diferentes elementos que configuran o caracterizan el sistema o el fenómeno estudiado (50). Esta investigación considera las prácticas discrecionales relacionadas a la implementación de la norma técnica contra la TB en La Micro Red Árboles<sup>2</sup> como el caso a estudiar.

Los estudios de caso permiten ser críticos a la teoría y revelar nuevos elementos y características (50). Sin embargo, su aporte no sólo es teórico, ya que también generan conocimiento especializado en los sectores donde se estudia. En este

---

<sup>2</sup> Se ha utilizado un nombre ficticio para guardar la confidencialidad de los entrevistados. Se ha hecho lo mismo con los nombre de los centros y puestos de salud que componen la micro red.

caso se está utilizando la teoría de Burócratas a Nivel de la Calle proveniente de las Ciencias Políticas y la Gestión Pública en el campo de la Salud Pública. Por lo que este estudio estaría produciendo información útil para la mejor toma de decisiones en la gestión pública de la Tuberculosis y, al mismo tiempo, desarrollando la teoría de Lipsky que busca entender la implementación de políticas públicas.

El estudio de una micro red de salud se entiende porque es una institución administrativa, debido a la organización de sus niveles jerárquicos en torno a la toma de decisiones, la relación entre jefes y subordinados, y el estilo de liderazgo o gerencia de estos. Estas características de las instituciones administrativas influyen en el grado de discrecionalidad de los trabajadores (13,34).

La elección de la Micro Red Árboles responde al alto número de pacientes afectados con tuberculosis (PATS) que recibe al año en relación con la región a la que pertenece. Es la micro red que más atenciones recibe en relación con toda su red. Además, en su provincia ocupa el segundo lugar en número de casos (51).

Se identificaron las siguientes unidades de observación, sustentadas en el marco teórico: la normativa planteada por el estado para la lucha contra la TB; las prácticas del personal de salud en relación con el servicio antituberculosis; las exigencias del contexto laboral en donde se dan las prácticas (distribución de

trabajo, metas institucionales y recursos disponibles); el conocimiento de la normativa, así como el sistema de valores profesionales que maneja el personal.<sup>3</sup>

### **4.3 Población y muestra**

La población son los y las profesionales de salud involucrados en la implementación de la Norma Técnica de Salud 752 – 2018 de los centros y puestos de salud de la Micro red Árboles. Están incluidos tanto enfermeras, médicos y técnicas de enfermería.

---

<sup>3</sup> Estas unidades de observación son producto de la contextualización al caso estudiado de las variables recogidas en el marco teórico. En el marco teórico estas fueron presentadas de la siguiente manera: a) las expectativas organizacionales, b) la cautividad de los usuarios, c) la carga laboral; los recursos con los que cuenta el BC, d) las formas en cómo ha funcionado históricamente la dinámica de trabajo, e) la relación con el jefe y los demás BC, f) nivel de conocimiento de las actividades a realizar; y g) el profesionalismo o valores profesionales del BC. Se considera que la unidad de análisis “prácticas del personal de salud en relación con el servicio antituberculosis” incorpora la variable b) sobre su realización en el tiempo. Del mismo modo, la unidad de análisis “la normativa planteada por el estado para la lucha contra la TB” involucra las variables a) las expectativas organizaciones y b) la cautividad del usuario. Esto último debido a que la normativa es la que obliga al usuario a atenderse en un centro de salud si es diagnosticado con TB.

El criterio de inclusión de la muestra son los siguientes:

- a) Trabajar en la Micro red Árboles
- b) Participar o haber participado, por lo menos seis meses (duración del tratamiento más corto), en el tratamiento a PATS siguiendo la NTS 752 – 2018, durante el periodo enero 2013- octubre 2020

En cada uno de los centros de salud escogidos, se entrevistó al menos a un profesional de cada especialidad y en cada cargo o función asignada como parte de los servicios brindados dentro de la estrategia contra la TB o de la implementación de la NTS 752- 2018.

Como se puede apreciar en la tabla 6, se realizaron 18 entrevistas. El tamaño de esta muestra respondió a un criterio de saturación de la información. El universo total de entrevistados fue de 29 personas. Por motivos personales y disposición de tiempo, algunos rechazaron ser entrevistados.

**Tabla 6.** Total de BC entrevistados de la implementación de la NTS 752 – 2018 de la Micro red Árboles por centros de salud escogidos

Personal de salud	CS Flores	CS Raices	CS Semillas	Cs parques	CS Los Aires	
Médico	1	1	1	1		
Enfermera, Obstétricas y Odontólogos	3	3	1			
Técnicas de enfermería	1	4	1		1	
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>18</b>

*Nota.* Elaborado por el investigador

#### **4.4 Proceso que se abarca en la investigación y el contexto en donde se realizó.**

La investigación delimitó el estudio de la implementación de la norma técnica a las prácticas del personal de salud en los establecimientos de primer nivel de atención. Priorizando las prácticas que involucraban contacto con usuarios y pacientes. Estas están indicadas en el punto 6.3 de la norma técnica “Intervenciones sanitarias en la atención integral de la tuberculosis” y en el punto 6.4.1 “Intervenciones por nivel de atención: EE.SS del primer nivel de atención”.

Del mismo modo, se acota que esta investigación se realizó durante el Estado de Emergencia Sanitaria provocado por la COVID-19 en el Perú. Esto implicó una serie de cambios en el funcionamiento de los centros de salud. Entre ellos, el

cierre durante los primeros 6 meses de los centros de salud de primer nivel y su apertura progresiva, que implicaba la vuelta progresiva de personal de salud menor de 60 años y de las programas y estrategias de atención. Otro cambio fue la modificación de la administración de tratamiento para la TB, que pasó a ser autoadministrado y monitoreado de forma remota. Aunque la herramienta de recojo de información incluyó preguntas para captar esta variabilidad o efecto de estas medidas en las prácticas discrecionales, las respuestas siempre fueron negativas con respecto a los cambios en la estrategia de TB y en la implementación de la norma por el estado de emergencia. Esto ocurrió por los siguientes motivos: a) mientras los centros de salud estuvieron cerrados se siguió administrando el tratamiento presencialmente en el hospital de la jurisdicción y nunca se puso en marcha la autoadministración y el monitoreo remoto, b) cuando abrieron los centros de salud el personal de enfermería empezó a administrar el tratamiento en las casas de los pacientes que se les dificultaba llegar a los centros de salud (se identificó sólo un caso), el resto de pacientes continuó yendo al hospital por su tratamiento, c) la investigación se realizó entre la primera ola y segunda ola de contagios, cuando los centros de salud operaban de forma similar al contexto pre – pandemia, siendo la única diferencia que la atención se realizaba en carpas a las afueras del centro de salud y no en las instalaciones. y d) por último, la investigación se diseñó para recoger las prácticas que se realizaban desde la implementación de la norma en el 2013 hasta el 2020, por lo que gran parte de las preguntas hacen referencias a periodos pre – pandemia.

#### **4.5 Herramientas de recojo de información**



Se utilizaron entrevistas a profundidad semiestructuradas. La guía de entrevistas fue validada como instrumento de la investigación en pruebas piloto con personal de otros centros de salud. Hubo una misma guía de entrevistas para todo el personal de salud.

La elección de realizar entrevistas a profundidad semiestructuradas se justifica ante el reconocimiento que las prácticas discrecionales son resultado de una tensión sistemática entre el individuo y las demandas institucionales (52). Por lo que la percepción del individuo sobre esta tensión y su contexto sería el elemento para explorar. Las entrevistas a profundidad, justamente, tienen la capacidad de recoger la forma en cómo se construyen y reproducen las percepciones (53).

Además, las entrevistas semi estructuradas no intentan indagar en lo desconocido o en temas donde no hay una base teórica desarrollada para generar conocimiento, como si lo hacen las entrevistas no estructuradas. Sino que busca indagar en dónde ya hay conocimiento previo desarrollado (54). El burócrata a nivel de la calle ya ha sido estudiado y el marco analítico de esta investigación se basa en los referentes explicativos para sus comportamientos discrecionales.

El principal problema de las entrevistas para esta investigación es el condicionamiento de las respuestas para preguntas sobre acciones fuera de la normativa, que hubieran podido generar denuncias al personal de salud si la investigación fuese una evaluación normativa. Por esto se avisó previamente, en una reunión con los equipos de cada centro de salud y antes de realizar cada

entrevista, que esta iba a ser confidencial y que no correspondía, ni tenía relación, con alguna área de evaluación de desempeño del Ministerio de Salud<sup>4</sup>.

Es clave señalar que el acercamiento hacia “lo discrecional” se ha realizado desde su relación con la normativa y no desde la autonomía para tomar decisiones (como lo define Lipsky). Se busca llegar a conocer las prácticas discrecionales a partir, sobre todo, de estas dos preguntas “*¿Crees que se realizan prácticas que no están contempladas en la norma técnica al momento de dar el servicio anti tuberculosis?*” y “*¿Alguna vez te has visto en la necesidad de hacer algo que no estaba dicho explícitamente en la norma o protocolo? ¿Qué paso?*”. Esta decisión metodológica se debe a dos razones: la primera es que la norma técnica es un referente objetivo de cómo se debe trabajar, mientras que la autonomía es una percepción individual. Esto no quiere decir que no hayan sido tomadas en cuenta, sino que el acercamiento fue indirecto. La segunda razón es que permite integrar la norma técnica en el análisis de los resultados y así poder realizar recomendaciones a ella.

También, cabe mencionar, que se realizó observación y se tomaron notas de campo. La observación no fue sistemática, se realizó en los momentos libres

---

<sup>4</sup> Este mismo método se utilizó en la investigación de Mkael Seva, para su tesis doctoral. Revisar: Seva, M. (2015). The decisive role of street-level bureaucrats in environmental management. PhD dissertation en <https://www.diva-portal.org>.

mientras se esperaba a los entrevistados en el centro de salud o cuando estos tenían que interrumpir la entrevista por tareas urgentes.

#### **4.6 Consideraciones éticas**

Los participantes fueron informados acerca de los objetivos y beneficios que brindará el estudio, así como del potencial riesgo que podría implicar participar en él. Se firmó y entregó a nombre del investigador principal un acuerdo de confidencialidad de información y consentimiento informado, subrayando el uso único de esta para motivos de la investigación. El nombre de la microrred, al igual que los puestos y centros de salud también permanecerán anónimos en la exposición de resultados y se utilizarán nombres ficticios para referirse a ellos.

El primer paso en la etapa de recojo de información fue la presentación de un resumen del proyecto de investigación a los directivos de los centros de salud para su aprobación. En esta se explicaron los objetivos, la metodología y el cronograma. Además, se puso a disposición cartas informativas de la investigación para las personas no presentes. Antes del primer día de recojo de información, todo el personal supo con claridad de qué se trataba la investigación.

El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Ética e Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y se ejecutó cumpliendo los plazos y criterios acordados.

#### **4.7 Plan de análisis**

El análisis de este estudio utiliza el enfoque de análisis interpretativo de políticas de Devora Yanow. Ella postula que la implementación de las políticas públicas puede entenderse desde su aterrizaje en un contexto social, donde diferentes actores pueden entenderla de forma diferente. Estos entendimientos están relacionados a las creencias y valores de los actores y pueden reflejarse en acciones, discursos y símbolos que terminan configurando la implementación de la política pública (55). En este caso sería el personal de salud de la Micro Red Árboles, entendidos como burócratas de la calle, los encargados de implementar la norma técnica para el control y tratamiento de la TB, por lo que se analizó sus acciones, discursos, valores y entendimientos de la política.

Anat Gofen, Shelly Sella y Drorit Gassner (2019) han realizado una tipología de niveles de análisis para estudios sobre burócratas de la calle. Esto debido a la inevitable vinculación entre factores cercanos y lejanos que teóricamente podrían condicionar o relacionarse con las acciones discrecionales de los burócratas. Ellas proponen entender el análisis de sus prácticas en 3 niveles: micro, meso y macro (56). En el nivel micro se analiza la interacción burócrata – ciudadano y burócrata – burócrata. En el nivel meso, la organización, los acuerdos de las políticas y la profesión o profesionalidad. Por último, en el nivel macro, se analizan las diferencias entre países, estados y culturas con respecto a las prácticas discrecionales de los burócratas de la calle (56). Esta investigación ubica su análisis en los niveles micro y meso. Esto es debido al marco teórico

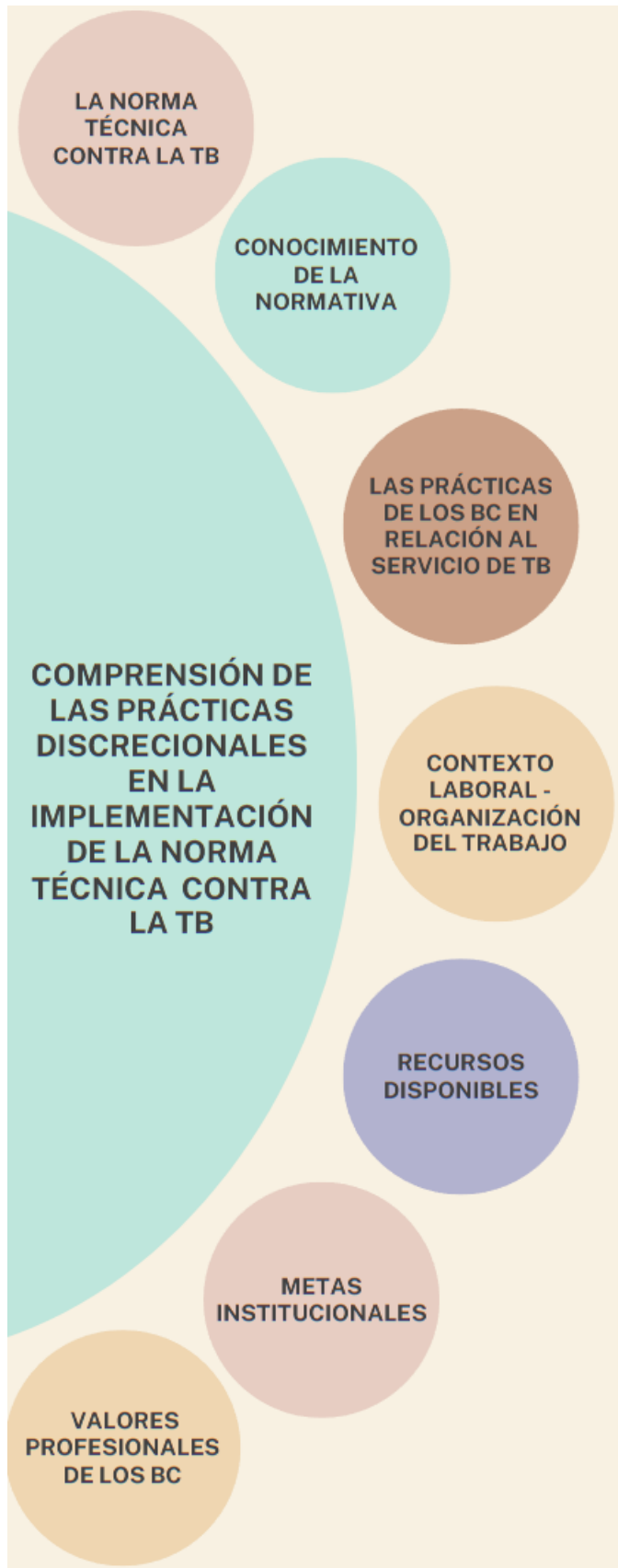
que utiliza la investigación, que prioriza estudios en el ámbito de la salud y realizados en Perú; además de ser considerado una buena práctica en los análisis sobre burócratas de la calle (56). En el nivel micro se analizó cómo ocurren las prácticas discrecionales en la interacción con ciudadanos, por ejemplo, en la administración del tratamiento y en las charlas educativas. En el nivel meso se analizó el resto de variables, como la profesión, el contexto laboral y la normativa.

La organización del análisis se llevó de tal forma que los temas que aparecían en las primeras entrevistas, conducidas por preguntas del marco teórico, se convirtieron en tópicos a desarrollar en las siguientes. Durante este proceso se siguió la lógica de comparación constante de Glaser y Strauss. Estos proponen la constante agrupación de la información a partir de categorías relacionadas a sus atributos (57).

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Luego, se procesó en el programa Atlas.Ti. Esta se codificó en unidades de análisis, relacionadas a los objetivos de cada sección de la entrevista. Posteriormente, se hizo un análisis de todas las unidades temáticas de modo particular, y después se hicieron cruces entre ellas.

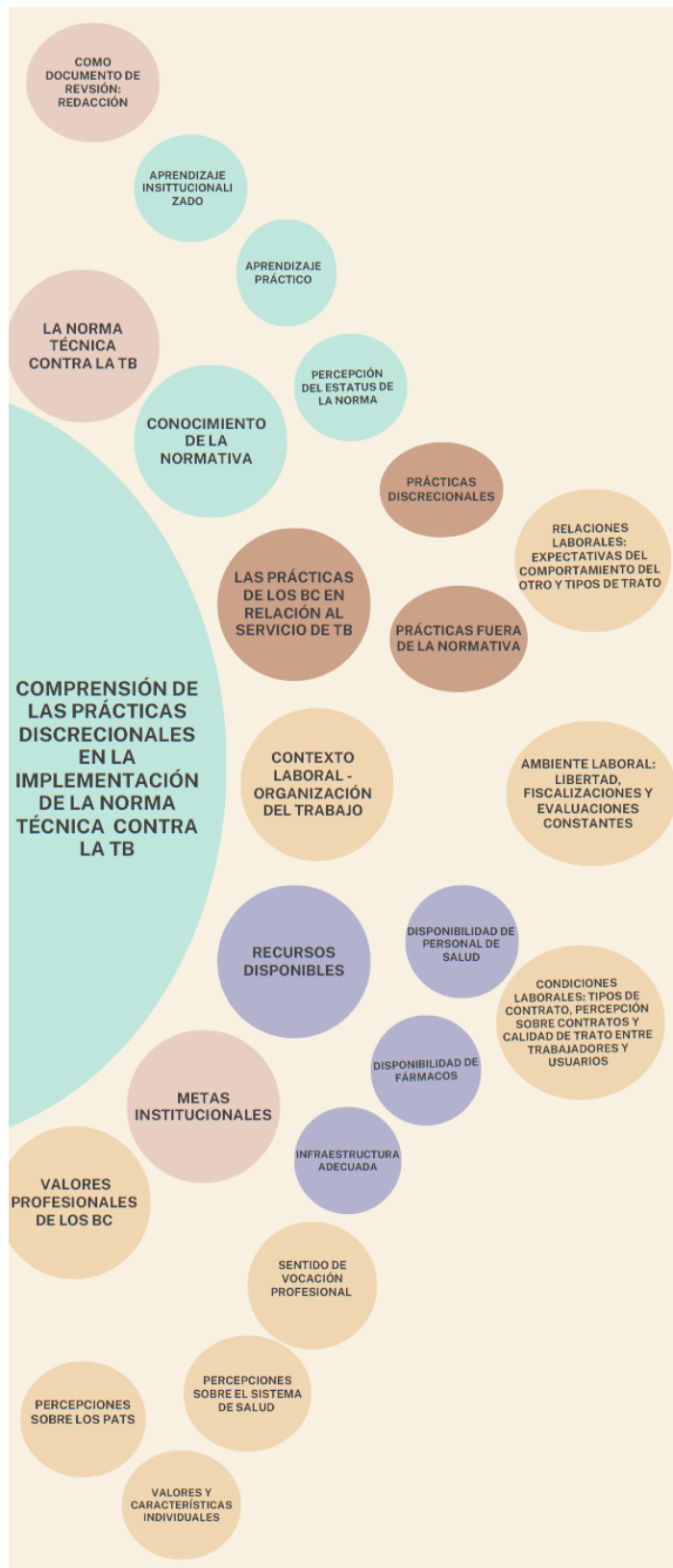
El proceso de análisis tuvo tres partes, en las que se fueron depurando y afinando las relaciones entre las variables. El primer grupo de códigos se puede ver en el Gráfico 2. Este corresponde al marco teórico y a los primeros acercamientos a campo.

**Gráfico 2.** Primer grupo de variables teóricas



En un segundo momento, las variables se nutrieron de las primeras entrevistas (gráfico 3). En ellas se desarrollaron los subtemas y se tuvo una visión más completa sobre la forma de funcionar de los escenarios estudiados.

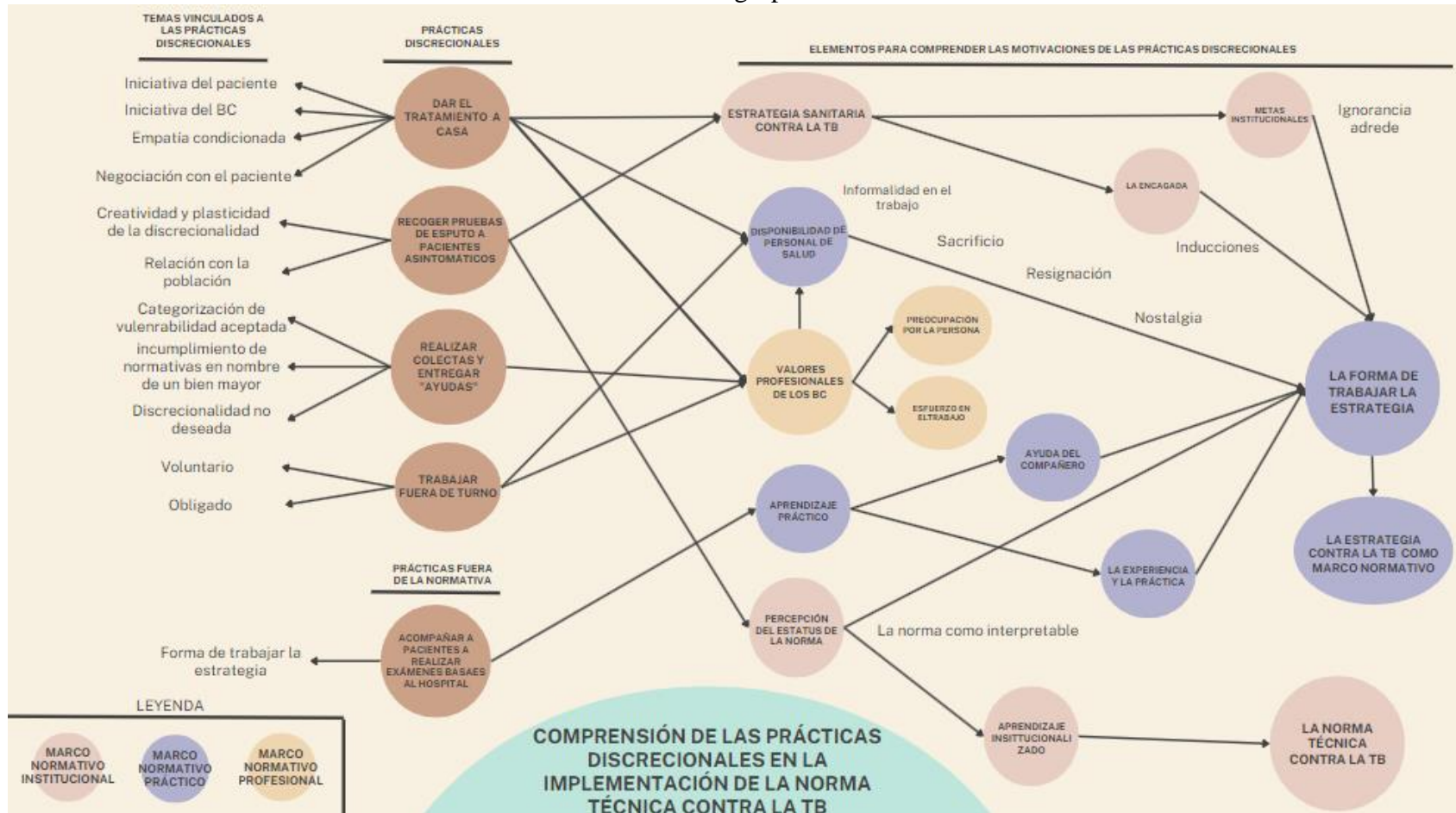
**Gráfico 3.** Segundo grupo de variables





En un tercer momento se acotaron las variables según a la información novedosa que había surgido (gráfico 4). Sobre todo, se depuró información contextual en los temas de tensión en el “ambiente de trabajo” y “relaciones en equipo”, ya que eran temas que la teoría proponía como condicionante, pero que los burócratas entrevistados no relacionaron a sus prácticas discrecionales dentro de la estrategia. Lo mismo sucedió con las unidades de análisis de “infraestructura” y “condiciones laborales”. Lo más significativo fue que se identificaron las prácticas discrecionales frente a otras que se encontraban fuera de las normativas como ejes para comprender las variables que las condicionaban (siguiendo las preguntas de investigación). Esto generó un sistema de relaciones entre variables y tópicos que consolidaron el complejo escenario donde se realizaban las prácticas. Ante eso se decidió priorizar las prácticas y sus condicionantes como ejes explicativos, ya que permitían una discusión directa con la teoría y las preguntas de investigación. Esto no implicó dejar de lado los nuevos tópicos y variables, algunos se desarrollaron según iban apareciendo en la descripción de las prácticas o sus condicionantes, otros fueron más independientes, como la percepción del estatus de la norma y la estrategia contra la TB como marco normativo.

Gráfico 4. Tercer grupo de variables



#### **4.8 Matriz de consistencia**

A continuación, se muestra la matriz de consistencia que pretende esclarecer la relación entre los elementos constitutivos del enfoque de esta investigación (tabla 8).

**Tabla 8.** Matriz de consistencia

<b>Pregunta General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Preguntas generales de la guía de entrevista</b>	<b>Categorías de análisis final</b>
¿Cómo son las prácticas discrecionales del personal de salud en la implementación de la NTS-AIPATB en una micro red de salud y cuál es su relación con la adherencia al tratamiento en sus pacientes?	Conocer las prácticas discrecionales del personal de salud en la implementación de la NTS- AIPATB en una micro red de salud y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis	“¿Cómo es el trabajo brindando en el servicio antituberculosis?”	- Prácticas discrecionales en la implementación de la NTS AIPATB - El condicionamiento de estas prácticas puede conocerse al analizar los siguientes factores: a) la normativa planteada por el estado para la lucha contra la TB b) La estrategia sanitaria contra la TB c) Los recursos disponibles d) valores profesionales del personal de salud. e) El aprendizaje de la norma técnica y de la estrategia sanitaria contra la TB f) La percepción sobre la norma técnica
<b>Pregunta específica</b>	<b>Objetivos específicos</b>	“¿Alguna vez te has visto en la necesidad de hacer algo que no estaba dicho explícitamente en la norma o protocolo? ¿Qué paso?”	
¿Qué prácticas discrecionales realiza El personal de salud para la implementación de la NTS AIPATB  ¿Qué condiciona las prácticas discrecionales que El personal de salud realiza para la implementación de la NTS AIPATB?  ¿Cuál es la relación entre las prácticas discrecionales que El personal de salud realiza para la implementación de la NTS AIPATB y la adherencia al tratamiento de sus pacientes?	Comprender las prácticas discrecionales que realiza el personal de salud para la implementación de la NTS AIPATB  Comprender los condicionantes de las prácticas discrecionales que el personal de salud realiza en la implementación de la NTS AIPATB  Comprender la relación entre las prácticas discrecionales que el personal de salud realiza en la implementación de la NTS AIPATB y la adherencia al tratamiento de sus pacientes	“¿Crees que se realizan prácticas que no están contempladas en la norma técnica al momento de dar el servicio anti tuberculosis? ¿Qué situaciones las motivan?”	

## **V. RESULTADOS**

### **Breve descripción del lugar**

La Micro Red Árboles se encuentra en la costa sur del Perú. Sus establecimientos de salud se encuentran distribuidos a lo largo del distrito con más habitantes de la provincia (cuarenta mil personas aproximadamente). Este distrito está conformado por tres tipos de zonas: la urbana, la agrícola y la zona urbana de playa. Estas zonas están conectadas por una avenida asfaltada que funciona como una arteria principal atravesándolas. La zona más grande es la agrícola, la que es rodeada por las zonas urbanas. Luego, si se continua hacia el mar, hay un continuo de cultivos hasta llegar a la zona urbana de playas. La imagen que las zonas proyectan desde el mirador de las montañas más cercanas es la de un carril de extensos cultivos que llegan hasta el mar, pero al costado de estos, y a veces como grietas entre los mismo, se encuentran los barrios.

Los establecimientos de salud se encuentran relativamente cerca. El viaje en automóvil demora aproximadamente cinco minutos entre los establecimientos que se encuentran a los extremos. De los cinco establecimientos dos son centros de salud y tres son puestos de salud. Los dos centros de salud se ubican en las áreas urbanizadas más antiguas, mientras que los puestos de salud, a excepción del que queda en la zona urbana de playas, se ubican en la expansión del urbana del distrito que desde hace unos 20 años ha ido creciendo cada vez más.

La confluencia de las zonas agrícola y urbana genera fenómenos particulares. Entre los fenómenos socioeconómicos resalta la migración hacia la costa en búsqueda de servicios básicos accesibles y de mejor calidad, manteniendo el tipo de trabajo agrícola de zonas campesinas. También se genera una dinámica del hogar característica de zonas campesinas cercanas a las urbes, donde el empleo fluctúa entre el trabajo agrícola estacional y el de brindar servicios comunes de urbes pequeñas. Esto confluye con la rutina de este tipo de urbes, caracterizadas por los negocios pequeños, turismo ocasional, mercados y centros comerciales de productos básicos, informalidad y presencia del estado.

En salud, la confluencia de estas zonas se evidencia en la mezcla de la prevalencia de problemas característicos tanto de zonas rurales como urbanas. Como la significativa presencia de diabetes, y problemas cardiovasculares, así como de problemas óseos, heridas causadas por animales y daños en la piel.

Se agrega a esto una considerable presencia de mosquitos que fluctúa según la temporada del año y el tipo de cultivo. Estos rondan los establecimientos de salud, sobre todo las entradas y los patios, donde por la pandemia del COVID-19 se han armado carpas para la atención ambulatoria de pacientes.

El funcionamiento de los establecimientos de salud, sobre todo en los que respecta a TB, requiere de constante coordinación con las oficinas de la micro red y el hospital (que están ubicados en el mismo lugar). Estas coordinaciones se hacen para registrar y monitorear pacientes del programa contra la TB, así como

gestionar las pastillas y los exámenes de laboratorio. Sólo dos de los cinco centros de salud cuenta con laboratorio y laboratorista (biólogo), por lo que supuestamente deberían tener más facilidad en conseguir resultados de análisis. Sin embargo, no siempre los horarios de estos laboratoristas coinciden con la urgencia de los pacientes.

El trabajo en los centros de salud suele darse con más intensidad por las mañanas. De 7:30 a 10:00 de la mañana se ven colas (no tan largas) de personas que esperan separar una cita o ser atendidos por el doctor, la enfermera, odontóloga, psicóloga u obstetrix, dependiendo claro del tipo de centro de salud. Los turnos de atención empiezan a las 8 y terminan al mediodía; sin embargo, a las 11 am ya se puede encontrar el centro de salud con pocas personas y algunos aprovechan para empezar sus llenados de fichas o pendientes administrativos.

Los turnos de las tardes suelen estar destinados a la coordinación de estrategias y trabajos menos asistenciales, como visitas al hospital, otros centros de salud o casas de los pacientes. Muchas veces ocurre que uno va a buscar a una enfermera o doctor en sus horarios de trabajo y no los encuentra pues han salido por unas diligencias.

### **5.1. Prácticas entendidas como fuera de la normativa en el marco de la implementación de la norma técnica contra la TB.**

En la siguiente sección se describirán las prácticas identificadas por los BC entrevistados como prácticas que se realizan fuera de la normativa. Esta sección responde, sobre todo, a la información recogida en las preguntas “¿Alguna vez te has visto en la necesidad de hacer algo que no estaba dicho explícitamente en la norma o protocolo? ¿Qué pasó?” y “¿Crees que se realizan prácticas que no están contempladas en la norma técnica al momento de dar el servicio anti tuberculosis?”

### **5.1.1 Dar el tratamiento para la casa**

Varias enfermeras y técnicas de enfermería comentaron haberles dado las pastillas a los pacientes para que las tomen en sus casas sin supervisión. Todos estos casos fueron señalados como excepcionales y respondieron a diferentes motivos y circunstancias. Sin embargo, todos ellos se hicieron para que en última instancia el paciente no descontinúe el tratamiento.

Según comentan, la mayoría de los pacientes pide llevarse las pastillas a casa porque están aburridos de ir al centro de salud. Por otro lado, cuando el burócrata hace la propuesta, el tratamiento ya viene realizándose en casa por la condición del paciente; por lo que los motivos suelen estar relacionados al viaje que se tiene que realizar, la ubicación del domicilio y al costo que implica trasladarse. Esto resulta incómodo porque a veces le demanda al burócrata caminar de noche en zonas percibidas como inseguras y sin compañía, que gaste dinero de su bolsillo y realice un trabajo considerado extra.



*“(...) Sí, por decir, por la lejanía; nosotros tenemos poca población, ¿no? A comparación de otros distritos, pero mi población está dispersa y la movilidad no es constante y tengo pacientes que viven lejos y no pueden venir. Nosotros vemos la realidad y le mandamos las pastillas, en ocasiones; en ocasiones vamos cuando podemos, porque el ir sale de nuestro peculio, es un gasto... si el sueldo lo vamos a invertir acá... no sale a cuenta”. (Técnica de enfermería 4)*

Cuando la iniciativa la tiene el paciente los motivos por los cuales se acepta otorgarles las pastillas son varios. El que más se menciona es el viaje del paciente o su pareja. En estos casos la burócrata conversa con el paciente y se analizan factores como la lejanía, fechas del viaje y el trabajo que significa coordinar la entrega de pastillas con el centro de salud más cercano, que sería el procedimiento adecuado según la norma. Se menciona también que es por ayudar al paciente o ser empático con sus problemas, ya que este tendrá que invertir mucho tiempo en ir al centro de salud para el tratamiento. Es importante resaltar que la empatía es considerada un elemento muy significativo en el ejercicio de la práctica de enfermería, como se describe en la sección “Sobre la preocupación por la persona”.

*(...) No me acuerdo. Alguna vez hemos hecho cosas que no están permitidas... por ejemplo, viene una señora y dice “voy a irme a no sé dónde”, donde no hay nadie, en la sierra... entonces tienen que caminar horas de horas... nuestra responsabilidad es llamar a ese puesto donde vaya,*

*pero nosotros por empatía o esto, le rogamos le suplicamos... te voy a dar la pastilla para que no bajes las cuatro horas de tu casa... pero júrame que lo vas a tomar... "si vienes y no te has recuperado, no más creo en ti". (Técnica de Enfermería 4)*

*Generalmente no les damos, tiene que ser alguien que, por ejemplo, viene y le diga "Sabe qué, señorita, tengo que viajar, tengo un problema, tengo que irme, solo le pido por este viernes, este sábado nomás, ya el lunes yo estoy aquí tomando mi pastillita, por favor, déjeme viajar, que esto...", solo en esos casos. (Enfermera 4)*

Los testimonios, además de empatía por la situación de la persona, también muestran un acuerdo entre el BC y el paciente. Este acuerdo está sostenido en la confianza y en la urgencia. Mientras existan esos dos componentes (“júrame que lo harás”, “solo en esos casos”) habrá empatía para ceder ante el pedido de llevarse las pastillas a casa. Esto es interesante porque nos permite comprender a la empatía como necesaria pero no como suficiente para explicar las decisiones de estos BC.

La decisión del profesional de salud para que continúe el tratamiento en casa dependerá de la percepción que se tenga del paciente. Este debe ser percibido como responsable, comprometido, conocedor, ordenado y que demuestre creer en el tratamiento. Si cumple con estos requisitos el BC puede darle la confianza para que se lleve las pastillas a casa.

*“(…)Sin embargo, hay otros pacientes que son comprometidos, que sí pues, saben la trascendencia de la enfermedad y son los primeros en observar que se cumplan cada etapa del tratamiento, hasta te corrigen, investigan más y te dicen "me faltaba esto", "no me ha puesto usted esto". Hasta te corrigen. Esa persona te ayuda a ti. Él te va a decir "no se si me pueda tomar en mi casa hoy día porque mañana tengo que trabajar y no voy a poder", tú puedes darle la confianza. Sin embargo, al escéptico no, él debe venir sí o sí, porque sabes que no va a tomar”. (Enfermera 8)*

*Ahora, hay casitos especiales que sí hemos tenido, pero como ya sabemos que la pacientita es bien ordenadita, bien esto, entonces, a veces le damos la opción de darle de repente para 2 tomas, ¿no?, le damos a casita... (Enfermera 4)*

Estos testimonios también revelan una perspectiva centrada en el individuo que responsabiliza al paciente por su adherencia al tratamiento, en contraste con una perspectiva estructural. Algunos BC solo identifican características individuales y no contextuales en los pacientes que ellos permitirían dar el tratamiento a casa. Dan cuenta de su conocimiento sobre la enfermedad, responsabilidad y orden, sobre aspectos como condición laboral, nivel socioeconómico. Esto no significa

que los BC no sean sensibles a aspectos estructurales, de hecho, lo son, pero no los priorizan al momento de tomar la decisión de entregarle las pastillas<sup>5</sup>.

La decisión de dar el tratamiento para la casa y que no sea supervisado también dependerá de la rigurosidad en el cumplimiento de la normativa por parte de la encargada de la estrategia contra la TB. Como podemos ver en el siguiente testimonio, puede resultar difícil no dejarse convencer por un paciente que insiste en llevar el tratamiento en casa, por lo que la decisión final sobre ello pasa del personal de apoyo a la encargada de la estrategia TB.

*“Sí [es riesgoso el no cumplimiento de la norma], al menos, la licenciada que está a cargo de la estrategia, ella es bien recta. Por eso yo generalmente les digo que consulten a la encargada. Porque yo soy la más débil, ah, yo, sí, sí, a veces “[nombre de la entrevistada], ¿pero le has creído?”, “Pero es que me está diciendo”, “No, pues” me dicen, y a veces tiene razón ella, a veces los pacientes son bien especiales, tienen una manía para engañarnos y “Ya, no voy a dar, no voy a dar, te prometo que no voy a dar” le digo a la encargada...” (Enfermera 4)*

El testimonio también revela la socialización de esta práctica discrecional. Es decir, a pesar de que la normativa indique lo contrario, no es una práctica secreta

---

<sup>5</sup> De hecho, las visitas a casa parecen ser una práctica que responde más a aspectos estructurales. Esta práctica se desarrolla más adelante en esta misma sección.

ni se trata de ocultar, sino que forma parte de decisiones que pueden evaluarse si la situación apremia o ante la insistencia del paciente. Es interesante también resaltar como una práctica discrecional puede ser elevada, a partir de la recomendación de un BC, a niveles gerenciales (la encargada de la estrategia) para que allí sea evaluada.

Las características personales del BC también son tomada en cuenta por los pacientes. Estos tienen la capacidad de influir en la administración del tratamiento en la medida de que pueden elegir qué BC se los brindará. Podrán elegir los días para ir al centro de salud, en tanto saben sus horarios de trabajo de los BC. Los pacientes evaluarán sobre todo la rigidez del BC en el cumplimiento de la normativa. Mientras más rígido es percibido el BC menos querrán atenderse con él y pedirle continuar el tratamiento en casa.

*“Como te digo, personalmente, me voy al cono sur, me conocen, me llaman por mi nombre, y tú gracias. Y la mayoría sabe quién atiende bien y quien no te atiende bien. Es años de servicio. Ellos ya saben, llaman “¿qué turno está la Srta?” “Quiero para enfermería, ¿está la Srta. Fulana?”. “ah ya vengo” y saben que yo no les digo no. “Pero si te tocaba ayer porque recién estás viniendo” “ay Srta., se me ha hecho tarde” y luego investigando, no, ella había llamado y había preguntado por los turnos. Saben que yo les atiendo, tiene que ver mucho .... Hasta yo haría eso. Vería que turno que médicos. Con mucho gusto vengo porque se que me van a atender bien y se que me va*

*a cubrir todas mis dudas. “¿qué médico está ¿ “tal médico” “ ah no, prefiero venir otro día”. Lo mismo pasa con las obstetricas”. (Enfermera 7)*

*“(…) Entonces, conversábamos más con el hijo, ¿no?, de que mire "Usted sabe, ¿no?, lo que es una tuberculosis, es una enfermedad que si su mamá no toma el tratamiento -y como tenía un hotel, un hotelito y una tienda- está poniendo en riesgo el resto de personas, la señora va a seguir atendiendo, va a estar afuera, usted sabe que podemos recurrir a la policía<sup>6</sup> para que, en cierta forma, obligue a su mamá a tomar el tratamiento", "Ya, señorita, yo voy a conversar con mi mamá", conversó con su mamá, al día siguiente, el señor me dijo "Ya, sí, mi mamá ha aceptado de que se le dé el tratamiento, va a recibir el tratamiento, pero ella no va a venir aquí, ustedes tienen que ir a la casa", yo le dije "No hay ningún problema, vamos a su casa, dígame la hora", "Quiere que vayan tempranito a las 6 de la mañana", sí, pero nosotros estamos desde 7:30, entonces, le digo "Mire, cuando yo estoy de turno, no tengo problema, pero yo no puedo obligar a mis compañeros a que vayan a las 6 de la mañana", "No, señorita, y lo más importante, que me ha dicho que usted no vaya", jaja”. (Enfermera 1)*

---

<sup>6</sup> La estrategia de llamar a la policía ante la negativa de seguir el tratamiento es un práctica común y normada en la micro red. Aunque parezca extraordinaria, se utiliza con normalidad cuando el paciente se niega a tomar el tratamiento consecutivas veces, aun al ser visitado en su casa.

Estos testimonios indicarían que la práctica discrecional de dar el tratamiento para la casa no solo estaría constituida por las decisiones que tome el BC, sino que los pacientes podrían tener un rol activo, condicionando la situación en la que se da la práctica, al elegir previamente al BC con quien quieren negociar la toma de pastillas.

### **5.1.2 Recoger pruebas de esputo a pacientes asintomáticos**

Muchos BC comentan haber recogido muestras de esputo a pacientes sin síntomas de TB, en el marco de las medidas preventivas que demanda la norma técnica.

Estas medidas preventivas se ejecutan a partir de metas que deben cumplir los centros de salud. La meta en este caso es un número de muestras de esputo que el personal debe de recoger de personas que hayan asistido al centro de salud con síntomas relacionados a la TB. La imposibilidad y dificultad de llegar a la meta, así como la necesidad de cumplirla, motivan al burócrata a recoger esputos en pacientes no sintomáticos y fuera del centro de salud. Las formas de hacerlo varían según el ingenio de los burócratas.

*“Lo que yo he hecho es irme a la comisaria y pedirles por favor que den una muestra. Otros van y les piden a sus vecinos. Depende de cada uno cómo*

*cumple sus muestras (...) a veces no hay necesidad, pero ha tocado conseguir de donde sea". (Enfermera 9)*

*"Tenemos metas y hay que cumplirlas (...) si nos piden, hacen falta muestras de esputo, hay que conseguirlas y la encargada debe encargarse. Yo de encargada, no confiaba en algunas de mis compañeras, pero yo uno o dos veces he hablado con vecinos míos y les he dejado los frascos de muestras y los he recogido el día siguiente. También he dejado en la bodega para que me hagan el favor y yo el día siguiente lo recojo. Tenemos que cumplirlas, no creas, ah, a veces hemos encontrado algunos casos positivos". (Enfermera 6)*

*"Nos ponen metas, y nos dicen, por decirle, ¿no?, estábamos en 30, y ahora como ya tiene más población, tiene que pedir 50, 70, 80. Entonces, el problema es que no dicen si es todo el personal, pues, por más que usted haga la capacitación, concientice, a veces, al personal no le gusta mucho hacer esta actividad, entonces, ¿quiénes somos las que estamos?, las enfermeras... entonces, no llegamos a la meta, no llegamos, pues, ¿no?, "¿Qué hacemos?, hay que pedirle a todos los pacientes", sabemos que no debemos pedirle acá, sabemos que tenemos que pedir a las personas que están tosiendo. "No, ¿sabes qué?, hay que pedirles a todos", les digo yo, porque la idea es llegar a la meta. Yo sí lo hago, ¿no?, estoy, bueno, un día si veo bastante gente. "Buenos días", les empiezo a dar una charla de la enfermedad y toda la nota, "A ver, ¿quiénes de ustedes se han sacado, en estos últimos meses, se han*



*sacado esputo?", y la mayoría ni uno se ha sacado, "Ah, bueno, usted no se ha sacado, usted no se ha sacado... ah, ya, esputos, toditos les voy a tomar", así, no les pregunto si desean o no. Pero como ya me conocen, les digo "Pero, ¿qué les cuesta?", les digo, "Si es una muestrita"... "Si es una muestrita de esputo", les digo, nada más, "Y también va a saber si usted está...", "Pero, señora, yo estoy bien", pero yo insisto, porque necesito. Porque necesito para mandar la esto, porque estoy... ya me están presionando, porque ya... la meta es la meta". (Enfermera 1)*

Este último testimonio evidencia la priorización explícita del cumplimiento de la meta sobre la norma técnica (tema que más adelante se desarrollará)

Por otro lado, es importante notar como estas prácticas discrecionales se dan en la interacción con la comunidad, no solamente en el ámbito del centro de salud. Como se puede ver en los testimonios, los BC interactúan con diferentes personas e instituciones de la comunidad en su objetivo por cumplir la meta. Este vínculo se daría en una relación de favores, donde las personas o instituciones no solo estarían haciéndoles el favor al BC, sino a lo que representan, que es la salud de la comunidad.

### **5.1.3 Acompañar al paciente a realizar sus exámenes basales al hospital**

Algunas BC enfermeras comentaron que acompañar al paciente a realizar los exámenes basales al hospital es una práctica que usualmente se realiza. Los motivos son la cantidad de exámenes a realizar, la importancia de estos, el

aseguramiento de parte de la encargada de la estrategia de que se realicen y lo complicado que es ser atendido con prontitud en el hospital si no se conocen los procedimientos. A veces, la tarea recae en la encargada de la estrategia, en el personal de enfermería, en técnicos de enfermería o en otro personal que participa de la estrategia contra la TB en la micro red.

Es necesario resaltar que esta es una práctica institucionalizada, lo que quiere decir que es conocida, aceptada y demandada por todo el personal de salud que participa en ella desde diferentes niveles de coordinación y participación en la estrategia. No obstante, se identifica como fuera de la norma técnica. En los testimonios recogidos no se percibe una sensación de autonomía por parte del profesional de salud, sino que es algo necesario que se debe realizar.

“Sí, se acompaña al paciente para que lo atiendan. Porque al inicio, hay varios exámenes, entonces tenemos que llevar al paciente a *todos los consultorios (...) para cada fase tenemos que estar al costado del médico (...) a veces la enfermera tiene que ir, pero en algunas va el personal... en algunas no siempre tenemos que movernos nosotros. Como te digo, es para cerrar el establecimiento. Nos apoyan lo que es el programa de TB (...) Porque si no mando primero a ellos al módulo, el paciente se desconcentra, se desubica, porque cierra solamente 8 de la mañana, entonces el tratamiento tampoco puede empezar cuando no hay exámenes*”. (Enfermera 3)

A diferencia de las dos prácticas anteriores, esta no parece generar una divergencia entre lo normado y lo que se termina realizando. Aunque es identificada como una práctica fuera de la normativa, su realización no genera ninguna tensión. Esto hace pensar que existe una “forma de trabajar” que funcionaría como una normativa situada en cada centro de salud y que se iría retroalimentando en el día a día. Dentro de esta “forma de trabajar” también entrarían las prácticas anteriores, ya que funcionaría como un proceso de institucionalización de prácticas, en donde algunas prácticas van convirtiéndose en permitidas o normales y otras se prohíben. En el siguiente capítulo se desarrollará este tema.

#### **5.1.4 Realizar colectas y entregar “ayudas” a los pacientes**

Estas dos prácticas son expuestas en conjunto porque suelen entenderse como una misma práctica. El objetivo de ellas es ayudar al paciente necesitado. Son entendidas como prácticas solidarias y relacionadas a la vocación de servicio de los profesionales, como se verá más adelante. Se ocupan temas de vivienda y alimentación y se brindan ayudas económicas directas. Del mismo modo, también están vinculadas a sus efectos prácticos, como la persuasión y convencimiento del paciente para que continúe el tratamiento, así como mantener el historial de abandonos de tratamiento en cero del establecimiento de salud responsable.

Sobre las recolecciones, algunas BC enfermeras comentaron haber realizado o participado en colectas de dinero, entregarlo directamente y comprar víveres a pacientes percibidos como necesitados. Esto ocurre a partir de su experiencia visitando a pacientes en sus hogares para darles el tratamiento, por lo que no ocurre con todos los pacientes, sino con los que tienen problemas de movilización o son considerados vulnerables. Hay una consideración en la norma técnica para el abordaje de poblaciones vulnerables, sin embargo, no es mencionada por los BC.

*“Teníamos un pescador. Pesaba 80 kg y por la TB bajó hasta 60 kg. Me acuerdo que él vivía casi a 40 minutos del puesto de salud. Bajábamos en la ambulancia. El médico de turno en ese entonces hacía colecta entre el equipo para su canasta de víveres. Aparte que el PANFAR te da, ellos eran una familia numerosa. El alimento era para él, pero notábamos que él lo compartía con la familia. Juntábamos de los trabajadores y la comunidad y le llevábamos”. (Enfermera 8)*

*“Yo tuve que bajar para ver porque no quería tomar. Ya solo le faltaban dos tomas y le dijimos que le íbamos a dar una canasta y un bono, que salió de nuestro bolsillo, no fue la canasta de la municipalidad. Esto porque quedas marcado si no cumples la meta del tratamiento, debes hacer un montón de papeleo explicando y no queríamos eso, y no queríamos quedar marcados”. (Enfermera 3)*

Es interesante mencionar que por más que sea algo subjetivo y discrecional categorizar a un paciente como vulnerable, para que reciba ayuda, es una decisión que se acepta y se refuerza al momento de hacer la colecta de dinero o de víveres. Es a partir de ella que podemos conocer que hay un consenso o por lo menos no se mencionan conflictos respecto a quiénes merecen la ayuda. En los siguientes testimonios podemos observar eso, además de la participación de otras instituciones que son contactadas para participar en la ayuda de pacientes. Es importante resaltar que la vinculación con instituciones de la zona sí está contemplada en la norma, pero no se especifica cómo utilizar estos vínculos en beneficio del paciente.

*“(...) he sido responsable de estrategia, tenía un pacientito que... no era que no quería venir, eran tan pobre, tan pobre, pobre, pobre, pobre, que, yo también era encargada de la jefatura ahí, yo coordinaba con las autoridades de ahí para conseguirle, porque si usted entraba a su casa, no tenía ni siquiera un colchón para dormir, era terrible su situación...entonces, este, yo coordiné con las autoridades, ¿no?, de alguna manera muy sutil, una, sobre todo una de las personas sí sabía y le dije que no lo tenía.... yo sé que no se debe decir, ¿no?... pero le dije a él porque le tenía bastante confianza y él me dijo "De mi boca no voy a decir nada, Licenciada, pero yo sí la voy a ayudar, voy a hacer la lucha, que esa casa tenga todas sus cositas", y él me ayudó (...) y se consiguió, le conseguimos cama, colchón, víveres”. (Enfermera 4)*

En este testimonio también podemos notar como en el marco de una práctica discrecional, motivados por la buena voluntad de ayudar a alguien, se rompen otras normas como la confidencialidad del paciente. Esto daría cuenta de la alta capacidad movilizadora de los valores profesionales y la búsqueda del bienestar del paciente sobre lo normado.

Por otro lado, no solo se entregan dinero o víveres, también se compran medicinas que faltan en el establecimiento de salud para completar las dosis diarias de los pacientes con TB. Esta práctica se debe a errores de coordinación en los requerimientos de medicinas con la red principal de la provincia. Ocurre poco, ya que existe la percepción de que sí hay un suministro y distribución eficiente de estas pastillas. Además, como ocurrió con el acompañamiento del paciente al hospital para los exámenes basales, esta práctica tampoco es secreta, sino que se revela y comunica a otros BC.

*“Entonces, ocurrió de que para hoy día, vamos a suponer, para hoy día no contaba con las 2 pastillas de Amoxicilina clavulánica, solamente con la Cicloserina, entonces, de primera instancia, lo que hice fue "Sabe qué, no hay el tratamiento completo, solamente le voy a dar esto"...pero me quedó el cargo de consciencia de que "Voy a hacerle una pausa, voy a hacer un vacío"...entonces, se me ocurrió "Sabes qué, corre cómprate en la farmacia", como mi compañero es farmacia, ¿no?, le digo "¿Cuándo me vas a poder conseguir la Amoxicilina?", "Para mañana, licenciada, para mañana", "¿Seguro?, ¿para qué hora?", "En la tarde", "Ya, entonces, por favor, corre*

*cómprame 4 pastillas...2 para ahora y 2 para mañana en la mañana. Entonces, me he ido a la casa de la paciente, solo tomó 1 pastillita, de las 3 que le tocaban en la tarde, solo tomó 1...entonces, he ido a su casa, le he dado sus 2 pastillitas, he visto que las ha tomado y me he ido a mi casa... al día siguiente, se le dio el tratamiento de la mañana, pero no había igual para la tarde, entonces, le digo a mi compañero, "¿dónde están las que ibas a conseguir?", "Es que no tienen", "¿Y ahora? -le digo- ¿solución?", eso ya fue el sábado, digo, "¿Ahora, solución?", "No sé", "comprarás las 2 pastillitas para la tarde, como no toma domingo - le digo- ya hasta el lunes solucionas el problema", ¿no?, entonces, qué le digo, en este caso de que quise encontrar una solución... lo primero que pensé fue el beneficio del paciente, o sea, que no se perjudicara, cuando no tomó las 2 pastillas, estaba con ese cargo de consciencia "¿Y si no se mejora por esto?, oh, estoy haciéndole una pausa, estoy haciendo un hueco", y hacía mis cosas y estaba pensando, "no, corre, compra las pastillas". (Enfermera 6)*

Otras prácticas relacionadas a las colectas y a la entrega de ayudas son la negociación por rotación de productos y la de ofrecimiento. La negociación por rotación de productos es un canje que se realiza entre los visitantes médicos con los BC médicos con el fin de conseguir productos para regalar a pacientes con TB, así como desarrollar actividades que ayuden a la adherencia al tratamiento. El visitador médico ofrece traer esos productos si el médico a cambio receta los fármacos que vende. Por otro lado, el ofrecimiento consiste en ofrecer eventos donde se entregarán los productos para motivar a que grupos de personas se

acerquen al establecimiento y reciban información sobre TB o sus tratamientos correspondientes. Esta práctica, como comentó el personal del testimonio, se da en contextos donde hay mucha TB y mala adherencia al tratamiento, y se vuelve necesario aplicar estrategias para fortalecer el vínculo entre establecimiento de salud y paciente. Es importante resaltar que no es claro si esa acción está contemplada en la norma, pero definitivamente el BC no la considera como parte de su rol como doctor.

*“Cómo hacemos para que el paciente venga (...) La naturaleza humana creo de ese sector es todo hacen “a cambio de”. Hicimos tómbolas. En el caso de embarazadas que tienen el bacilo de Koch. Siempre vienen los visitantes médicos, ofreciendo sus productos (muestra y nombra los productos), (le dice) yo te voy a ayudar a mover esto, te prometo que sí. Ellos siempre dicen doctor apóyenos, si es usted me apoya con 10 recetitas, 20 recetitas, le prometo que le voy a traer un regalito. A raíz de eso, yo le digo, yo te doy mi palabra de que lo muevo, te soy sincero, pero tú apóyame pues, con unos packs, unos kits de pañalitos, un bolsoncito, unos 12 bolsoncitos. Y ellos siempre, pucha, doctor. Le digo, te muevo 50, 70 recetas de este, tú me conoces. Ellos ya doctor, 70 sí. Y ya, quiero 12 kits le digo, ya doctor, y listo para tal fecha. Si me fallas, le digo, no te muevo ni una y le voy a hacer mala reputación a tu esto (coge la muestra gratis). Y me traía, y así conseguía, lo conseguía (...) siempre con la bendición de Dios, siempre, conseguíamos más de lo que planificábamos. Y ya pues. Otros decían no puedo conseguir kits, puedo conseguir sándwiches, refrigerios, ya decía, 50 sándwiches con sus*



*juguitos. Entonces, decíamos a las gestantes para tal día hay reunión y las pacientes que cumplan, hay un carné para el seguimiento, cuando lleguen a esto (apunta al carné como si lo tuviera en la mano), les vamos a dar esto. El plan era hacer la tómbola, dar los tickets y regalar, pero conseguimos más, dijimos “hay que regalar”. Y así, les vamos a regalar esto y mientras sus quequitos o sándwiches, si cumplen el esquema del tratamiento que les estamos pidiendo. (...) También lo he hecho con un contacto en Cáritas, que consiguieron menestras en bolsitas. (...) Cuando hacemos nuestros sortilegios mejor, bastante, basta que le pasemos la voz a uno, y a ese uno le tenemos que dar algo, y vienen. Y la pregunta del millón, pero ¿Hasta cuándo vamos a sostener eso? Nosotros no tenemos caja chica, así no debe ser, pero es mi trabajo y eso no me pide la norma que haga, no debería ser parte de trabajo”. (Doctor 2)*

La discrecionalidad es percibida en el último testimonio como no deseada. Esta percepción contrasta con las que apelan a la vocación de la profesión y a la entrega del profesional de salud hacia su paciente. Esta más bien enfatiza la desvinculación del rol del doctor con su práctica final.

Es interesante analizar que las prácticas que implican la coordinación con actores del contexto del paciente son entendidas como prácticas discrecionales aun cuando en la norma sí esté contemplado este tipo de coordinaciones. En el acápite J5 del capítulo 6 (pg 79) de la norma se indica que para promover la adherencia al tratamiento el EE.SS debe interactuar con agentes comunitarios de salud,

organizaciones de afectados o de base, gobierno local, instituciones no gubernamentales u otros actores de la comunidad (8). La no consideración de esta indicación puede deberse a su desconocimiento o a una interpretación de la norma. En cualquier caso, el BC sentirá que está actuando de forma autónoma y no respondiendo a una normativa. Esto puede generar, como en el último testimonio, que prácticas demandadas institucionalmente (como la coordinación con actores de la comunidad) sean entendidas como trabajo extra y no correspondientes al rol del profesional.

En resumen, las colectas y las ayudas son prácticas discrecionales y socializadas, a veces llevadas a cabo por iniciativa de las personas que dirigen la micro red o por BC desde su rol en los establecimientos. Estas implican una categorización del paciente como alguien necesitado o vulnerable. En las colectas y ayudas también pueden participar instituciones. Además, no solo funcionan para ayudar a pacientes necesitados, sino también para sobrellevar percances en el tratamiento por la mala gestión de recursos en la estrategia. Por último, pueden implicar negociaciones con terceros a cambio de beneficios para los pacientes. Esta última genera una discrecionalidad no deseada, la que contrasta con una vinculada a los valores profesionales.

### **5.1.5 Trabajar fuera de turno**

La norma técnica menciona que se deben realizar las coordinaciones necesarias para que el paciente pueda recibir las dosis de su tratamiento en días no laborales, esto implica la distribución de turnos entre los profesionales de salud. A pesar

de ello, la condición, horarios de trabajo y actitudes de algunos pacientes con TB generan la necesidad de ir a visitarlos en horarios fuera del turno establecido.

Cuando el paciente es visitado y tiene horarios de trabajo que no coinciden con el del BC, se suele acordar la hora de las visitas. Hay ocasiones donde el paciente puede llegar tarde del trabajo y el profesional lo tiene que esperar. Del mismo modo, el no sacrificar horas de trabajo o de otras actividades para facilitar el recibimiento del tratamiento es percibido como una irresponsabilidad de parte del paciente.

*“Sí, había un transportista, íbamos a su casa 7 de la mañana. Él desde la chacra salía a las 4 de la mañana... ya no lo encontrábamos. Íbamos a las 6 de la noche, llegaban ellos a las 8 de la noche. Todo el día, ¿cuándo lo íbamos a encontrar? Ellos trabajan así su horario. Ellos mismos no se daban tiempo. Así como te digo, teníamos que estar esperándolos fuera de nuestro horario, cuando van a llegar”. (Enfermera 3)*

Incluso sucede cuando el paciente vive lejos y tiene dificultades de acercarse al establecimiento por su condición de salud. Hay casos donde el mismo BC, de forma voluntaria y con el motivo de hacerle un seguimiento clínico completo, realiza las visitas y suministra el tratamiento, a veces fuera de su horario de trabajo.

*“Teníamos un pescador. Pesaba 80 kg y por la TB bajo hasta 60 kg. Me acuerdo que él vivía casi a 40 minutos del puesto de salud. Bajábamos en la ambulancia. (...) Él (el doctor) rigurosamente cumplía con las visitas. A pesar de que no le tocara turno, a pesar de que no le tocara quedarse allí porque era de Arequipa. Un día, para poderlo controlar, él iba, lo pesaba y todo. Y se aseguraba que vaya mejorando”. (Enfermera 8)*

Se resalta en este caso el reconocimiento de parte de otros profesionales por el compromiso con el bienestar del paciente de la persona que trabaja fuera de sus horarios. Este tipo de sacrificios también ocurren cuando ocurren imprevistos en la administración de los recursos para brindar el tratamiento y se requiere que alguien invierta tiempo fuera del horario establecido.

*Yo trabajaba en la parte de alta y las refrigeradoras no estaban funcionando bien. Las llevamos [las medicinas] caminando a las 7 pm [fuera del horario laboral]. (Enfermera 2)*

Como hemos visto, trabajar fuera de turno puede ser una práctica regular o excepcional. Así como puede ser pedida por el paciente o ser iniciativa del profesional de salud. En la mayoría de los casos, sucede porque el paciente recibe el tratamiento en casa.

Sin embargo, también se resalta que algunas BC no están dispuestas a trabajar fuera de turno o a realizar visitas a las casas. Estas consideran que esa actividad

no les compete a ellas. Esto genera un ambiente tenso, ya que a pesar de los reclamos estas no realizan la visita. Esta actitud de negación es importante porque evidencia que hay un marco normativo (la forma de trabajar del centro de salud) que no corresponde a la norma técnica, y que pareciera encontrarse en constantes negociaciones sobre qué exigir. Se puede entender entonces el “apoyar” trabajando fuera de turno como una aceptación de cierto marco normativo.

*A veces se dan muestras que luego deben traer, para el diagnóstico de familiares, pero no las traen y nosotros tenemos que ir. A veces estamos solas y ocupadas y no podemos ir, ahí el personal técnico debe apoyarnos, aunque no les importa y se pierde el día por ir a recoger una muestra o se pierde hasta la muestra. Las personas salen a trabajar y los frascos se malogran y luego ya no tienen tos para recoger otra muestra. Algunas no quieren ir. Hay personal que no colabora. (Enfermera 2)*

*“Me dicen, "yo venir a hacer un documento o hacer una reunión fuera de mi turno, no". Entran 7:30 y se van 1 en punto. Si en su turno ella no ha hecho algo que no le compete en su turno no lo hace, busca excusa, “no quiero, no estoy de turno”, y si no está de turno, no viene. Y luego la otra Srta...viene y todo no sabe, "oye, vamos a hacer esto”, "necesito alguien quien me ayude”, no, "pero acaso yo llevo eso" "yo no llevo eso", "eso no es mi esto", pero hay que ser.... "me canso", "estoy enferma" (...). (Enfermera 9)*

Estas tensiones son significativas porque revelan cómo la norma a veces no coincide con la estrategia. Por un lado, las BC enfermeras y encargadas demandan que se trabaje fuera de turno y explícitamente se quejan de que algunas BC técnicas en enfermería solo están cumpliendo sus funciones (como si hubiera una expectativa normalizada de realizar otras); en otras palabras, las BC enfermeras piden que se trabaje como “normalmente” se trabaja, por ejemplo, fuera de turno. Por otro lado, las BC técnicas en enfermería se niegan a hacer algo si no está mencionado en la norma.

#### **5.1.6 Clasificación de las prácticas discrecionales identificadas**

La tabla 9 muestra las prácticas anteriormente descritas clasificadas según el marco normativo que las contempla y la autonomía con que se realizan. Podemos dar cuenta que dar el tratamiento para la casa, recoger pruebas de esputo a pacientes asintomáticos, realizar colectas y entregar ayudas a los pacientes y trabajar fuera de turno califican como prácticas discrecionales según Lipsky, porque se realizan autónomamente. En otras palabras, a partir de una iniciativa propia del BC.

Al mismo tiempo, estas son parte de la forma de trabajar la estrategia contra la TB. Se agrega la práctica de “acompañar al paciente a realizar exámenes basales al hospital” Es decir, forman parte de una normalidad en el trabajo de la estrategia y por lo tanto hay expectativas de parte de otros BC y pacientes en que se realicen en situaciones específicas.

Hay una excepción con respecto a “dar el tratamiento para la casa”, ya que esta práctica no es entendida de forma positiva y abierta como las demás. Los casos en los que se permite son excepcionales. Pero, sobre todo, no son parte de la forma de trabajar en la estrategia porque no hay una expectativa de que suceda, es decir no hay una demanda grupal.

**Tabla 9.** Clasificación de prácticas que han sido identificadas como fuera de la normativa en la implementación de la norma técnica.

<b>Prácticas percibidas como discrecionales</b>	<b>Contemplada en la norma técnica</b>	<b>Práctica realizada con autonomía (discrecionalidad según Lipsky)</b>	<b>Contemplada en la forma de trabajar la estrategia contra la TB</b>
Dar el tratamiento para la casa (sin supervisión)	No	Sí	No, pero se permite excepcionalmente.
Recoger pruebas de esputo a pacientes no sintomáticos	No	Sí	Sí
Acompañar al paciente a realizar sus exámenes basales al hospital	No	No	Sí
Realizar colectas y entregar “ayudas” a los pacientes	No	Sí	Sí
Trabajar fuera de turno	No	Sí	Sí.

*Nota.* Elaborado por el investigador

La tabla 10 nos ayuda a sintetizar los motivos que identifican los BC para realizar sus prácticas discrecionales.

**Tabla 10.** Motivos atribuidos a las prácticas fuera de la normativa en la implementación de la norma técnica contra la TB

<b>Prácticas identificadas</b>	<b>Motivo atribuido al paciente</b>	<b>Motivo centrado en el BC</b>
Dar el tratamiento para la casa (sin supervisión)	Que no descontinúe el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar traslado de grandes distancias.</li> <li>• Ahorro de tiempo en hacer</li> </ul>



	Que ahorre dinero al no ir al centro de salud.	una referencia a otro centro de salud. • Cumplir metas
Recoger pruebas de esputo a pacientes no sintomáticos	No es una práctica justificada en el paciente.	Cumplir metas
Acompañar a paciente a realizar sus exámenes basales al hospital	Que cumpla todos sus exámenes basales Que no descontinúe el tratamiento.	Cumple con las responsabilidades de la estrategia contra la TB
Realizar colectas y entregar “ayudas” a los pacientes	Que no descontinúe el tratamiento	Cumple con los valores de su profesión.
Trabajar fuera de turno	Que no descontinúe el tratamiento.	Cumple con las responsabilidades de la estrategia contra la TB.

*Nota.* Elaborado por el investigador

La tabla 10 también permite reconocer que cuatro de las cinco prácticas discrecionales identificadas son realizadas para que el paciente no descontinúe el tratamiento. En ese sentido, se puede concluir que hay una relación entre las prácticas discrecionales y la adherencia al tratamiento.

En la siguiente parte se desarrollarán los temas vinculados a estas causas a partir del desarrollo de marcos normativos.

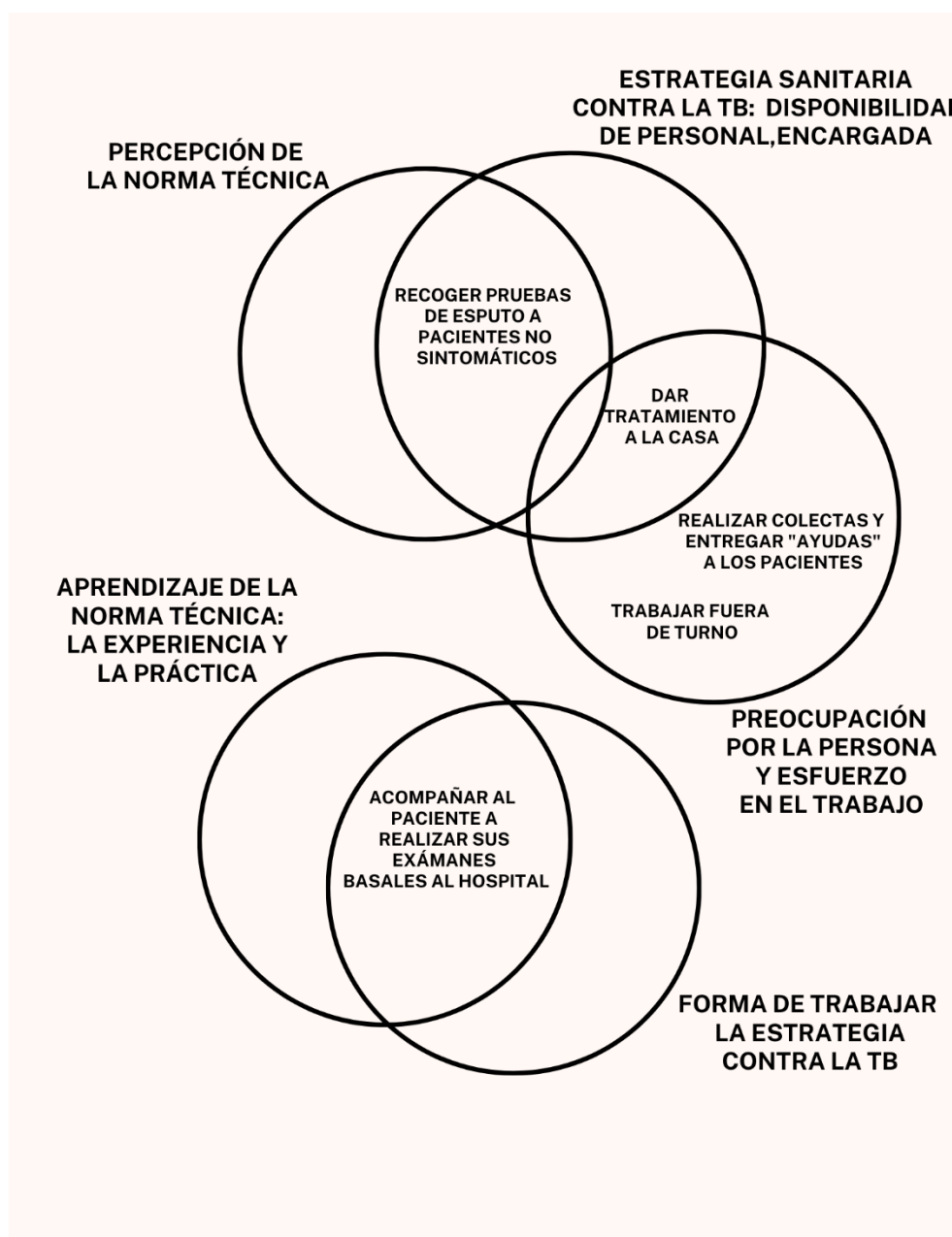
## **5.2 Factores vinculados a las prácticas fuera de la normativa en la implementación de la norma técnica.**

En esta parte se desarrollan los factores vinculados a las prácticas identificadas como fuera de la normativa en la implementación de la norma técnica, las que incluyen las prácticas discrecionales. Estos factores se han organizado en las siguientes 5.

- 1- La estrategia sanitaria contra la TB: disponibilidad del personal de salud y encargada de la estrategia.
- 2- La preocupación por la persona y su esfuerzo en el trabajo
- 3- El aprendizaje de la norma técnica: la experiencia y la práctica
- 4 - La percepción de la norma técnica
- 5 - La forma de trabajar la estrategia contra la TB

Las categorías responden a las motivaciones encontradas en las prácticas discrecionales. En el siguiente gráfico se asocia la práctica a cada categoría. Esto no quiere decir que las categorías únicamente sirvan para comprender la práctica a la que está asociada, sino que parten de esta para construir un sistema de motivaciones.

**Gráfico 4.** Categorización de los motivos de las prácticas discrecionales identificados por los BC



Fuente: Elaboración propia.

### **5.2.1 La estrategia contra la TB en el contexto organizacional**

Cuando hablamos de contexto organizacional nos referimos a los elementos que configuran la forma de trabajar en un centro de salud; como las exigencias administrativas, la organización interna y los recursos humanos. Consideramos que el contexto organizacional es donde se construye y reproduce la forma de trabajar de la estrategia sanitaria de la TB.

Se desarrollan 5 temas a partir de los hallazgos de las entrevistas y su relación con las motivaciones de las prácticas identificadas en la sección anterior. Estos temas son 1) La estrategia contra la TB, 2) la encargada, , 3) los recursos del establecimiento, 4) las metas de la estrategia.

#### **5.2.1.1 La estrategia contra la TB**

Las actividades para el control de la TB se dan en el marco normativo de la “Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la TBC”, la cual es dirigida desde la DIRESA y tiene concordancia con la norma técnica. Sin embargo, la normatividad en los centros de salud es más compleja.

Algunos BC señalan que en paralelo existe la normativa del centro de salud que establece los horarios de trabajo y las estrategias sanitarias que cada BC debe llevar. Del mismo modo, señalan que por más que haya protocolos, los BC tienen

la decisión final si aplicarlos o no, o de decidir sobre cómo se realiza dependiendo de la practicidad de este.

*(...) tú te adaptas a la normativa del centro de salud. Tu entrada, tu salida y tus estrategias. Las estrategias vienen ya protocolizadas desde nuestra red, mi meta es esta , estrategias generales te dan y tu ya ves cómo lo aplicas. Entonces no hay como yo me voy con este protocolo de atención, no . Los protocolos están dados general, enfermera, médico, obstetrix en la forma de atención. Tú ya te la juegas cuando estás de frente en atención, con el paciente. Tu ya ves si aplicas o no aplicas, haces o no (Enfermera 5)*

*Siempre hay alguien más antiguo que tu ahí, que te da una inducción, de cómo están trabajando. Ya tu decides si lo sigues haciendo así , o si puedes cambiar algo también. Y ves si funciona o no funciona.(Enfermera 2)*

Ambos testimonios también manifiestan un grado de obligatoriedad en el trabajo. El primero desde la protocolización de las prácticas y el segundo desde la forma en cómo se trabaja en el centro de salud. Ambas percepciones se analizarán luego en la sección “La percepción de la norma”.

“La estrategia de TB” o simplemente “la estrategia”, como la llaman normalmente y como nos referiremos a ella, es percibida por algunos entrevistados, como una manifestación administrativa y práctica de la norma técnica. Esto produce que muchas veces, por más que sepan que son dos cosas

distintas, cuando se pregunta sobre el desarrollo de la norma, lo común es que se describa el funcionamiento de la estrategia.

*Si, en todos... la norma a mi parecer es bien interesante, porque te enseña muchas cosas y al leerla te encamina, por más que no hayas sido capacitado. He entrado por primera vez a la estrategia por SERUMS, ahí te indica todo por tratamiento, la fase, el esquema, los medicamentos, los miligramos por kilo, los controles, cuantas evaluaciones medicas tienes... evaluaciones de enfermería; por qué servicios tiene que pasar (Enfermera 3)*

Del mismo modo la estrategia también es percibida como un lugar o procedimiento en el cual los pacientes, al ser diagnosticados, “entran” o participan.

*Llega, se acerca a sacar una cita con el médico. Admisión primero; luego, médico. El médico lo examina, ve si es sospechoso y cuando es confirmado ingresa a la estrategia. Nosotros tomamos la muestra y la pasamos al laboratorio. Ahí la procesan y depende del resultado ese, para que ingrese a la estrategia. (Enfermera 2)*

Esta investigación propone que una buena forma de entender el condicionamiento de las prácticas discrecionales es a partir de considerar “la forma de trabajar la estrategia de TB” o “la estrategia de TB” no solo como una estrategia sanitaria, sino como un marco normativo que constantemente se está

retroalimentando en tensiones sobre “lo que se debe hacer” y lo que “se termina haciendo”, generado una normalidad en la forma de trabajar, a partir de la socialización de prácticas en el tiempo. Esta normalidad estaría condicionada por el contexto en el que se lleva a cabo y los elementos que lo componen, como los roles administrativos, los recursos disponibles y las metas a cumplir.

La razón de esta propuesta tiene varios motivos: el primero es que los BC usan de referencia directa a “la estrategia” cuando se pregunta por alguna exigencia institucional, cuando no necesariamente esta está en la estrategia sanitaria ni en la norma técnica, es decir es una construcción sobre algo que parece tener una correspondencia institucional, pero no siempre es así.

En esa línea, el segundo motivo, son las diferentes coincidencias y contradicciones que sus respuestas tienen con la norma técnica, generando un marco normativo variante, con tensiones y no aceptado por todos, pero si socializado. El tercer motivo es la valorización del aspecto práctico en la enseñanza sobre el aspecto teórico. El cuarto motivo es la tensión que se genera entre expectativas sobre cómo debe ser el trabajo (construidas históricamente en contextos de mayor escases) con como las reglas actuales dicen que se debe trabajar. Estas tensiones entre BC evidenciarían un marco normativo en construcción constante que no se explicaría con sólo la norma técnica y la estrategia sanitaria de TB. Y el quinto motivo es la figura de la encargada de la estrategia, que como se verá en la siguiente sección, aporta características individuales a la forma de conducir la estrategia, pero también, por su ciclo de

rotación de un año, permite una continuación en la forma en conducir la estrategia contra la TB.

Las exigencias sobre lo que se debe hacer están enmarcadas en “la estrategia” y no en la norma técnica. Podría decirse que “La estrategia” es la expresión práctica e histórica de la norma técnica, la organización de la Estrategia Sanitaria contra la TB (DIRESA) y la normativa de trabajo de los centros de salud. En las siguientes secciones, donde se seguirán explorando los motivos de las prácticas discrecionales, se verá con claridad cómo funciona la estrategia como marco normativo.

A continuación, se seguirán explorando elementos que conforman el contexto organizacional.

### **5.2.1.2 La Encargada**

La responsabilidad del desarrollo de la estrategia recae en una BC licenciada de enfermería que trabaja en el centro de salud. A esta persona se le denomina “la encargada” o “la responsable” de la estrategia. Su responsabilidad consiste en asegurar que los pacientes terminen su tratamiento. Para ello, cuenta con la disponibilidad del resto de BC del establecimiento. Sus actividades principales son: la coordinación con el resto de BC, la administración de pastillas, la gestión los cambios de fases, seguimiento general del paciente, gestión de las pastillas con la red de salud y el cumplimiento de las metas de la estrategia. Además, el



registro y reporte en las fichas correspondientes de estas actividades para las instancias administrativas superiores. Ella viene a ser la responsable de cumplir con lo señalado en la sección de la norma técnica sobre Atención de Enfermería de la Persona Afectada por Tuberculosis.

*Mi meta principal como coordinadora de mi estrategia es evitar el abandono. Es mi objetivo principal. A veces, hay pacientes que no quieren o se sienten cansados de venir. Vamos a su casa a darles. Pero colaboran porque les hemos explicado al inicio. (Enfermera 2)*

*Tenemos una enfermera que es la encargada, es su estrategia. Ella está detrás de los pacientes. Ella se encarga de ver que haya frasquitos, que el laboratorio produzca. Cuando nos juntamos nosotros, ella sale a buscar, a conseguir pacientes. Ella capta sintomáticos. Ella está gestionando que traigan las medicinas y que sus suplementos lleguen. El resto apoya en el DOT y seguimiento. (Doctor 2)*

Para algunas BC, la forma de trabajar una estrategia va a depender de la persona a cargo. Al preguntarles si encontraban diferencias entre la implementación de la norma en el establecimiento de salud donde se encontraban ahora con respecto a otros anteriores, la gran mayoría dijo que sí, y que se debía a la encargada de la estrategia. Específicamente a su metodología de trabajo, su forma de coordinar con el equipo y su personalidad.

*¿En qué se puede diferenciar la estrategia de acá con otros lugares? Mmm  
Primero pienso... claro, todos conocemos la norma, el tema es la persona que  
lleva la estrategia y cómo lo quiere llevar... la forma, no sé... la metodología...  
puede ser, quizás... (Técnica en Enfermería 3)*

*Es su estrategia, ¿no? [De la encargada], y, a veces, ella me llama "[Nombre  
de la entrevistada], no te vas a olvidar" o nos deja un papel pegado ahí  
"[Nombre de la entrevistada] ¿te diste cuenta del papel?", "Sí, sí, sí, sí, me di  
cuenta", le dije, "Sí, ya, ya, amiguita, ya le pedí, ya". O a veces, ella se olvida  
"[de los medicamentos], no los deja, y, entonces, va a Arequipa, siempre se  
acuerda ella, porque siempre debemos hacer nuestra entrega de turno. Así  
coordina ella y todo bien, no todas las estrategias son así, pero TB va bien.  
(Enfermera 4)*

*No lo sé, depende mucho del profesional, ver cómo hace para que esto vaya bien,  
no sé, quizás de las medidas... estrategias que ellos optan por hacer, para  
llevarlo bien... Por ejemplo, acá, la encargada es muy estricta, a ella sí... ya  
lleva muchísimo (...) Ella lleva bastante tiempo la estrategia del TB y ella es  
bien exigente, y así como es exigente, hay siempre alguno que otro que no lo  
es. (Técnica de enfermería 4)*

Justamente, estas diferencias coinciden con lo señalado en el marco teórico sobre la norma técnica, sobre la no especificación de cómo gestionar o coordinar las actividades demandadas. Es significativo ver cómo estas diferencias se dan en el

marco de la aplicación de la estrategia, la cual se entiende hasta como una propiedad de la encargada, es “su estrategia” dice una BC enfermera, como enfatizando la agencia que tiene la encargada sobre ella.

Las encargadas de la estrategia también comunican cómo esta debe darse, capacitando a los recién ingresados a ella o informando de las posibles actualizaciones o cambios a los profesionales antiguos. El contenido de las capacitaciones puede ser información de la norma técnica, así como la forma de realizar procedimientos específicos del establecimiento de salud o requeridos por la misma encargada. Esta actividad es considerada como una inducción a la rutina laboral que demanda la estrategia. También es considerada importante porque es la responsable de mantener actualizado al resto de BC de los posibles cambios o actualizaciones de la norma.

*Generalmente, cuando es personal nuevo, serumistas, entonces cada persona encargada de cada estrategia le damos un reforzamiento de capacitación, no será de fondo, pero damos a conocer que existe una norma y cada paciente que ingresa se maneja así. Indicándoles todo el procedimiento, dar a conocer. Ahí nos preguntan las dudas del personal de salud que tienen, cómo se trabaja. Ellos se adecúan al trabajo que nosotros hacemos en mayoría, ahí nomás ellos se forman, a esa rutina. (Enfermera 3)*

*Con esa prueba e iniciado el tratamiento, se le explica [al paciente]. Lo tiene que hacer el personal que está. Si está la responsable, lo hace ella, porque está más capacitada con las últimas capacitaciones. (Enfermera 5)*

Esta función de inducción al personal de salud no está en la norma técnica, pero a partir de las condiciones reales del contexto organizacional, como el flujo de BC serumistas, la responsabilidad histórica de las BC enfermeras con el manejo de la tuberculosis en los centros de salud y el que las encargadas sean las más capacitadas en el tema, termina siendo necesario que exista y se institucionalice en la forma de trabajar la estrategia. Esto consolida la idea de que la estrategia trasciende a lo propuesto por la norma y permite incluir acciones que permitan el cumplimiento de los objetivos finales, en este caso generando BC capacitados y actualizados para que puedan atender con solvencia a los pacientes y culminen su tratamiento. La inducción de las encargadas forma a los BC en lo que hemos llamado la forma de trabajar la estrategia contra la TB, es decir, en el plano práctico de la implementación de la norma técnica.

### **5.2.1.3 Metas de la estrategia**

Las metas de la estrategia contra la TB son herramientas de gestión que permiten evaluar el desempeño de un establecimiento de salud. Están vinculadas a diferentes indicadores sobre los procesos conducidos por la estrategia, como la captación de muestras, diagnóstico, tratamiento y cumplimiento de fases, entre otros. El cumplimiento de las metas, por lo tanto, es un indicador importante en

la evaluación de los responsables de los establecimientos de salud y su gestión, así como de las microrredes de salud y gerencias de salud a las que pertenecen.

Lo principal a comprender de las metas es su sentido de obligatoriedad. No pueden ser negociadas directamente por los BC y su cumplimiento puede justificar prácticas inusuales e ingeniosas o no contempladas en la normativa. A esto se le suma la percepción de la necesidad de una estrategia que imponga control a la TB, por lo que se comprende la rigidez en la imposición de metas, al parecer difíciles de alcanzar.

*La estrategia tiene sentido. Si no hubiera esta estrategia, todo estaría a la deriva y se dispararían los casos. Tiene un control. De repente, algunas modificaciones podrían haber. De repente, captar los sintomáticos reales, porque cuando nos dicen el 15% de las atenciones, pero ese 15% de repente no tienen iras o no ameritan, pero la estrategia es bien cerrada, sí o sí me tienes que enviar tantos esputos. Es un indicador, un resultado que debes cumplir. (Enfermera 7)*

*Yo tuve que bajar para ver por qué no quería tomar. Ya solo le faltaban dos tomas y le dijimos que le íbamos a dar una canasta y un bono, que salió de nuestro bolsillo, no fue la canasta de la municipalidad. Esto porque quedas marcado si no cumples la meta del tratamiento, debes hacer un montón de papeleo explicando y no queríamos eso, y no queríamos quedar marcados. (Enfermera 8)*

Aunque el cumplimiento de las metas tenga resultados positivos, como encontrar personas afectadas de TB que desconocían su diagnóstico, también tiene consecuencias negativas. Estas son la equivocación en el proceso evaluado, como las malas tomas de esputo y la percepción de maltrato al personal de salud y al paciente. Estas consecuencias son identificadas como resultado de cumplir las metas, sobre todo la cantidad de muestras de esputo por su dificultad en alcanzarla.

*Pero, nos empezaron a pedir 7% o 10%, entonces, por cumplir con la cifra. Entonces, a veces de repente hemos incurrido en tomar mal las muestras, ¿no? Porque no había la disculpa de "Bueno, no hay, pues, sintomáticos", sino que "Busquen, busquen, busquen" y de repente eran pacientes repetidos, igual las muestras, ¿no? (Enfermera 6)*

*Esto condiciona el trato al paciente, bastante influye. El mismo gobierno central que pide metas, pide números, sin ver cómo se hace el procedimiento, nos ponen indicadores que para ellos son 5 y no sabes cómo los darás, pero me das 5, pero no es fácil, ellos miden solo números, las personas no son números. Eso hace que los médicos no se demoren mucho, no hay buen trato al paciente. (Enfermera 9)*

Como se puede ver en el último testimonio, existe la percepción de que la institución es indiferente (no se sabe si intencionalmente o no) con la forma en cómo se llegan a cumplir las metas. Esta indiferencia generaría, al fin y al cabo,

congestión en los centros de salud y por lo tanto mala calidad de atención. Es clave entender esta obligatoriedad desde los estatus de diferentes marcos normativos. Pareciera que las metas serían más coercitivas que las normas técnicas.

En los centros de salud las jefaturas de los establecimientos conocen de estas exigencias y son conscientes de que los BC deben realizar esfuerzos extras. Al mismo tiempo, entienden que la meta funciona como un propósito grupal al cual aspirar en conjunto y que las jefaturas deben valorar el esfuerzo que demandan. De hecho, motivar al BC para que pueda rendir como la meta lo sugiere, a pesar de la insuficiencia de personal, es entendido como parte del trabajo de las jefaturas.

*Las metas son necesarias para que el compañero de trabajo pueda tener una meta, avanzar, necesitamos de un propósito y esas metas son nuestro propósito. Y a veces sí, es muy cierto, que son muy exageradas e implican sobre esfuerzo, pero eso ya es valorado por las coordinaciones, quienes deben saber sustentar que es muy elevado, ¿no? No se está ajustado a la realidad, al recurso humano con el que cuentas. Entonces motivas a producir. (Enfermera 1)*

La forma de valorar el esfuerzo de los BC por las jefaturas es a partir de compensar las horas extras trabajadas con horas de descanso en horarios laborales. Además, estarían dispuestos a otorgar permisos por problemas

familiares. Esto también es entendido como una forma de recompensa de parte de la institución por el sacrificio del BC.

*Lo que hacemos en la micro red es hacer compensación de tiempo por tiempo. O damos alguna facilidad por temas familiares. No hacemos de lado sus necesidades personales o familiares. Valoramos esa parte, en recompensa la institución tiene la entrega total del personal. (Enfermera 8).*

#### **5.2.1.4 La disponibilidad del personal de salud**

La cantidad de personal de salud es un recurso del establecimiento considerado por varios BC. Su disponibilidad está vinculada, entre otras cosas, al apoyo en la estrategia contra la TB.

La escasa disponibilidad de personal de salud provoca que se tengan que asumir roles y realizar tareas no correspondientes al puesto. Lo cual es un problema para el reporte de las actividades realizadas. Igualmente, el escaso personal también genera una sensación de sacrificio en el trabajo, ya que se le sigue exigiendo resultados, a pesar de la escasez de recursos para realizarlo. Asimismo, la carencia genera una percepción de descuido en las actividades de promoción vinculadas a establecimientos de salud de primer nivel.

*Cuando hay pocos profesionales, las tareas se distribuyen en las personas que haya sin importar las especialidades. (Enfermera 6)*



*Depende del puesto... por decir, yo como técnica que yo estaba en el [se omite nombre de centro de salud], que le comenté... yo vine acá a [se omite nombre de centro de salud]; antes siempre trabajaba con profesionales. Mi función era de técnica: triaje ... como le digo, somos acomodadas, ¿no? Porque no somos de limpieza, hay personal de limpieza... entonces, nosotros no atendíamos, como técnica nunca he atendido como profesional. Cuando he llegado a un puesto de nivel 1 - 1 como este, yo soy el portero y hasta el médico. He ganado algunas funciones; como técnica, en otros puestos, yo tengo que romperme la cabeza para ver qué informo. Hago mucho, pero no puedo informar nada. (Técnica de enfermería 4)*

*Nosotros deberíamos estar comunicando y trabajando hábitos. Pero no valoran eso los trabajadores. ¿Cómo nos evalúan? Mirando cuantas personas han atendido, mas no en los cambios de hábitos que hemos realizado. Demanda mucho tiempo y no hay recursos. (Doctor 1)*

En la misma línea con el último testimonio, parte del descuido de la atención primaria es relacionado a las prácticas extramurales vinculadas a la promoción de salud de TB y que la norma técnica indica, como campañas médicas y actividades de prevención. Demandan mucho tiempo y se prioriza la labor asistencial. Esto se revela en los criterios de evaluación del trabajo, como el número de atenciones realizadas, y en la preferencia por algunos BC al trabajo intramural. Del mismo modo, este descuido también se revela en la resignación

realista por trabajar a pesar de ser conscientes de que no alcanzarán sus objetivos y no estar actuando según su identidad profesional.

*Nosotros estamos perdiendo parte de nuestra identidad que quizás sea salir más al campo, por la poca cantidad de gente que trabaja. Sabemos que no estamos dando los frutos que nosotros quisiéramos. A veces acá quieres hacer algo, pero resulta tan enorme que no lo vas a poder lograr. (Enfermera 6)*

Otra consecuencia importante de la falta de personal es que los burócratas perciben su trabajo como acelerado y congestionado. Está relacionado a la combinación de trabajo administrativo o papeleo con el asistencial.

*Tenemos que ver el huequito, los huequitos que nos quedan. La prioridad son los pacientes que deben atenderse. Eso es lo que está sucediendo acá. Nosotros trabajamos tópico, tópico. Cuando no hay pacientes hay los pacientes, ya se relaja un poco el tráfico hacemos el papeleo de las estrategias, cada uno se va a hacer sus estrategias. Yo vengo, me meto rapidito acá, empiezo a avanzar lo que ya no hice, mi trabajo que no hice, pero estoy haciendo bonito y... "¡Inyectable!", y ya tengo que salir. (Enfermera 4)*

Otra idea clave para comprender las prácticas discrecionales en relación a sus recursos es que la falta de personal de salud puede ocasionar, que ante un contexto de precariedad, se valore el desarrollo de habilidades para sobrellevarlo. Esto se evidencia con claridad cuando se hace una comparación entre Puesto de

Salud y Centro de Salud, y zona rural o urbana. En los Puestos de Salud y zonas rurales donde hay menos disponibilidad de personal, las BC técnicas de enfermería suelen realizar tareas que deberían formalmente ser cumplidas por las BC enfermeras. Esto, por un lado, genera sobre carga de trabajo, pero por otro, la oportunidad de generar habilidades asistenciales y administrativas para resolver problemas. Se resalta el valor que le brindan las BC técnicas de enfermería y enfermeras a estas habilidades desarrolladas. Muchas de ellas se sienten afortunadas por haber podido trabajar en esos contextos.

*He tenido buena suerte, en un lugar bien integral, apoyo 100% policía, apoyo 100% del municipio y de la misma población, de lo que son agentes comunitarios. Y nosotros como equipo de salud, con decirte que cuando había campañas, hasta el médico vacunaba. Aquí no es lo mismo que la sierra, allá en una campaña hasta el técnico y el médico vacunaban. Aquí se ha visto el famoso manual de organización y funciones , como médico lo que te compete, tu como enfermera lo que te compete, tu como técnico lo que te compete, bueno, tantos años me había acostumbrado , pero es así, respeto no más. Aquí dile a un técnico que ponga algo, no lo pone, dile al doctor que ponga algo, no lo va hacer. Como te digo, las realidades son diferentes. En algunos lugares es así, trabajo integral, participación de todo el personal de salud, más en las campañas. Cuando no hay profesional nosotros (personal de enfermería) hacemos medicina simplificada o yo cogía la radio y llamaba al doctor. (Enfermera 7)*

*No, yo lo aprendí en el trabajo... yo sí tengo una gran lección. Yo estudié en una provincia lejana y los profesionales que nos enseñaron, nos formaron para ser trabajadores únicos, porque el tiempo que yo estudié solo había un técnico universitario y ellos nos formaban para eso, partos... todo eso, porque en ese tiempo solo había un trabajador en un establecimiento de salud y no había profesionales. Auxiliar o técnico se hacía cargo de un establecimiento. Entonces con esa idea nos formaron a esta promoción y desde entonces desde ya, en las prácticas, igual... y hacíamos las prácticas directo en el parto, directo allá en la necropsia y esas cosas, sucede que cuando estaba en mi último año, se nos presentaron unos pacientes de TB. Pero eran de Lima, habían venido y estaban ya con la TB avanzada, en ese tiempo supongo que ya había MDR, no se hablaba de eso, pero imagino que sería algo de eso, porque esta familia tenía un edema, o sea se le edematizada todo el cuerpo y nosotros casi practicantes, como estudiantes, el médico que nos enseñaba el curso nos mandaba a hacer la práctica. Pero como no había personal suficiente, nos mandaban a nosotros solos, nos daban la responsabilidad a nosotros. Le llegué a administrar a ese paciente la estreptomycin, yo iba como practicante o estudiante... (Técnica de enfermería 3)*

Este último testimonio no solo evidencia el valor otorgado a las prácticas en el aprendizaje institucionalizado, sino que también permite identificar un contexto que institucionaliza prácticas discrecionales, así como una postura positiva frente a este. Lo que comenta la BC técnica en enfermería se refiere a una época donde la ausencia de personal de salud era aún mayor y muy pocos centros de salud

contaban con médicos y licenciadas de enfermería, por lo que las técnicas tenían que realizar tareas no asignadas normativamente, pero para las cuales igual se les capacitaba y desde, por lo menos, niveles organizacionales como el centro de salud y redes de salud, se les permitía . Esta situación era reconocida como positiva por las técnicas de enfermería, porque expandía su formación como personal de salud. Se podría decir que las empoderaba en la solución de problemas. Este fenómeno también ocurre con varias BC licenciadas en enfermería entrevistadas. s. Cabe preguntarse hasta qué punto el MINSA pudo o puede sostener servicios públicos a ese nivel de discrecionalidad.

Los testimonios también se narran en clave nostálgica. Como si fueron experiencias significativas que aprecian pero que ya no ocurren. Sienten por eso diferencia con las nuevas generaciones de personal de salud que llega al centro de salud y no ha pasado por esa formación práctica. En el siguiente testimonio podemos ver, por ejemplo, como a partir de esa perspectiva nostálgica, se hace una evaluación a personal de salud que acaba de ingresar al centro de salud.

*En el personal SERUMS... Se les induce, vamos a ver estas estrategias, vamos a hacer este trabajo, y aparte de atención de tópico, cada una ya se tiene que autocapacitar, porque ustedes han venido de la práctica, han hecho clínica, rural, entonces saben, solamente poner en práctica todo. Ya depende de ustedes como se van a desenvolver (...) No sé a qué se debe, ¿se deberá a la universidad? No sé. ...Hay universidades que hacen internados en su currícula, otras universidades no hacen. Las privadas hacen prácticas desde tercer año, las*

*públicas con las justas un semestre de teoría y desde ya salimos a la clínica. Desde el segundo semestre ya clínica. (...) En la clínica nos dicen "tú de donde eres, ah, ya, tú haces esto y haces esto y hace esto", nos dan más confianza. Yo sí puedo decir que aprendí en mis prácticas, que sí debería de ser así. (Enfermera 9)*

Sin embargo, esta sensación no es compartida por todos los BC. Hay algunas técnicas de enfermería que, aun reconociendo la necesidad de asumir roles de otros profesionales, como enfermeras y doctores, no desean exponerse a esas responsabilidades. Y aun sabiendo como hacer ciertas actividades no las hacen porque no deben según las funciones formales que tienen.

*Se supone que, en sitios alejados, como en la posta donde no hay profesional... todos debemos de estar preparados. Yo todavía no hago nada a comparación de otros técnicos. Hay técnicos que suturan, hay técnicos que ponen vía, porque están lejos y la práctica hace al maestro. Acá no hago nada de eso porque no me arriesgo, no es mi función. Como le digo, puedo hacer una mala praxis... como le digo a la gente. Entonces, eso que usted me dice, sí, nos capacitan porque hay un libro que se llama "AIEPI", atención... no me acuerdo ahorita. Pero es un "AIEPI" donde nos hacen ver dónde hay enfermedades más comunes; EDAS, IRAS... entonces, debemos de estar preparados todos. En lugares alejados, los técnicos podemos; más no debemos... porque, legalmente, nadie nos ampara. Nuestros superiores dicen "ustedes pueden"; claro, sí podemos,*

*pero no debemos. Porque a la hora de la hora “yo no te dije, yo no te autoricé”, no. (Técnica de enfermería 4)*

Este testimonio además revela que el estatus de las normas pueden variar según el BC, la circunstancia y las normas. Sobre todo, con las técnicas de enfermería. Estas parecen aferrarse más a las normativas pues, como en los siguientes apartados se ahondará, son a las que más les exigen trabajar fuera de estas<sup>7</sup>.

La disponibilidad del personal de salud entonces es un factor clave para entender el contexto organizacional. Diferentes situaciones y fenómenos que provocan prácticas discrecionales se construyen a partir de la falta de personal de salud,

---

<sup>7</sup> Para ahondar en este tema se recomienda la lectura de “Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors’ and nurses’ views” de R McDonald y otros (2005). Los autores indagan sobre la adherencia a las normativas según tipos de profesionales y situación. Concluyen que las enfermeras acatan más las reglas durante las cirugías que los mismo cirujanos. Las enfermeras podrían hasta cumplir las normas sin precisar en el objetivo que esta quiere cumplir, mientras que los cirujanos no prestan atención a las normas , sino que confían en sus habilidades personales para perforar durante las cirugías. En [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744048/pdf/v014p00290.pdf?fbclid=IwAR3QKq-K5d\\_IaKZizEyL2JP3ONSmUQNsbYF9hfqHYB1heQnjOYmjau5NGEY](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744048/pdf/v014p00290.pdf?fbclid=IwAR3QKq-K5d_IaKZizEyL2JP3ONSmUQNsbYF9hfqHYB1heQnjOYmjau5NGEY)

como asumir roles y actividades no correspondientes al puesto, resignación en la realización de prácticas extramurales, la sensación de sacrificio y al mismo tiempo de valoración por el esfuerzo antes situaciones de precariedad de recursos. Estas últimas ideas se desarrollan en la siguiente sección.

### **5.2.2 La preocupación por la persona y su esfuerzo en el trabajo**

Las prácticas de los BC en relación con la norma técnica y a la estrategia contra la TB también pueden ser entendidas a partir de aspectos personales. Características como el ser humanistas, empáticos y tener vocación son identificadas como aspectos que motivan y condicionan prácticas relacionadas a la TB. Se ha agrupado en dos categorías los diferentes motivos que los BC se atribuyen para explicar o entender sus prácticas y las del resto. Estas categorías se han denominado “preocupación por la persona” y el “esfuerzo en el trabajo”

#### **5.2.2.1 Preocupación por la persona**

A partir de indagar sobre el cumplimiento de la norma técnica, varios BC consideran que los motivos que guían sus prácticas trascienden a ella, y más bien se encontrarían en el plano del deber con el paciente. Este deber, que se ha denominado preocupación por el paciente, está vinculado a la priorización de la salud y la comodidad del paciente por sobre todas las cosas. El paciente debe curarse de una enfermedad y por lo tanto debe recibir un servicio efectivo y



empático. Efectivo en relación con el tratamiento del malestar del paciente y empático en la medida de que el trato y el servicio se adecúen a sus necesidades y expectativas. Esta preocupación está vinculada a la vocación de servicio que demandan sus profesiones.

*No hace falta que haya una norma plasmada en papel para decirme lo que tengo que hacer. Estoy seguro de que es mi profesión. Mi vocación de servicio me hace responsable de asumir el trabajo. Es parte de mi responsabilidad con los pacientes, tengo que hacer que el paciente cumpla mi tratamiento. (Doctor 2)*

*Para mí, la entrega total del personal es interesarse por la persona, llamarlo, decirle por su nombre, preocuparse por él y su familia, por la transcendencia que implica la enfermedad que ha adquirido. Que no es parte de sus funciones [del personal], pero se involucran. (Enfermera 8)*

*Pienso que el trato al paciente, el trato pienso que es más... atender a un paciente con calidez, entonces ya le solucionas con tan solo mirarle y escucharle, solucionas muchos problemas que puedan tener. (Técnica en enfermería 1)*

La preocupación por el paciente y la vocación de servicio de los BC también se ven reflejadas en las principales cualidades que los burócratas manifiestan que debe tener un profesional de salud. La gran mayoría de ellas, sin importar sus estudios, se enfocan en el carácter humano del servicio al paciente, resaltando

aspectos como la paciencia, el respeto, la solidaridad, la calidez en el trato, el cariño, la empatía, entre otros.

*Los profesionales nunca debemos perder la humanidad. (Doctor 1)*

*Lo más importante es la calidad de la persona, los pacientes solo quieren que los escuchen. La calidez. (Doctor 3)*

*El objetivo de la carrera es la atención. (Enfermera 9)*

*No faltar el respeto al paciente ni al personal de salud. Debe haber tino con los pacientes, saber entenderlos, tener paciencia. Ponernos de su lado por pacientes que son. (Enfermera 2)*

*Hay profesionales que no tienen vocación, miran al paciente como un objeto, una máquina se vuelven, no sienten empatía. (Enfermera 7)*

*Debe ser... solidario. Más que solidario es ser... ponerse en una situación del paciente. (Técnica de enfermería 3)*

Algunas de las prácticas vinculadas a estas cualidades suelen ser las relacionadas al trato directo con el paciente, sobre todo en el tratamiento. Allí, las BC pueden dirigirse a ellos con afecto y empatía, además de darles estrategias para facilitar la administración del tratamiento. También son sensibles a sus realidades

socioeconómicas y se involucran no solo en hacerles llegar el tratamiento, sino en su bienestar general.

*Lo que sí me acuerdo es una niña de 13, 12 años y venía con sus papás. Y la licenciada Flor me decía que "por más que venga con sus papás, tú te quedas ahí, vigilando que tome las pastillas, porque ella a veces no las toma" Ella venía con su mamá, le traía su refresquito, su agüita, "vamos" le digo "para que tomes tu pastilla", "ya señorita", pero a veces lloraba, no quería tomar. Entonces yo le digo "tú tienes que tomar estas pastillas, ¿son feas? sí, son feas, ¿tienen mal sabor? tienen mal sabor, pero las tienes que tomar porque si no lo tomas, no vas a sanar, y si no sanas te van a mandar al hospital y te van a internar ahí, y te vas a complicar más... a ver toma una" y tomaba unita, "toma tu Quacker" y tomaba "toma un poquito más" y las pasaba. Y así, le conversaba sobre otras cosas, y luego "vuelve a tomar" y tomaba la otra, porque eran a veces 5 o 6 pastillas, "tómate tu Quacker le digo, término tu Quacker" pasaba y le decía "a ver abre la boca", "ya tomé señorita". "Tú tienes que tomar" le digo, "sino no vas a sanar", "ya señorita, gracias". Eso fueron más o menos, las primeras semanas que venían que venía con su mamá. Hasta que un día vino solo. "Has venido sola" le digo, "si señorita, menos mal que me ha tocado con usted, porque la otra señorita no me acompaña, se sale y me deja solita" (risas). (...) Los primeros días, estaba más de una hora con la niña. Porque no tomaba, hablaba yo y la mamá, no quería tomar. Pero siempre tomaba. (Técnica de enfermería 2)*

### 5.2.2.2 El esfuerzo en el trabajo

Otra forma de comprender las prácticas, sobre todo en la estrategia de TB, es a partir del esfuerzo significativo que implica ser personal de salud. Está relacionado a la conciencia del BC para asumir una realidad en condiciones adversas, tanto por la magnitud del problema como por los recursos disponibles para solucionarlo, por lo que el sacrificio en el trabajo no es entendido como algo excepcional, sino como parte normal del mismo. De hecho, se revela al describir las implicancias de cumplir las metas para la estrategia de salud. El esfuerzo en el trabajo no solo está vinculado a la vocación, sino también al ser un buen trabajador y profesional. Sin embargo, hay BC que cuestionan el “sacrificio” esperado, conscientes de sus derechos laborales o de la no especificación de esas tareas en la norma técnica, se rehúsan a trabajar más de los estrictamente normado.

*Un personal de salud siempre hace más de lo que debería hacer. Hay situaciones donde deben dar más, no solamente que cumpla.(Enfermera 7)*

*Ahora los profesionales no tienen ese compromiso, no tienen esa vocación (hablando con nostalgia del trabajo que tuvo en centros rurales). Yo he tenido personal nuevo, en esta micro red llega bastante personal. Somos suertudos, pero llega personal nuevo, sin ganas, sin innovación. (Enfermera 9)*

Otro elemento al cual está relacionado el esfuerzo en el trabajo es a la cantidad de años que el BC ha trabajado y a la forma en cómo ha formado sus expectativas y decepciones a lo largos de sus años de servicio. La siguiente cita muestra cómo se acepta con los años y resignadamente el sobre esfuerzo como parte de la rutina diaria.

*El personal tiende a ser realista, venimos y atendemos y hasta ahí atendemos con lo que tenemos, con lo que podemos. Tenemos que actuar y hacerlo, y hemos trabajado tanto tiempo, quizás un personal nuevo, primera vez, tiene tantas ilusiones, todo lo que han enseñado en la universidad, "yo voy a hacer acá cambios", quién sabe lo pueda lograr, pero nosotros que tenemos tantos años y vemos la realidad, no se puede, sabemos que no se puede. Entonces a veces uno dice "atenderé estos", qué voy a hacer, "atenderé y atenderé". Y como nos piden cobertura, tenemos que hacer más, un sobre esfuerzo. Sabemos que no vamos a poder cambiar, los de arriba tienen que hacer algo. (Enfermera 5)*

El esfuerzo en el trabajo también se ve reflejado en las principales cualidades que los BC consideran que debe un trabajador en salud. Varios de ellos se enfocan en las habilidades para sobrellevar el trabajo, como ser activa, disciplinada y despierta, así como tener capacidad de adaptación, trabajo en grupo y responsabilidad para cumplir los objetivos, entre otras.

*Deben ser despiertas, que tenga la chispa, activas. Y que sepan adaptarse. (Doctor 1)*

*Un profesional debería tener buena comunicación, mejor sociabilidad.  
(Enfermera 5)*

*Deberíamos compartir todos, me refiero a aprender a trabajar en equipo, eso nos falta. A veces, no es necesario que esté una enfermera, lo puede hacer la otra persona. Todos deberíamos hacer de todo. No decir esta es mi estrategia, yo me dedico a esto y nada más. (Enfermera 6)*

*Uno demuestra que es buen profesional en la cancha, cuando cumple con los objetivos. Si hay resultados o no hay resultados. (Enfermera 1)*

*Bueno, primero, ser muy responsables, ¿no?, asumir los retos, asumir retos, porque no es fácil, nos piden demasiada información, mucho trabajo administrativo. (Técnica en enfermería 2)*

*Mucha concentración, porque le estamos dando al paciente un medicamento. Debemos prestar mucha atención. (Técnica en enfermería 4)*

Las prácticas de la estrategia contra la TB relacionadas a estas cualidades están relacionadas al seguimiento y monitoreo del paciente en su proceso de tratamiento. El objetivo final es que el paciente, cueste lo que cueste, acabe con su tratamiento y se cure.

*Bueno, lo que nosotros les damos en sí es: no perder a nuestro paciente. Debe seguir con su tratamiento, tratar de solucionar pequeños problemas que pueda haber en el camino, pero no perderlo, ¿no?, porque es un paciente que no se va a curar... si el paciente lo abandona, ¿no?, es un paciente que no se cura, es un paciente que sigue contagiando, es un paciente que va a alterar todo, ¿no?, desde sus condiciones de vida, económicas y todo eso. Entonces, nosotros estamos ahí, y de verdad, a veces estamos... nos catalogarán de... insistentes, de....qué sé yo, pero estamos ahí detrás del paciente, varias veces, en el caso del paciente que le mencioné que abandonó su tratamiento 2 días antes... hemos ido incluso de noche, nos decían "el señor viene 7:30", 7:30 nos vamos, pero hemos ido, 7:30 hemos estado "vamos, hay que ir a ver cómo está el señor, por qué no viene", tratar de que regrese al tratamiento... entonces, ¿qué le puedo decir?, la persistencia, ¿no?, que tiene el personal de Enfermería y el no descuidar, el no abandonar algún paciente o que se pierda en el camino... (Enfermera 6)*

Es significativo que en este último testimonio se reconozca lo incomodo que puede resultar para los BC insistir con respecto a la regularidad del tratamiento. Esta incomodidad hace pensar que el esfuerzo en el trabajo no sólo debe comprenderse desde las cualidades del BC, sino desde el sacrificio que demanda.

A modo de resumen, los testimonios evidencian que los BC consideran que un profesional de salud debe preocuparse por la persona atendida desde un abordaje integral, así como debe esforzarse para cumplir las exigencias del trabajo. Estos deberes están inmiscuidos en las expectativas sobre cómo debe ser un buen

trabajador en salud. En ese sentido, el ideal del profesional de salud, relacionado al trabajo extra y sacrificio que implicaría serlo, podría sostener o justificar prácticas discrecionales.

### **5.2.3 El aprendizaje de la norma técnica y de la estrategia contra la TB**

Las prácticas de los BC en la implementación de la norma técnica y de la estrategia contra la TB pueden ser entendidas también desde las formas que han aprendido en su experiencia académica y laboral. El objetivo de esta sección es conocer cómo y por cuáles vías los burócratas han adquirido el conocimiento y aprendido la estrategia sanitaria contra la TB y su norma técnica. Para esto, se ha organizado la información en las siguientes secciones: aprendizaje institucionalizado; ayuda del compañero; la experiencia y la práctica; y percepciones sobre el conocimiento de la norma técnica. Estas secciones están separadas únicamente con la intención de identificar elementos que forman parte del proceso de aprendizaje. En realidad, todas forman parte de un gran proceso que no termina, sino que se va reforzando en el tiempo.

Además, es necesario resaltar que el conocimiento de la norma técnica y de la estrategia contra la TB se presenta como una unidad. No hay distinciones claras entre una y la otra, como se verá en los testimonios.

Siendo esta unidad la fuente de conocimientos sobre “lo que hay que hacer”, es significativa para entender los motivos de las prácticas discrecionales, ya que



estas se entienden (siguiendo a Michael Lipsky) desde la autonomía de los BC frente a la institución. Por lo que cabe preguntarse cómo es que esta unidad genera o se relaciona con la autonomía de los BC. Analizando el proceso de aprendizaje, teórico y práctico, de cómo trabajar podemos conocer cuándo (momento en la etapa en el proceso formativo) ciertas prácticas son enseñadas, si siguen un proceso de institucionalización (normalización) y qué actores son los involucrados en ellas.

La descripción de los siguientes testimonios enfatiza, entre otras cosas, las diferencias entre BC de diferentes profesiones. Debido a que sus procesos de aprendizaje han sido significativamente diferentes, así como las funciones que cumplen en el establecimiento de salud.

### **5.2.3.1 Aprendizaje institucionalizado**

El aprendizaje institucionalizado se refiere a la experiencia formativa del BC que ha sido previa y formalmente planificada en alguna institución universitaria e institutos educativos superiores. También se incluyen las capacitaciones del Ministerio de Salud o de la Gerencia Regional de Salud.

Los BC tienen diferentes experiencias formativas institucionalizadas. Sin embargo, todos ellos han pasado por alguna institución de educación superior. Las carreras profesionales de Medicina y Enfermería se llevan a cabo en

universidades y tienen una duración mínima de cinco años (58) o diez periodos académicos. Por otro lado, la carrera técnica profesional de Enfermería Técnica se lleva a cabo en institutos de educación superior y tiene un mínimo de duración de tres años o seis periodos académicos (59).

La formación médica (60), de enfermería (61) y enfermería técnica están reguladas por leyes y normas que intentan garantizar estándares mínimos de calidad. Las tres son reguladas desde el sector educación, pero solo Medicina y Enfermería cuentan con exigencias específicas en el contenido básico de su currícula universitaria, desde instituciones del sector salud, como el MINSA y colegios profesionales. Los burócratas médicos y enfermeras han tenido una formación universitaria con mínimo dos áreas de formación distintas. Una de formación básica y preclínica, y otra de formación práctica clínica, llamada internado. Este último dura un año y se da al final de la carrera. Por otro lado, las burócratas enfermeras técnicas también han pasado por esas dos áreas de formación, pero la duración del área práctica es relativa al instituto de educación superior. Hay algunos donde pueden durar todo un periodo o un ciclo de estudios, como también hay otros donde solo representa un curso del último periodo de formación.

Además, los burócratas médicos y enfermeras deben de realizar el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS), que es requisito obligatorio para trabajar en los establecimientos de salud del estado. El SERUMS, como más adelante se podrá apreciar en los testimonios, funciona como una experiencia

donde los profesionales ponen a prueba lo aprendido, como el diagnóstico y tratamiento a personas con TB, al igual que aprenden el funcionamiento administrativo del sistema de salud en su primer nivel de atención.

Tanto BC doctores como enfermeras manifestaron conocer la norma técnica desde la universidad. Resaltan que su conocimiento es evaluado en los Exámenes Nacionales de las Carreras de Ciencias de la Salud<sup>8</sup>, a partir del cual compiten para plazas en el SERUMS. Del mismo modo, enfatizan su paso por el internado clínico como un lugar de entrenamiento previo, por lo que consideran que el establecimiento de salud, por lo menos en términos informativos de la norma técnica, no es un lugar para aprender. Lo que se aprendería en estos términos serían los cambios que puedan realizarse en la norma.

*Siempre he conocido la norma de la TB. Siempre he conocido la norma técnica. Me la enseñaron en la universidad, la apliqué en mi SERUMS. Cuando me volví profesional ya sabía cuáles eran las indicaciones, qué tratamiento son los de primera línea. (Enfermera 2)*

*La norma la aprendemos en la facultad de Medicina. No la aprendemos en el centro de salud. Llevamos Medicina Social I y II, ahí chancamos TB. Además, en nuestras evaluaciones viene la norma técnica. En la facultad de Medicina ya*

---

<sup>8</sup> Los burócratas médicos han realizado el examen Nacional de Medicina (ENAM) y las burócratas enfermeras el Examen Nacional de Enfermería (ENAE).

*nos forman sobre la teoría de la norma técnica. Los médicos de SERUMS no deberían de saber el tratamiento, ya lo saben. En el internado, en las rotaciones por ejemplo de pediatría, hay niño con TB. Los médicos sabemos ya desde el inicio, pero otros profesionales de salud recién la aprenden, ni la leen, no la saben, por gravedad van aprendiendo, por ósmosis, poquito a poquito. En el internado pulimos nuestros conocimientos y los ponemos en práctica. (Doctor 2)*

*El centro de salud no es un lugar para aprender, por supuesto que no. (Doctor 3)*

Es importante señalar las percepciones sobre el tipo de profesionales que forma cada universidad, como se vio en el testimonio de la Enfermera 9 en la parte final de la sección sobre “disponibilidad de personal de salud”. Está relacionado con la idea de que no todas las universidades forman a profesionales iguales, sino que dependiendo de su condición privada o pública y del prestigio que tenga cada una, se le va a relacionar con características del BC formado en ellas. En la lógica de ese testimonio, las prácticas clínicas universitarias son un espacio clave de entrenamiento para el primer nivel de atención. Mientras más prácticas y responsabilidades reales de casos tiene un estudiante, estaría preparándose mejor para el trabajo en el centro de salud (y mejor sería la universidad). Se esperaría que al llegar al SERUMS ya sean autosuficientes.

Con respecto a las capacitaciones sobre TB que realiza el MINSA o la Gerencia Regional de Salud en los establecimientos de salud, los BC doctores consideran que las reciben muy poco o no las reciben. Resaltan sus capacitaciones de internado y la percepción de que no son tomados en cuenta por considerar que no las necesitan. Sin embargo, algunos BC doctores sí creen necesitarlas, en el segundo testimonio se puede identificar un reclamo por la demanda de autosuficiencia habiendo pocas capacitaciones.

*En el hospital, en internado, te dan una capacitación de cómo tratar a un paciente TB. (Doctor 3)*

*En mi experiencia he recibido casi nada de capacitaciones, muy pocas (risas). (...) Nos creen demasiado autosuficientes para responder ahí, no me parece justo. Nos sobrevaloran tanto y luego nos dicen por qué somos tan egocéntricos y arrogantes. Es la realidad, no nos capacitan. Mi última capacitación en TB es el 2016 creo. Pero para otro tema sí. (Doctor 2)*

Algunas BC enfermeras, por otro lado, comentan que sí han recibido capacitaciones sobre TB, pero no con la regularidad ni de forma presencial. Resaltan, en el contenido de estas, las partes de trato al paciente. Además, consideran que la norma técnica está a su disposición si la necesitan. No obstante, otras BC enfermeras mencionan no haber recibido ninguna capacitación y que se mantienen informadas por su cuenta a partir de noticias que les llegan de forma informal.

*Anteriormente, había capacitaciones donde trabajaba. Por redes, microrredes, pero después ha sido virtualmente, ya es que se te cuelga en la página y tienes que descargarlo, tenemos ya los cambios. La nueva norma tenemos que imprimirlas. Están a disposición del personal de salud. Ahora no tenemos capacitaciones. Ahora más es de inmunizaciones, lo que es el COVID, todo eso. Pero, ahora, TB no se hacen capacitaciones ni virtualmente. Tenemos la norma, estamos ahí. (Enfermera 3)*

*No, ni capacitación, de pronto nomás me decían "Ya, Rosita, sabes que ha salido una", "¿sí?", "sí, han ido de Arequipa, han hecho esto", "Hay que entrar al internet, hay que buscarla", o "ya la mandaron", entonces, yo "Oh, qué será esto, pues, cómo será estas pastillas"... (Enfermera 4)*

Las BC técnicas de enfermería, por otro lado, consideran que la norma técnica y la estrategia de salud contra la TB fueron aprendidas, refiriéndose al aprendizaje institucionalizado, principalmente en las prácticas pre profesionales realizadas en los institutos de educación superior donde estudiaron. Resaltan de ellas, la experiencia de seguimiento de las actividades de la estrategia sanitaria contra la TB, así como las oportunidades de aprendizaje por realizarlas en contextos con insuficiente personal de salud. Además, comentan que las capacitaciones o cursos han sido un complemento de esa experiencia y que se realizan para obtener beneficios extra académicos.

*Lo de las normas, anteriormente casi como que uno no lo visualizaba bien, ¿no? Pero sí en la práctica, entonces en el momento yo pedí, hacíamos prácticas proporcionales en cada establecimiento. Entonces, una ahí pendiente de la estrategia que llevaba cada profesional. El tipo de medicamento, qué tratamiento se le daba a cada paciente, el modo de trato que se les da a cada paciente. Después, así, mayormente, en los cursos nos hemos capacitado, hemos asistido a cursos de capacitaciones para obtener méritos. (Técnica de enfermería 1)*

*No, yo lo aprendí en el trabajo... yo sí tengo una gran lección. Yo estudié en una provincia lejana y los profesionales que nos enseñaron, nos formaron para ser trabajadores únicos, porque el tiempo que yo estudié solo había un técnico universitario y ellos nos formaban para eso, partos... todo eso(...). Le llegué a administrar a ese paciente la estreptomina, yo iba como practicante o estudiante... (Técnica de enfermería 3)*

### **5.2.3.2 Ayuda del compañero**

La ayuda de otro BC para resolver problemas o dudas durante la rutina laboral es un elemento que varios BC mencionan en su proceso de aprendizaje. Este compañerismo aparece cuando el BC no sabe realizar alguna actividad o procedimiento, así como cuando necesita ser actualizado con alguna información. Hay casos donde esta ayuda trasciende al aprendizaje y se convierte

en una ayuda específica para resolver algún problema, sustituyendo al responsable de la tarea de un BC a otro por desconocimiento. En esa misma línea, la ayuda también es entendida como una salida que depende del BC frente a la escasa capacitación institucional, sobre todo en contextos de alto tráfico de pacientes donde no hay tiempo para realizarlas. Por último, se resalta que esta ayuda se identificó sobre todo en técnicas de enfermería y enfermeras.

*A mí me capacitaron al entrar, 2 o 3 meses, alguien vino y me ayudó. Lo bueno es que los compañeros yo los llamaba y "por favor" y ellos "ya, al toque" y me comenzaban a ayudar. Y me dicen "el informe lo haces así " o "tú me llamas y yo entro a la computadora", "te lo jalo el informe". Y después poco a poco tú lo vas... y ya perfecto, y ahora ya sé hacer el informe sola. Si tengo algunas dudas, llamo al encargado, y en línea él entra y me ayuda. (Técnica de enfermería 2)*

*Siempre hay alguien. Tuve la suerte de una compañera que me vio perdida. Lo único que hacía era tomar la presión... qué más hago... no sabía ni los pasos a seguir cuando el paciente entraba. Entonces, la compañera me dijo "el paciente entra, lo primero que tienes que hacer es, entonces, ya, si es SIS, le haces formato. si no es SIS, le cobras su consulta", me indicó todos los pasos. (Técnica de enfermería 4)*

*No se hace una inducción, inducción, como tal, quizás tu compañera te ayuda, tú también debes de preguntar. Pero ya te vas acostumbrando, viendo, cómo se trabaja. Pero no se explica tanto. (Enfermera 5)*



Como se pueden notar en los testimonios el aprendizaje ocurre en relaciones situadas un contexto social. Por lo tanto, el aprendizaje se verá vinculado tanto a relaciones de compañerismo, como a los elementos que configuran ese contexto, como el tráfico de pacientes, la poca disponibilidad de personal de salud, la velocidad del trabajo, etc. Estos mismos elementos hacen que no haya una inducción como tal, sino que la rutina misma encuentra espacios donde es necesario enseñar cómo se procede. Es interesante analizar que las técnicas en enfermería hayan resaltado este tipo de aprendizaje sobre los doctores y enfermeras, a la luz de que ellas sí consideran el centro de salud como un lugar para aprender y de que su aprendizaje institucional no haya tenido la misma preparación práctica que ellos.

### **5.2.3.3 La experiencia y la práctica**

La experiencia es un elemento de carácter integrador, o vinculante con otros aspectos que los BC utilizan para referirse a una parte ejecutiva del proceso de aprendizaje que han tenido o siguen teniendo. La experiencia en este caso está vinculada al tiempo dedicado a la práctica de alguna actividad dentro del marco de la implementación de la norma técnica y del desarrollo de lo que hemos llamado la forma de trabajar estrategia contra la TB. Los BC, desde sus profesiones y funciones, asocian y enfatizan diferentes aspectos en esa experiencia de aprendizaje.

Por un lado, los BC consideran que la experiencia en el primer nivel de atención les permite aprender el funcionamiento del sistema de salud del Ministerio de Salud, enfatizando aspectos administrativos sobre asistenciales y la existencia de otros sistemas o contextos médicos, por donde ellos transitan, como el privado, hospitalario y EsSalud. También consideran importante el aprendizaje que obtienen desde la atención al paciente.

*La experiencia acá es aprender el sistema, en este caso MINSA. Aprendes también de los pacientes, claro, pero en general vienes a aplicar todo lo que has aprendido estos 7 años. (Doctor 1)*

Las BC enfermeras, por otro lado, consideran que el aprendizaje universitario se olvida o que las capacitaciones son insuficientes. Consideran que, a partir de las diferentes situaciones en el trabajo y de los recursos disponibles, aprenden a trabajar.

*Sí, lo aprendí en mi trabajo... en el estudio, tú lo ves y no tomas interés, pero en el trabajo es manejar ya con pacientes, cosa que tú lo conoces. Las pastillas, el manejo, los servicios, qué necesita el paciente, nutricionista, psicólogo, que tiene que pasar sus exámenes, los contactos, el seguimiento. A mi parecer, es bien interesante. Porque hacer una atención a toda la familia, es ver que tú tienes que estar en supervisión con sus contactos. (Enfermera 3)*

*La experiencia me hizo aprender, la capacitación consolida algunas cosas que has aprendido, pero otra cosa es la práctica, porque no todos los pacientes actúan de la misma forma. No vas a tener los mismos recursos que otros establecimientos, tienes que saber y al final llegar al mismo fin. (Enfermera 6)*

Es interesante notar en el último testimonio como la experiencia puede entenderse como una consolidación de una discrecionalidad necesaria o de una forma de trabajar que trasciende las normativas. Al reconocer la diversidad de pacientes y de recursos disponibles, se reconoce también la necesidad de saber cómo proceder, la cual no parece brindarla las capacitaciones, sino la práctica.

Otras BC enfermeras identificaron que su aprendizaje y conocimiento sobre la norma técnica y la forma de trabajar la estrategia contra la TB van a depender de su experiencia con los tipos de TB que hayan presentado sus pacientes. Como la gran mayoría de pacientes con TB la tienen de tipo sensible, la experiencia con ellos es mayor, por lo que su conocimiento también lo es. Diferente es para casos de TB MDR que son más escasos y no cuentan con experiencia.

*(...) Y si no tiene usted pacientes, como que usted no está, pues, eso es lo malo, ¿no? Uno no trae paciente, entonces, no se hila, pues, el camino. Yo por lo menos a veces estoy perdida, a veces cuando me hablan de los tratamientos, así, entonces, yo conozco muy bien el esquema 1, el esquema 2, porque eso ya lo estamos llevando años, pero hay a veces sobre unos esquemas, sobre todo en los*

*pacientes, este, que hacen resistencia a los medicamentos, ahí sí hay una varianza. (Enfermera 4)*

Por su lado, algunas BC técnicas en enfermería vinculan su experiencia con su aprendizaje a partir de la obligatoriedad de asumir tareas que desconocían o no sabían cómo realizarlas a cabalidad, sobre todo las que empezaron a trabajar en contextos rurales. Por esta obligatoriedad es que esa experiencia es entendida como un aprendizaje forzoso. De la mano con eso, otras burócratas mencionan que la experiencia les permite desarrollar estrategias de carácter práctico, como acostumbrarse a la cantidad, color y tamaño de las pastillas, más que al peso, dosis o contenido de ellas.

*Sí, sí, ya lo manejaba. [La norma técnica] había que aprender a la fuerza, teníamos que asumir todo. Cinco años de haber trabajado así en un establecimiento pequeño, donde la responsabilidad era de todas las estrategias. Si no aprendíamos, había que aprender a la fuerza, por la práctica, por el estudio, por algo había que aprender. (Técnica de enfermería 3)*

*Sí, nos hacen capacitaciones a cada rato, más que todo a ellos, pero yo soy un poco olvidadiza, yo siempre pregunto... como lo deja escrito en el fólder, dice... cuanto de eso necesita... yo sé que son, por cantidades no, por miligramos, no, pero sé que yo le doy dos pastillas... como ya estoy mecanizada, ya sé, dos rojitas, cuatro blancas... chiquitas. (Técnica en enfermería)*

A modo de conclusión podríamos hacer énfasis en las diferencias entre las diferentes perspectivas encontrada en BC doctores, enfermeras y técnicas de enfermería. Mientras que los doctores entenderían los centros de salud como lugares donde aplicar lo aprendido y consolidar su formación con la variedad de pacientes y conocimientos del sistema de salud: las enfermeras identifican la práctica en el centro de salud como un aprendizaje real sobre cómo debe ser el trabajo, haciendo énfasis en la necesidad de desarrollar habilidades prácticas frente a contextos y pacientes diferentes; y por último las técnicas en enfermería destacan el aprendizaje ante la necesidad y las estrategias prácticas para proceder adecuadamente sobre las teóricas. Esto no quiere decir que no hayan coincidencias entre los tipos de BC con respecto a su aprendizaje práctico, sino que se ha destacado aquellos elementos que en otros tipos de BC no se presentaban.

#### **5.2.3.4 Percepciones sobre el conocimiento de la norma técnica**

BC médicos, enfermeras y técnicas de enfermería mencionan que el conocimiento de la norma técnica es escaso. Algunos BC médicos relacionan este poco conocimiento, de parte de todos los BC, a la cantidad de páginas que tiene la norma técnica y a su poca capacidad de lectura. Además, agregan que habría poca capacidad de entender textos tan largos y que por lo tanto debería haber otras opciones para acceder a esa información,

*Debe haber una norma técnica, y la hay, pero la otra pregunta es ¿Estará actualizada?, ¿habrá de este año? Y a veces no hay, no es tan fácil acceder a ellas, y cuando la encuentras son 300 o 400 páginas. Entonces, no nos han educado a nosotros para hacer lectura veloz, para tener un nivel de comprensión super rápido. Quizás, los médicos ya tenemos que leer, pero todo el personal no, la población no. Tú vas a una conferencia, a los 20 minutos todos están durmiendo. Por qué no aguantamos más de 7 minutos. Debe haber resúmenes validados. (Doctor 3)*

En la misma línea, algunas BC técnicas de en enfermería, consideran que la conocen parcialmente y en mayor medida las estrategias sanitarias que consideran más importantes. Así, enfatizan que no es necesario conocerla en su totalidad, sino que pueden acceder a ella de forma oral a través de un compañero de trabajo. Un dato no menor es que, como en el siguiente testimonio se puede identificar, las normas técnicas son confundidas por estrategias sanitarias.

*Para ser sincera, hay normas técnicas que a veces nosotros no conocemos. Yo puedo conocer las normas técnicas de la estrategia, algunas normas técnicas de lo que es... paquete de niño, de gestante, ¿no? En sí, al 100% nos falta un poco más enfatizar ese punto de norma técnica. No tanto los indicadores. Es necesario conocerla (...) No, no genera tantos problemas [el desconocimiento de la norma]. Cada profesional nos puede dar su versión de manera verbal, de una idea de qué podemos hacer. Pero no es otra cosa que enfatizar bien. La norma*

*nos dice esto ok, hay puntos para resaltar, notar. Pero acá lo hacemos vía verbal.  
(Técnica de enfermería 1)*

Aunque muchos BC consideren que es necesario conocer la norma, el no conocerla no parece problemático. El siguiente testimonio representa como no es una referencia para la solución del día a día. Esto no quiere decir que la normativa institucional no sea cumplida, sino que existe la percepción de que la norma técnica como documento no suele ser conocido, consultado ni necesitado.

*El trabajador promedio no sabe las normas técnicas. La conocen algo. Aunque casi nunca se evidencia. Nunca ocurre el "vamos a la norma para ver qué hacer", no es necesaria para el día a día. (Enfermera 2)*

#### **5.2.4 La percepción de la norma técnica**

La implementación y el cumplimiento de la norma técnica contra la TB va a depender también de la percepción que se tiene de lo normado. La presente sección tiene como objetivo describir cómo los BC perciben la norma técnica. Para eso, se han agrupado dos tipos de percepciones. Las primeras corresponden a las que giran en torno a la idea de que lo normado es interpretable o se puede entender de diferentes formas, en sus partes y en su conjunto. Mientras que otro grupo de percepciones consideran a lo normado inquebrantable y de una sola

interpretación. Ambos tipos de percepciones no son mutuamente excluyentes, sino que muestran un tipo de énfasis diferente.

#### **5.2.4.1 La norma técnica como algo que se puede interpretar**

La norma técnica es percibida por algunos BC como algo que se interpreta. Esta interpretación está condicionada por el cumplimiento de objetivos y la demanda por un trato considerado entre los burócratas.

La percepción de la norma está condicionada principalmente al cumplimiento de sus objetivos. Es decir, se le va a interpretar para cumplir con los objetivos que ella propone. La norma se percibe como flexible para resolver problemas no previstos durante su implementación. Las interpretaciones de la norma (que su redacción permite) genera que cada BC pueda tener una visión particular y contextual de esta. El BC podrá decidir cómo interpretarla a partir de la evaluación convenida de una situación específica. Esta interpretación será tanto organizativa (roles y responsabilidades) como asistencial (protocolos de diagnóstico y tratamiento).

*No necesariamente estoy obligado a hacer lo que la ley me manda, pero tampoco estoy impedido de hacer lo que la ley no me prohíbe. Hago cualquier cosa con el fin de lograr mi objetivo, que es ayudar al paciente. (Doctor 2)*



*El problema no son las normas, el problema son las personas y el entendimiento que tienen de ellas. La norma siempre te va a permitir ayudar y eso cómo la interpretas tú para que puedas solucionar un problema. (Enfermera 8)*

La norma técnica también es entendida como una guía para cumplir con el objetivo de conseguir bienestar en el paciente. Sin embargo, si el bienestar del paciente se ve afectado por cualquier normativa, esta se puede incumplir. En ese sentido la norma no se percibe como una “camisa de fuerza”. Además, en caso de BC médicos, sentirían los protocolos como una amenaza a su identidad como médicos. La norma, en ese sentido, puede hasta percibirse como algo que puede interrumpir la labor de los BC médicos.

*No siento el protocolo como una camisa de fuerza sinceramente, o sea lo conozco, pero personalmente no lo uso, primero es el paciente, no podemos tener como pretexto un documento, sino dejaríamos de tener el concepto de médico. No me obliga el protocolo. Nos orienta, no nos obliga. (Doctor 1)*

Del mismo modo que el cumplimiento de objetivos, la sensación de maltrato o de desconsideración entre BC interpela la obligatoriedad de la norma técnica. La organización (roles y responsabilidades) que esta propone quedaría relegada al valor de la calidad de las relaciones sociales.

*...pero acá todavía se sigue viendo de que "yo soy médico y tú eres enfermera y tú eres técnico". También tiene que ver mucho la gerencia, la gerencia de salud,*

*la jefatura de establecimiento de microrred. Yo no soy de leer normativas, no voy a ir directo a la norma, mi norma dice, mi ley dice, saber general, pero la norma es mi día a día. Mi norma es la convivencia con mis compañeros de trabajo, que aprendo acá y que me llevo a mi casa, esa es mi norma, y yo sé de tus virtudes y tus valores. Si fuera gerente trataría de unir en esa sencillez, no el hecho de ser gerente (y mandar) "tú eres enfermera y haces esto" "tú eres técnico y haces esto". (Enfermera 9)*

De la última cita también se desprende el entendimiento de la norma técnica como innecesario. Es decir, parece existir una forma de trabajar que no responde a la norma técnica, pero que puede coincidir con ella, y que está relacionada a características de la persona o del centro de trabajo. En las siguientes citas se evidencia de manera más clara cómo la norma puede ser prescindible o funcionar como un marco, y donde las características de la persona y las situaciones son más importantes para realizar el trabajo.

*La parte humanista va a pesar siempre más. Sobre el papel o cualquier norma va a predominar siempre lo humano. A veces, quién sabe, si nos sucede una catástrofe, no vamos a hacer lo que diga la norma, haremos lo que sea para salvar una vida, haremos lo que sea, quizás lo contaminemos, pero a pesar de esa contaminación les estamos salvando la vida. (Enfermera 5)*

A modo de breve conclusión, podemos decir que la norma técnica es interpretada, principalmente, en busca del bienestar del paciente, y que su obligatoriedad

puede ser relegada en tanto impida lograrlo. Esto nos habla de una jerarquización de aspectos condicionantes a las prácticas del BC.

#### **5.2.4.2 La norma técnica como algo que se debe cumplir**

Lo normado también es entendido desde una posición privilegiada frente a otros posibles condicionantes de las prácticas. Esta especie de estatus está relacionada al hecho de que está escrita y al carácter legal dentro del cual se inscribe la práctica médica. Por lo que su incumplimiento merecería una sanción legal. Este estatus se ha encontrado en testimonios al referirse a la parte asistencial de lo normado, no a su parte administrativa.

*La norma pesa, es como el himno nacional, está escrito y así es. Por más que tú digas, así no es, está escrito y va a ser así. Entonces nosotros como personal de salud nos regimos a esa norma porque si vamos en contra de la norma, si algo le pasa al paciente, te va a denunciar. Si te riges a la norma técnica y eso has hecho, no pasa nada. (Doctor 3)*

*La estrategia tiene sentido. Si no hubiera esta estrategia, todo estaría a la deriva y se dispararían los casos. Tiene un control. De repente algunas modificaciones podrían haber. De repente captar los sintomáticos reales, porque cuando nos dicen el 15% de las atenciones, pero ese 15% de repente no tienen IRAS o no*

*ameritan, pero la estrategia es bien cerrada, sí o sí me tienes que enviar tantos esputos. Es un indicador, un resultado que debes cumplir. (Enfermera 7)*

El uso no interpretativo de la norma también se debe a su consideración como como una referencia para esclarecer procedimientos. La norma es concebida como un depósito de información sobre el desarrollo de la estrategia contra la TB.

*Todo es a la norma, siempre. Porque viene un personal de apoyo, para salir de cualquier duda, vamos a la norma (...) en manejo de TB es más... es como una biblia del programa, porque te indica todo. (Enfermera 3)*

La norma también es usada como una herramienta que ordena a los burócratas a organizarse para cumplir una serie de actividades. Es concebida como una herramienta tanto para establecer un orden como para hacerlo cumplir; esto es, que puede ser utilizada coercitivamente, más allá de su misma naturaleza.

*No se necesita incurrir en la norma porque como le dije, el personal con el que cuenta toda la micro red está comprometido con lo que hace. Muy pocas veces me he visto obligada a aplicar la norma. Pero en su mayoría ellos responden por voluntad propia, responden con entrega a sus pacientes, a su familia, a su comunidad. (Enfermera 8)*

*Todos debemos de respetarnos a todos en los espacios que nos corresponden, pero no somos iguales. Igualdad de derechos sí, pero dentro de la misma área un técnico no va a suplir un médico, dentro de esos espacios hay que respetar el orden de cada uno. Y eso es un poco lo que nos ha faltado superarlo. No es un tema discriminador, es un tema de orden y supervivencia. Para eso te sirve la norma, para que tú puedas mantener el orden. (Enfermera 4)*

### **5.2.5 Marcos normativos: a modo de resumen**

Como se ha podido observar en las secciones anteriores, el no cumplimiento de la norma técnica contra la TB es insuficiente para comprender las prácticas discrecionales de los BC. Si se quieren entender sus motivaciones es necesario abarcar otros marcos normativos, puesto que, aunque realicen prácticas fuera de la normativa o de forma autónoma, existen otras referencias que tienen en cuenta, como sus valores profesionales o las formas de trabajar en el centro de salud.

Los marcos normativos referenciales no son excluyentes. Una misma práctica puede ser explicada desde varios marcos normativos. La identificación de estos es útil para conocer desde donde emergen las motivaciones o se demandan para estas prácticas. A continuación, a modo de resumen, se desarrollarán 3 marcos normativos referenciales: el institucional, el profesional y el práctico.

#### Marco normativo institucional

El marco normativo institucional se refiere a todas las exigencias que provienen de arriba a abajo, es decir que son decididas y demandadas desde la organización, en este caso El Ministerio de Salud del Perú y sus oficinas correspondientes. Este marco normativo está compuesto por la Norma Técnica contra la TB y la organización de la Estrategia Sanitaria contra la TB (dirigida desde la DIRESA). Los BC no tendrán la capacidad decisoria para cambiar las disposiciones reglamentarias que demande cada una de ellas, pero sí podrán decidir si cumplirlas o no y la forma en cómo hacerlo.

Por un lado, la norma técnica contra la TB es el documento normativo más importante . Este indica los lineamientos, objetivos y procedimientos organizacionales y prestacionales del programa contra la TB que conduce el gobierno peruano. Para esta investigación, su capítulo más importante es el capítulo 6 “Disposiciones específicas” que norma la organización, en funciones de roles y objetivos, que debe tener el servicio en el primer nivel de atención.

La norma técnica como documento de consulta tiene un estilo estandarizado que pretende ser claro, objetivo y preciso. Esto no quiere decir que sea exhaustiva en normar la forma en cómo se debe proceder, ya que, en algunas ocasiones, deja espacios de discrecionalidad para que el personal de salud encargado pueda decidir sobre cómo organizar el servicio para cumplir con las indicaciones.

Por otro lado, la Estrategia Sanitaria contra la TB, dirigida desde las DIRESA, es una herramienta para gestionar la implementación de las disposiciones de la norma

técnica a nivel de centros de salud. Para esta investigación, desde la perspectiva de los BC, sus elementos normativos más significativos para la comprensión de las prácticas discrecionales son dos: primero, las metas que establece sobre recojo de esputos y pacientes que finalizan el tratamiento, y segundo, el rol de la encargada de la estrategia en el centro de salud.

Las metas funcionarán como indicadores sobre el buen desempeño del centro de salud y por lo tanto de su personal. La obligatoriedad por cumplirlas será significativa, ya que pueden llevar hasta no cumplir con las indicaciones de la norma técnica (otros marcos normativos) para alcanzarlas. Esto ocurre en los casos del recojo de esputo en personas sintomáticas respiratorias y el dar el tratamiento de pastilla a casa. También genera visitas fuera de la hora del trabajo.

La encargada de la estrategia, por otro lado, será significativa porque de ella puede depender la rigurosidad en la forma en cómo deben cumplirse las metas. Habrán encargadas que permitirán, en algunos casos, brindar el tratamiento a casa. Y, por otro lado, serán las responsables de la inducción sobre la forma en conducir la estrategia al nuevo personal de salud. A través de ellas por lo tanto se reproducirá la forma en cómo cumplir las metas en los centros de salud.

Por último, es clave mencionar que este marco forma parte de los contenidos impartidos en la universidad o de institutos superiores, así como en las capacitaciones. Sin embargo, su conocimiento es escaso y es percibido como innecesario. No se utiliza explícitamente como un referente al momento de decidir

cómo se debe proceder o qué se debe hacer, y hasta puede colocarse en un segundo plano si interrumpe caminos que puedan llevar al bienestar del paciente. Aun así, también es percibido como un instrumento de coerción legal, por lo que su cumplimiento es percibido como obligatorio.

Podemos concluir entonces que el marco normativo institucional es una referencia percibida, aunque realmente poco conocida (sobre todo la norma técnica), por los BC para indicar lo que se debe hacer legalmente (no como lograrlo), cuál es el objetivo de las prácticas (metas) y los roles del personal de salud (encargadas y personal de apoyo).

#### Marco normativo profesional

El marco normativo profesional se refiere al conjunto de principios que dirigen las prácticas como personal de salud, como por ejemplo el anteponer la salud del paciente sobre otras consideraciones. Este marco normativo es subjetivo a cada BC y se ha utilizado en la investigación para comprender prácticas normadas, no normadas y discrecionales. Además, se percibe desde su estatus moral, ya que sería el referente para clasificar una práctica de buena o mala (mientras estas se ajusten a los principios profesionales serán buenas). Hay dos formas en las que se ha expresado este marco normativo: en la preocupación por el paciente y en el esfuerzo en el trabajo.



La preocupación por la persona está relacionada al deber con el bienestar del paciente. La exigencia de este deber es explicada desde los principios vocacionales que rigen la práctica de los profesionales en salud. Esto implica, ser efectivo y empático en el trato al paciente. El primero demanda un tratamiento que solucione los problemas de salud y el segundo que se haga de una forma que considere las necesidades y expectativas del paciente. Por lo tanto, los BC explicarían algunas de sus prácticas en tanto sienten que deben ser respetuosos, solidarios, cálidos, preocupados y cariñosos con el paciente. Por ejemplo, entregar el tratamiento para ser tomado en casa, práctica que está prohibida según la norma técnica, puede explicarse a partir de la consideración de la comodidad del paciente que pueda tener una BC.

Por otro lado, el sacrificio en el trabajo está relacionado al esfuerzo significativo que implica ser personal de salud, en tanto son conscientes de la tarea que implica mejorar la salud de la población con los recursos disponibles. En este sentido, el sacrificio en el trabajo no es entendido como algo excepcional, sino como parte normal del mismo. Este marco normativo también genera tensiones entre BC. Mientras que algunos esperan que haya esfuerzos o sacrificios de parte de todo el personal de salud, otros se niegan a trabajar fuera de horas o realizar tareas no especificadas para sus roles, entendiendo esas prácticas como ataques a sus derechos laborales.

El esfuerzo en el trabajo como marco normativo está vinculado a la resignación de trabajar por la mejora de la salud de las personas y no conseguirla. Esto quiere

decir que hay prácticas que pueden ser justificadas como buenas y necesarias, más allá de pertenecer o no a la norma técnica, y al mismo tiempo considerarlas insuficientes para cambiar la situación de los pacientes. Algunos ejemplos son las colectas que se realizan para que el paciente pueda tener una ayuda económica y el trabajar fuera de los turnos establecidos.

### Marco normativo práctico

Este marco normativo se refiere a las prácticas que se justifican en función a los recursos disponibles y a la manera en cómo se ha trabajado históricamente. Permite entender cómo la falta de disponibilidad de personal de salud condiciona prácticas fuera de lo normado y discrecionales. Por ejemplo, el brindar el tratamiento sin supervisión a pacientes que necesitan tomarlo en casa (al no haber personal para que se quede en el centro de salud). De la misma forma, justifica el asumir tareas que no corresponde a sus roles como trabajadores. Como técnicas de enfermería aplicando inyectables a pacientes, o enfermeras tratando a paciente.

Este marco normativo también funciona para comprender prácticas que se han establecido en el tiempo y han pasado a convertirse en normales, más allá si están o no en la norma. Por ejemplo, el acompañar al paciente al hospital para sus exámenes médicos y trabajar fuera de turno.

El aprendizaje de este marco normativo se da a través de las inducciones de las encargadas a las formas de trabajar la estrategia y de las ayudas entre compañeros. Ambos estrategiastienen como referencia principal la practicidad de formas, validada por la experiencia del BC de salud que las realiza.

La propuesta de entender como marco normativo general “la estrategia de TB” es porque esta incluye los tres marcos normativos anteriores y, además, es la que los BC mencionan como primera referencia. “La estrategia de TB” conformaría su organización a partir de la normativa institucional, la cual demandaría roles, metas y actividades permitidas legalmente Al mismo tiempo, permitiría prácticas justificadas por marcos normativos profesionales, en tanto los BC podrían entender la forma en cómo cumplir las metas desde lo beneficioso que es para el paciente y desde sus principios de esfuerzo y sacrificio en el trabajo como personal de salud. Por último, dependería del marco normativo práctico, en tanto su implementación responde a la disponibilidad de personal de salud y la forma normalizada en la que se viene trabajando a lo largo de los años.

## VI. DISCUSIÓN

En la presente sección se analizarán los resultados de esta investigación a partir de los aportes de diversos autores a la actual discusión sobre burócratas a nivel de la calle (BNC). Se espera que esta vinculación analítica genere claridad y, al mismo tiempo, sustento teórico a los resultados de esta investigación.

El análisis se ha separado en cuatro partes. En la primera parte se analiza “la estrategia de la TB” como un proceso de institucionalización de prácticas discrecionales, es decir como la forma en cómo se constituye una forma particular, diferente a la planteada por la norma técnica, de hacer las cosas. En ella se discute la autonomía que menciona Lipsky como elemento distintivo de las prácticas de los BC. Además, se analiza el papel de la encargada como responsable de mantener en funcionamiento el carácter institucional de las prácticas que demanda la estrategia contra la TB.

En la segunda parte se analizan las formas en cómo organizaciones de salud han intentado burocratizar o estandarizar las prácticas de sus miembros. Una de estas formas serían las metas, que son entendidas como una herramienta de gestión que provoca tensiones con la autonomía de los BC. Del mismo modo, se matiza esta autonomía a la luz de la aceptación de parte de los BC médicos de la estrategia DOT.

En la tercera parte se analizan los condicionantes formativos de las prácticas discrecionales encontradas. Se discute cómo la formación en valores profesionales, el acceso a la información sobre la adecuada forma trabajar en el EESS y la

experiencia ganada con los años pueden ser elementos que ayuden a explicar, mejor que la norma técnica, las prácticas de los BC.

Por último, en la cuarta parte se analiza si los BC entrevistados pueden ser entendidos como “agentes del estado” o “agentes de los ciudadanos”, siguiendo las categorías de Steven Maynard y Michael Musheno (2003) Esto está relacionado a los objetivos de sus prácticas discrecionales y la forma en cómo modifican la normativa para lograrlos.

Los autores expuestos han sido elegidos por lo vigente de sus aportes a la discusión de los burócratas a nivel de la calle, evidencia de esto es su reiterada aparición en compilaciones editoriales sobre el tema, en las que el mismo Michael Lipsky ha participado. Otros autores han sido elegidos por la familiaridad de sus estudios con la presente investigación.

### **6.1 “La estrategia de TB” como discrecionalidad institucionalizada y el rol de la encargada**

La “Estrategia contra la TB” o “la forma de trabajar la estrategia de TB” es el marco normativo más cercano al cual la mayoría de los burócratas entrevistados hizo referencia cuando se les preguntó sobre el cumplimiento de la norma técnica. La estrategia es un concepto unificador de todas las actividades relacionadas a la TB, trasciende a lo dispuesto por la norma técnica, acomodando las actividades que esta demanda al contexto organizacional. La estrategia es la cara práctica de la norma técnica en los centros de salud.

Las prácticas realizadas en el marco de la estrategia no contempladas en la norma técnica no son enteramente discrecionales. Estas se encuentran institucionalizadas en la estrategia, fundamentadas, entre otras cosas, por el tiempo en que vienen realizándose de esa forma. Es decir, existe una obligación por su cumplimiento, que no corresponde a la coerción de la norma técnica, sino a la institucionalidad de la estrategia. El burócrata, en algunas ocasiones, no cumple con esta; pero aun así no es discrecional, pues no decide con “*una autonomía relativa a la autoridad organizacional*”, usando palabras de Lipsky. Vale la pena analizar este panorama a partir de los ejes de discusión que nos brinda la literatura actual sobre la burocracia a nivel de la calle.

El hecho de que el personal de salud haga referencia a la estrategia y no a la norma técnica, enfatizando el carácter práctico de sus normativas, como se vio en el acápite sobre el contexto organizacional, coincide con Lipsky (1980) cuando ubica a su Teoría de Burócratas a Nivel de la Calle en el contexto organizacional del trabajo, enfatizando la contextualización de los problemas del burócrata en la estructura de trabajo y no en la política pública (13). Es justamente en el plano de lo práctico donde la estrategia se desenvuelve y tiene relevancia sobre la norma técnica. Un ejemplo de esto es el consenso de que el desarrollo de la estrategia no es igual en todos los centros de salud, ya que depende de las características de las encargadas responsables.

En esta misma línea, entender la estrategia como una fuente de coerción, aparte de la norma técnica, coincide con lo que Jerry Mashay (1983) llamaba “Ley de

administración interna”. Mashay consideraba las decisiones discrecionales de administradores del Seguro Social estadounidense como predecibles y congruentes, de modo que, a pesar de no estar en línea con las normas legales, eran consideradas como leyes por los trabajadores (62). En esta línea, Steven Maynard-Moody y Shannon Portillo (2010), consideran falsa la dicotomía entre discrecionalidad e implementación con base a reglas, proponiendo el entendimiento de la discrecionalidad como integrada a un contexto de rutinas, ideologías de las prácticas y el cumplimiento de reglas y leyes (62). Esto se evidencia en el hecho de que muy pocos burócratas leen la norma y son más bien las encargadas las que, a partir de su experiencia, sobre todo, hacen inducciones o van enseñando poco a poco en la práctica cómo funciona la estrategia en el centro de salud. Siguiendo en línea con los mismos autores, las normas serían enseñadas al mismo tiempo que la práctica, o mejor dicho, no se enseñarían las normas, sino una correcta forma de trabajar (62).

En esta lógica, la encargada de la estrategia cumple un rol fundamental. Es ella la que funciona como eje articulador entre el mundo normativo y práctico, tanto en sus funciones capacitadoras como en el poder que tiene para registrar (o en algunos casos legalizar) lo que sucede en torno al desarrollo de la estrategia. La figura de la encargada entonces puede entenderse desde su rol, como Heather Hill (2003) lo propone, citando a otros autores, entre ellos Lipsky, que la política pública va a depender del cómo y de quién los burócratas entiendan las reformas (29). Este entendimiento le daría forma a la política pública recibida por los ciudadanos (29).

Siguiendo a Hill, esto ocurre porque las políticas usualmente se presentan como vagas en términos prácticos, por lo que los burócratas trabajarían con un entendimiento incompleto, erróneo o particular (29). Sería la información de compañeros de trabajo, la experiencia y los valores profesionales los que llenarían ese vacío interpretativo (29). Los burócratas entrevistados no mencionaron vaguedades en la norma, pero sí una heterogeneidad en la forma de entenderla y considerarla; sobre todo hicieron referencia a sus valores profesionales y las exigencias de la realidad para explicar sus prácticas. La idea de Hill sobre el valor de la experiencia como insumo para interpretar la norma también coincide con la condición rotativa del cargo de encargada, ya que no necesariamente se ubica en una posición gerencial (término que en la discusión teórica se ha contrapuesto al de burócrata a nivel de la calle), sino en un espacio medio entre aquella posición y la del burócrata. Además, durante su periodo como tal, no deja de realizar las tareas de apoyo a la estrategia. Esta condición le permitiría a la encargada surtir de un sentido práctico y contextualizado las normativas o permisividades que pueda formular en la estrategia. Por último, las ideas de Hill también ayudan a entender la importancia del apoyo entre pares, para el llenado del vacío interpretativo, explicado en el acápite de contexto organizacional, .

Esto no quiere decir que la encargada esté constantemente yendo en contra de la norma o de la “intención legislativa”, en palabras de Hill. De hecho, esta investigación revela lo contrario. Aunque se reconozca el rol de la encargada de



establecer una forma particular de conducir la estrategia, los fines de estas acciones no difieren de los que plantea la norma técnica, y los medios para lograrlos suelen exigir más actividades o adecuarse a los recursos, más allá de contradecir los medios normados. La encargada potenciaría el alcance de los objetivos de la norma técnica. Esto va de la mano con lo que Steven Maynard-Moody y Shannon Portillo (2010) reseñan de los estudios de Meyers (1997) y Días y Maynard – Moody (2007) sobre trabajadores sociales y reformas laborales. Estos autores mostraron cómo a partir del ajuste de variables en el contexto laboral, incluyendo los contratos, podía existir discrecionalidad y al mismo tiempo entusiasmo con respecto a la aplicación correcta de las reformas. Esto apoyaría la idea de que la “discrecionalidad negativa” no es inherente a la implementación de políticas públicas (63).

Aunque pareciera que la encargada podría tener cuotas de poder por su posición privilegiada en la red comunicacional interna (64), tal como plantea Esperanza Reyes (2007) citando a Nitin Nohria (1992), no ocurre así necesariamente. El entendimiento sobre cómo debe de trabajarse la estrategia es solo novedad para los nuevos ingresantes, sobre todo jóvenes en su primera experiencia en el primer nivel de atención y burócratas que han sido trasladados recientemente al centro de salud. Aun así, estos últimos cuentan con experiencia y seguramente han sido encargados en otros centros, por lo que su conocimiento sobre el manejo de la estrategia solo necesitaría pequeños ajustes para adecuarse. Además, la institucionalidad de la estrategia no depende del control de la actual encargada,

sino que se sostiene en cómo las diferentes encargadas a través de la historia la han desarrollado.

Otro aspecto interesante para entender la complejidad del rol de la encargada es su formación en Enfermería. La encargada de la estrategia siempre será una licenciada en Enfermería. Ann Bergen (2005), apoyándose en el estudio de Peter Nolan y Cheung Chung (1996) sobre la influencia de la práctica de la Enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedades de salud mental, menciona que la teoría que sustenta la formación en Enfermería es definida por la práctica misma; es decir, tiene una fuerte vinculación con la experiencia empírica (24). Esto podría dar pistas para entender cómo las encargadas valoran el contexto organizacional tanto como lo normativo al momento de actuar.

Por último, los resultados de esta investigación también pueden ser entendidos desde características del sistema de salud, como su gestión de capacitación de recursos humanos. Esta investigación analiza la formación del personal de salud, concluyendo que existen diferentes medios por los cuales estos consiguen la información necesaria para saber cómo responder ante un caso de TB. Uno de esos medios son las capacitaciones e inducciones, que como se puede observar en los testimonios tienen un papel significativo en enseñar la forma de trabajar de la estrategia. Esto necesita ser contrastado con los diagnósticos que el mismo MINSA realiza de los sus recursos humanos.

Para el MINSA el desarrollo del capital humano es fundamental para ofrecer un servicio de calidad (65). Sin embargo, reconoce que tiene una inadecuada gestión del capital humano por la falta de regulación de la formación profesional y la falta de conciliación de necesidades y demandas (65). Específicamente considera que la gestión de capacitación no es institucionalizada ya que el acceso es “casual y poco planificado” (65) y, además, la planificación de la capacitación no es realizada desde la unidad de gestión del nivel correspondiente, generando “dispersión de los esfuerzos y ausencia del impacto esperado” (cita).

Justamente estos aspectos reforzarían la relación entre prácticas discrecionales y aspectos del contexto institucional. Podría entenderse que la inadecuada gestión de capacitaciones generaría circunstancias donde el personal de salud, en ánimos de sobre llevar el día a día, encuentre otras formas de capacitarse, como la ayuda de un compañero, que haría énfasis en la forma en cómo se suele trabajar y no es la forma en cómo institucionalmente se debería.

## **6.2 Burocratizar la práctica médica: metas, autonomía y DOTS**

Uno de los elementos claves para entender el contexto organizacional en la micro red estudiada son las metas de la estrategia. A partir de ellas, se evaluará el trabajo en los centros de salud y por lo tanto de los burócratas a nivel de la calle. Las metas no son meros objetivos, sino que configuran un tipo de comportamiento para su cumplimiento. De hecho, en la literatura sobre el tema,

se entienden como otro tipo de normativa, generando tensiones con la autonomía del personal de salud (66) .

El entendimiento de las metas con relación a las prácticas del personal de salud puede esclarecerse a partir de dos ideas planteadas por Harrison (2015). La primera son los “*Quality and Outcome Frameworks*” o marcos de calidad y resultados. Son un conjunto de indicadores que dan cuenta de la práctica médica y gerencial de centros de salud, usados para burocratizar o facilitar la gerencia del primer nivel de atención en el sistema de salud inglés (67). La segunda idea es la de “*conceptual commodification of medical care*” o la mercantilización conceptual de la atención médica. Se refiere al uso de procesos estandarizados de cuidado, que funcionarían a partir del monitoreo o seguimiento del cumplimiento de recorridos<sup>9</sup> estandarizados del paciente en una determinada secuencia de acciones en un tiempo específico. El éxito de estas herramientas gerenciales en centros de salud ofrecen, según Harrison, la posibilidad de atenuar la discrecionalidad profesional y de gerenciar la práctica médica a partir de normas técnicas, entre otras cosas (67).

Los resultados de esta investigación matizan los análisis de Harrison. El primer punto sería reconocer que las prácticas discrecionales en un centro de salud y el cumplimiento de los objetivos generales de cualquier normativa en salud no solo dependen del personal médico, ni en un solo tipo de profesional. La diferencia de profesiones y de roles en la estrategia sería un aspecto clave a analizar para

---

<sup>9</sup>. Escrito en su idioma original como “*pathways*”.

entender las discrecionalidades y por lo tanto para asegurar el cumplimiento de los objetivos.

Justamente esta diferencia es la que McDonald y otros (2005) resaltan en su investigación sobre la adherencia a las normativas de seguridad durante intervenciones quirúrgicas por doctores y enfermeras. McDonald encuentra que las enfermeras se adhieren de forma más estricta a las normativas, realizándolas a veces por el mero hecho de cumplirlas y no por sus fines prácticos. Mientras que los doctores consideran que sus prácticas se deben más a su ingenio y habilidad para improvisar (68). Esta investigación se complementaría con la de McDonalds, en el sentido de que juntas estarían comprobando que la discrecionalidad y el seguimiento de normativas por el personal de salud dependerá de los espacios de trabajos y de las tareas realizadas, más no será determinado por un patrón personal u profesional.

En segundo lugar, y en la misma línea, habría que reconocer que no todos los indicadores o metas son experimentados, entendidos y valorados por igual. Las estrategias tienen diferentes valorizaciones y significancias, y dentro de ellas hay actividades percibidas como más importantes que otras. Por ejemplo, la estrategia de TB es considerada más rigurosa que las demás, y la administración del tratamiento como más importante que el recojo de pruebas de esputo. Sin embargo, el que una estrategia, meta o actividad sea importante no es sinónimo de su que su cumplimiento se realice en su totalidad como lo indica la norma . Esto se evidencia al analizar los siguientes hechos: la estrategia de TB es

entendida como rigurosa y estricta, a pesar de la heterogeneidad de las encargadas, y aun así existen prácticas discrecionales en el marco de ellas; por otro lado, la meta de llegar al número de pruebas de esputo correspondiente no es considerada importante, pero por cumplirla se incumple la norma técnica y se desvirtúa su objetivo preventivo; y por último, la meta de término del tratamiento es considerada tan importante que se pone por encima de actividades normadas como la entrega observada de medicamentos, las visitas fuera de horarios de trabajo y los criterios para justificar faltas o pedir días libres, entre otros. Podría llegarse a la conclusión de que las metas determinan con más precisión las prácticas que las normas técnicas, y hasta podrían llegar a contradecir el procedimiento.

Las metas, indicadores y normas, entendidas como formas de gerenciar o burocratizar la práctica médica, generan tensiones con la autonomía de los burócratas, aspecto fundamental para entender la discrecionalidad de sus prácticas. Nos parece conveniente comparar los hallazgos de esta investigación con los estudios de Nora Engel y Harro van Lente (2014) sobre las prácticas públicas y privadas en el control de la TB en India. Los autores señalan que en el sector privado los médicos suelen ser más discrecionales, individualistas y autónomos que en el sector público, atendiendo menos los protocolos impuestos desde el gobierno (66). Esto se debería a varias razones, como a su formación profesional, estatus como médicos y a su autonomía profesional (66). Del mismo modo, señalan que existe una heterogeneidad de respuestas en el sector privado con respecto a las estandarizaciones. Algunos las acatan con normalidad,

mientras que otros sienten su autonomía amenazada (66). En general, encontrarán en el sector privado un enfoque individual más que de salud pública y una postura crítica hacia las estandarizaciones resaltando sobre todo que impide la innovación, algo que la competencia entre privados promueve (66).

Los testimonios de los BC médicos entrevistados coinciden con lo recogido por los autores, ya que estos se consideran autónomos, individualistas y con mucha capacidad de discreción. La norma técnica es considerada por ellos una guía interpretable, la cual ya debe estar interiorizada a partir de su formación o experiencia. El valor de la norma estaría en las consecuencias legales de su incumplimiento y no en las pautas que demandan. Comparando los hallazgos de Engel y Harro, podría decirse que hay contextos, como el investigado, donde la forma en que es percibida la norma (o cualquier instrumento de burocratización de la práctica médica) generaría coincidencias en las motivaciones entre las prácticas médicas públicas y privadas.

En esta discusión es interesante introducir las percepciones sobre la norma técnica encontradas en las BC enfermeras y técnicas. Estas, al igual que los BC médicos, interpretan la norma y demandan una interiorización de sus pautas más importantes, producto de la formación y de su experiencia. Sin embargo, esto no conduce a una sensación, por lo menos expresa o evidente, de autonomía, discrecionalidad o individualismo. Más bien, existiría un sentido de orden organizacional que demanda comportamientos pertenecientes a la estrategia contra la TB. Para las BC enfermeras y técnicas, la estrategia contra la TB les

otorga un orden de trabajo, una organización de las actividades en procesos que deben cumplir y hacerse responsables. La estrategia de TB no provoca el mismo sentido en los burócratas médicos.

Otro estudio para comparar nuestros hallazgos es el de Erin Koch (2013) de su libro *“Free Market Tuberculosis: Managing Epidemics in Post-Soviet Georgia”*. Koch analiza el establecimiento de la estrategia DOT en Georgia a partir de su independencia de la Unión Soviética y de los cambios que provocaría en el control de la TB y de la salud pública en general (69). Koch identifica que el personal de salud genera resistencia al cambio de sus estándares de tratamiento de TB, basados en su experiencia y experticia, ante la imposición sistemática del modelo DOT de parte de la OMS y otras instituciones internacionales de salud y financieras (69). Esta resistencia se expresaría en indignación y frustración por el rechazo y deslegitimización de su forma de tratar la TB, basada en un sistema robusto de amplio acceso a recursos médicos (sistema soviético), y por el despido de varios profesionales ante el ajuste del sistema público y los procesos simplificados basados en lógicas de mercado que tiene el DOT (69). Entre sus quejas se encuentran que no pueden dar tratamiento individualizado, no pueden controlar el alta del paciente o su estado de “cura” (el DOT utiliza este término cuando el paciente deja de ser un vector de contagio) y definir la gravedad de los casos, entre otras (69).

A diferencia de los médicos de Koch, esta investigación encontró una buena percepción sobre la utilidad y los tratamientos planteados por el DOT por todos



los BC entrevistados. Ninguno de ellos expresó algún tipo de rechazo, frustración o incomodidad frente a esta estrategia. Es más, muchos de ellos no tenían una opinión al respecto, y los que sí la tenían hacían énfasis de forma inexacta en los reconocimientos internacionales que había recibido el Perú por la implementación del DOT.

Además, en un nivel clínico, los doctores no manifestaron discrepancias con los esquemas de tratamiento, tampoco que a partir de estos su autonomía se viera amenazada. La diferencia entre ambas percepciones revela que los procesos de implementación de estrategias internacionales dependen de cómo se “ensambla” con las características locales de la práctica médica (70). A diferencia del contexto de la Unión Soviética, en el que los médicos georgianos habían sido formados y practicaban su medicina, el Perú mostraba antes de la implementación del DOT, un contexto de precariedad y desarticulación (71). Además, el Perú es uno de los países donde la estrategia del DOT se ha perfeccionado para el tratamiento de MDR y se ha reflejado en la mejora de indicadores epidemiológicos (71). Esto podría indicar una relación entre la percepción históricamente construida de una directiva, en este caso el DOT, y el nivel de acatamiento de esta (1,3,4,10,14) .

En ese sentido, otro elemento que evidencia la percepción positiva de la estrategia DOT por los BC entrevistados es la coincidencia entre las concepciones del paciente que manejan ambos (el DOT y los BC). Siguiendo la conclusión de Jeffrey Prottas (1979), citado por Steven Maynard-Moody y

Shannon Portillo (2010), de sus estudios sobre el procesamiento de los usuarios en servicios públicos en Estados Unidos, donde afirma que en esos casos el servicio público no se entrega a ciudadanos, sino a clientes fabricados con esos propósitos (63). Se puede hacer una comparación entre lo que la Estrategia DOT asume como pacientes y las concepciones que manejan los BC sobre ellos. El DOT, al ser un programa vertical que busca focalizar al paciente para que su tratamiento sobrepase cualquier “barrera” social (69), necesita un paciente disciplinado que cumpla con las visitas al centro de salud y se adecúe a una estructura rígida de gestión de su tratamiento (72). Esta concepción del paciente coincidiría con la expresada por varios BC entrevistados que consideran problemáticos a los pacientes que no se adaptan al programa o que no suelen hacer caso a las indicaciones del personal sobre el cambio que deben hacer en sus vidas para curarse. La coincidencia entre ambas concepciones evitaría prácticas discrecionales que vayan en contra de los objetivos de la norma técnica.

### **6.3 Profesionalismo: formación, información y experiencia**

Los resultados de esta investigación sobre la importancia de los valores profesionales en el trabajo coinciden con los de Hupe y Van der Krogt (2013) sobre el profesionalismo en el servicio público. Los autores reconocen que el personal de salud se guía por códigos éticos y valores altruistas de su profesión al momento de trabajar, y sobre todo en su trato con los pacientes (73). En esa línea, esta investigación recogió que las principales cualidades necesarias para el trabajo son las que los mismos burócratas reconocen como valores profesionales,

como enfocarse en el carácter humano del paciente, tener paciencia, respeto y ser solidarios y empáticos.

Como recogió esta investigación, los BC hacen referencia a su deber, vocación o profesión para entender, interpretar, justificar y motivar sus prácticas diarias, relegando de esta capacidad a la norma técnica. Estos resultados coinciden con los resultados de Yanow (1997) en sus estudios sobre los centros comunitarios de Israel, donde concluye que los valores, en ese caso sobre lo que significaba ser un buen israelí, construían el significado de sus prácticas (55). Esto también se entiende desde el hecho de que no existe la necesidad ni intención de conocer la norma técnica, por lo que la mayoría de los BC manifiesta que ni siquiera la han leído. Los valores profesionales y la vocación tomarían el lugar de la norma, algo que Lipsky (1980) en su análisis sobre varias prácticas burocráticas anotaba al decir que los burócratas tratan de ser consecuentes con las expectativas construidas en las carreras profesionales, relacionadas con servir a la comunidad (13).

Sin embargo, esto no significa que los valores profesionales sean cumplidos siempre. Aunque la presente investigación recogió una percepción parecida sobre cómo se debe actuar y ser un buen profesional, también se recogió una heterogeneidad de prácticas y percepciones sobre ellas. De ninguna forma el compartir los mismos valores profesionales estandariza las prácticas o elimina la discrecionalidad. Ann Bergen (2005) coincide con estos resultados en sus estudios sobre el personal de enfermería comunitaria. En él resalta como factores,

como el tener habilidades individuales para cumplir tareas, acomodarse a nuevas oportunidades de trabajo y gerenciar a partir de indicadores de resultados, pueden en ciertas ocasiones ir en contra o ignorar los valores tradicionales de la enfermería (24). Del mismo modo, el ya citado estudio de Engel y Harro Van Lente sobre el control público y privado en la India reconoce que por más que haya una comunidad de profesionales de la salud que comparta los mismos valores, esto no quiere decir que acaten de la misma forma las normas y puedan llegar a acuerdos sobre cómo controlar la TB (66).

Por otro lado, la información que se maneja sobre la norma técnica también es una variable importante para entender las prácticas. De hecho, Scheinder e Ingrean (1997) señalan que la información puede ser más determinante que los recursos económicos en los resultados de la política pública (74). Esta investigación muestra que hay una amplia percepción de ignorancia sobre la norma técnica, no solo de parte de los BC entrevistados, sino también de lo que ellos opinan de sus colegas. Es decir, ellos sienten que ni ellos ni el resto de sus colegas conocen significativamente la norma técnica. Esta coincide con varias investigaciones cuantitativas que se han llevado a cabo en el Perú sobre el nivel de conocimiento sobre la norma técnica de TB. Entre ellas, las de Zamora (2018) en un centro de salud en Monsefú – Piura, donde concluye que *“46% tiene un nivel de conocimiento regular y el 84% tiene un nivel práctico deficiente sobre la norma técnica de la tuberculosis”* (75). Lo mismo ocurre en Longobardi (2020) que mide el nivel de conocimiento sobre tratamiento de TB en médicos

de Lambayeque, concluyendo que el nivel más común de conocimiento es de medio y bajo (76).

El profesionalismo también se construye con la experiencia (77). El día a día, los años de trabajo y el entrenamiento conseguido en ellos son aspectos que muchos entrevistados resaltaron como fundamental al momento de explicar su trabajo implementando la norma técnica de la TB. Esta investigación ha recogido cómo la experiencia ha generado conocimiento práctico, sobre todo en aspectos administrativos, manejo de recursos para solucionar problemas, rutinas laborales, brindar tratamiento y consejería a pacientes, y darle confianza y seguridad para tomar decisiones en el trabajo. Estos hallazgos se relacionan con los estudios relacionados con la identidad formada en el trabajo de los servidores públicos. Steven Maynard-Moody y Shannon Portillo (2010) realizan un recorrido por estudios al respecto. Entre ellos destacan el de Jodi Sanford (2000) sobre las creencias y los conocimientos compartidos en el trabajo; el concepto de “*ideologías de la práctica*” de Yeheskel Hasenfeld (2000) que enfatiza el establecimiento de ideas sobre los usuarios y cómo se trabaja a partir de ellas; y el concepto de Jerome Skolnick y James Fyfe (1993) sobre “*personalidad en el trabajo*” construida por costumbres, percepciones e interpretaciones que se comparten entre trabajadores que viven las mismas experiencias (63). Del mismo modo, Esperanza Reyes (2007) en su etnografía en una micro red de salud en el Perú, destaca la forma en cómo la rutina y las discusiones diarias generan “*bienes colectivos hechos en conjunto*”, que funcionan como un proceso donde día a día el personal de salud viabiliza institucionalmente sus metas y decisiones (64).

Steven Maynard-Moody y Shannon Portillo (2010) concluyen lo siguiente en el análisis arriba citado: *“Las creencias y las normas son más resistentes al cambio que las reglas y los procedimientos; estas son imprecisas nunca se articulan plenamente y a menudo son contradictorias. Las creencias y las normas a nivel de calle sí cambian, pero rara vez lo hacen debido a una intervención planeada por quienes tienen la autoridad formal. Estas normas apoyan y promueven simultáneamente los objetivos de los programas estatales, pero con frecuencia socavan la autoridad formal y la rendición de cuentas democráticas”*(63). Esta idea ayudaría a entender lo significativo que es para algunas BC enfermeras y técnicas en enfermería el haber realizado trabajos no contemplados en la norma, abiertamente ilegales, que no se encontraban estipulados en sus deberes formales, pero que el contexto de escasez lo demandaba, sobre todo el que realizaban suplantando al personal médico. Estas discreciones ante la norma, aunque exigidas por el contexto y socializadas como “normales” en contextos de escasez años atrás, habría generado un tipo de relación con la norma técnica y, por lo tanto, una forma de trabajar que pone por delante de ella sus capacidades para adecuarse a las circunstancias y resolver problemas.

#### **6.4 La discrecionalidad en los burócratas como agentes del estado**

La discrecionalidad en los BC entrevistados no construye otra política o desvirtúa los objetivos de la norma técnica, sino más bien es utilizada para lograrlos y,

sobre todo, en palabras de los entrevistados, para servir a los pacientes. Lipsky (1980) lo llama “cerrar la brecha”. Se refiere a la reducción de diferencias entre lo planificado y lo implementado por el compromiso relativo del burócrata con la norma (13). Esta concepción se alinea a la comparación que Steven Maynard y Michael Musheno (2003), en su estudio sobre policías, profesores y consejeros, hacen de “agentes estado” y “agentes de los ciudadanos” (78). Mientras que el enfoque agente estado reconoce la inevitable discrecionalidad y asume que los burócratas cambiarán la intención legislativa motivados por intereses particulares; el enfoque agente de los ciudadanos considera que los burócratas son prácticos y parten de la premisa que quieren solucionar el problema de los usuarios, siempre juiciosos, tratando de cumplir con el sistema y los usuarios, y atravesados de valores, prejuicios y expectativas (78).

Los hallazgos también coinciden con lo que Tummers, Bekkers, Vink y Musheno (2015) concluyeron en su revisión sistemática sobre la forma en que los BC afrontan la entrega de servicios públicos. Estos autores usan el concepto de “*darle vuelta a la regla*” para referirse a la situación donde los burócratas modifican la regla un poco para satisfacer las demandas de los usuarios (79). En el caso de esta investigación, la regla se modifica un poco al no cumplir con la observación de la ingesta de pastillas que demanda el DOTS. Sin embargo, el objetivo de la normativa, la cura del paciente a partir de los esquemas de tratamiento, sí se cumple.

En esa misma revisión sistemática, los autores identifican una forma de afrontar la entrega de servicios públicos que denominan “*usar recursos personales*” (79). Esta hace referencia al esfuerzo extra al exigido por su puesto trabajo, que se realiza para ayudar a los usuarios. Implica trabajar horas extras y dar dinero o recursos personales (79). Esto coincide con las prácticas discrecionales encontradas de hacer colectas para ayudar a pacientes percibidos como necesitados y con el trabajo extra realizado para visitar a los pacientes.

Los burócratas de la Micro Red Árboles cierran la brecha mencionada por Likpsky y son un tipo de *agentes de los ciudadanos*. Piensan en términos prácticos de cómo ayudar al paciente, pero en el marco del cumplimiento de los objetivos de la estrategia. Es decir, en tanto los problemas de los pacientes con TB están mayormente relacionados a la dificultad de continuar con el tratamiento, los burócratas utilizan su discrecionalidad con el objetivo de entregarle las pastillas para ser tomadas en casa, hacer visitas para entregar las pastillas y colaborar económicamente con el paciente a partir de colectas entre compañeros de trabajo. Las prácticas discrecionales, entonces, apuntan a mejorar la adherencia al tratamiento. No pretenden cumplir otros deseos de los pacientes, menos si van en contra del objetivo final, que es curarse a partir de la ingesta de las pastillas. Estas prácticas coinciden con sus valores profesionales y responden a la forma en cómo la estrategia contra la TB se implementa en el contexto organizacional de sus EESS. Los BC colocan el bienestar del paciente sobre los procedimientos normados, y consideran que la mejor forma de llegar a él es cumpliendo con el esquema de tratamiento, que a partir de su reconocimiento



como efectivo, es recomendado por los BC médicos a pesar de ellos mismos percibirse con una significativa autonomía.

Por último, también es necesario señalar que las prácticas discrecionales no sólo pueden entenderse desde una óptica normativa. También pueden considerarse como una fuente de experiencias que en el mediano plazo pueda consolidarse en ideas innovadoras para otras políticas o, en el menor de los casos, la ausencia de normas permite innovar y desarrollar capacidades que beneficien al burócrata en general. Un ejemplo es lo sucedido en el departamento policial de Michigan al implementar su programa de policía de proximidad (29). Las capacitaciones de este programa no fueron contundentes en explicar al personal en qué exactamente consistía y que significaba “proximidad”, estos empezaron a plasmar en la práctica las formas como lo habían entendido. Algunos hicieron un acercamiento más significativo con la comunidad y fueron más sensibles a sus percepciones sobre seguridad, otros entendieron que los ciudadanos también son recursos para utilizar cuando ocurren problemas. Esto también ocurrió en otras direcciones de policías, pero con diferentes métodos, generando un abanico de prácticas por cada comunidad. En las futuras capacitaciones se compartieron esas experiencias y fueron replicadas en otras comunidades (29).

La presente investigación presenta el dar el tratamiento a casa como una solución a problemas que puede presentar el paciente, como el vivir muy lejos, trabajar durante las horas de trabajo del centro de salud o tener que viajar constantemente. Esta solución no solo debería ser entendida desde la normativa institucional, sino

también desde su potencial para innovar en la forma de brindar el tratamiento y hacerlo más efectivo.

## **6.5 Limitaciones del estudio**

Esta investigación considera que es pertinente reconocer las limitaciones del planteamiento teórico para la comprensión de las prácticas discrecionales en la implementación de una norma técnica.

Al ser un estudio cualitativo enmarcado en una perspectiva teórica, implicó priorizar algunas variables sobre otras. Esto, por un lado, enriqueció a la teoría, La Burocracia a Nivel de la Calle, que pone el foco en los burócratas de primera línea, sus prácticas discrecionales y sus motivaciones, pero, por otro lado, no enfatizó las interpretaciones y significados que estas prácticas tienen y generan. Variables como las relaciones de poder que por años han constituido una forma de trabajar, que a veces los mismos burócratas ignoran, pueden ayudar a comprender mejor por qué se está actuando de esa forma. Por lo que, desde un inicio, el estudio contó con esa limitación, que de hecho no implicó el rechazo de variables emergentes, las que se esperan analizar en un estudio cualitativo, si no que se expusieron para dar cuenta de ellas y para que puedan motivar otros estudios.

En ese sentido, algunas variables que se pueden explorar más desde otros enfoques y que ayudarían a comprender la implementación de la norma técnica

serían las siguientes: el desarrollo de las relaciones jerárquicas entre el personal de salud en el primer nivel de atención, la historia de la valorización de una estrategia como el DOTs, el carácter político de la prácticas de los profesionales de la salud, la informalidad en el trabajo de los profesionales de la salud y la cultura organizacional de cómo los profesionales de la salud acceden a sus normativas.

## VII. CONCLUSIONES

- Las prácticas discrecionales realizadas por el personal de salud para implementar la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis que se han identificado son las siguientes:
  - i. Dar el tratamiento para la casa
  - ii. Recoger pruebas de esputo a pacientes asintomáticos
  - iii. Realizar colectas y entregar “ayudas” a los pacientes
  - iv. Trabajar fuera de turno
  
- Los condicionantes de las prácticas discrecionales se pueden entender desde la comprensión de los siguientes factores:
  - i. La forma de trabajar la estrategia contra la TB
  - ii. La estrategia sanitaria contra la TB, que está constituida por los siguientes elementos:
    - a. La encargada o responsable de la “Estrategia sanitaria contra la TB”.
    - b. La disponibilidad del personal de salud.
    - c. Las metas de la estrategia contra la TB.
  - iii. Los valores profesionales y vocación laboral.
  - iv. El aprendizaje de la norma y de la forma de trabajar en el centro de salud.
  - v. La percepción de la norma como algo interpretable.

- Estos factores también pueden comprenderse desde su organización en tres marcos normativos:
  - i. Marco normativo institucional.
  - ii. Marco normativo profesional.
  - iii. Marco normativo práctico.
  
- Todas las prácticas discrecionales identificadas, excepto la de recoger pruebas de esputo a pacientes no asintomáticos, se realizarían con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes.
  
- El incumplimiento de las exigencias de la norma técnica no es suficiente criterio para identificar prácticas discrecionales. Esto se debe a los siguientes aspectos:
  - i. la norma técnica permite prácticas discrecionales al no señalar de forma específica cómo lograr los objetivos de las tareas que plantea
  - ii. La norma es conocida de forma distinta, desde diferentes procesos de formación.
  - iii. Puede no ser una referencia para saber qué se debe de hacer en el centro de salud con respecto a la TB
  - iv. Las experiencias de los profesionales y sus roles en el centro de salud construyen una percepción particular sobre qué es la norma y cómo debe de entenderse.

- El marco normativo práctico que hace referencia a “la estrategia contra la TB”, que hace referencia a la forma en cómo se implementan las exigencias institucionales, es útil para entender la complejidad de las formas en cómo los BC motivan sus prácticas discrecionales. De hecho, los espacios normativos que la norma técnica no especifica no generan necesariamente autonomía en la toma de decisiones, ya que hay prácticas demandadas desde la forma en cómo se trabaja la estrategia sanitaria de TB.
  
- Aunque la norma técnica no guía necesariamente todas y cada una de las prácticas relacionadas con la TB, sus objetivos se cumplen. Esto es debido a otros factores como los valores profesionales y la forma de trabajar la “estrategia contra la TB”.

## VIII. RECOMENDACIONES

- La presente investigación debe ser tomada en cuenta desde los parámetros de sus preguntas de investigación. No argumenta en contra de los modelos de gestión por normativas técnicas, sino que ilumina algunas variables a tomar en cuenta en su implementación.
- Realizar una investigación con los mismos objetivos en lugares con más incidencia de TB. Esto con el objetivo de comparar las prácticas discrecionales y sus motivos, en diferentes contextos y así tener diferentes panoramas para evaluar la implementación nacional de la norma técnica desde la teoría de la burocracia de la calle.
- Valorar las formas autónomas de trabajo de los diferentes centros de salud para el diseño de las estrategias para la lucha contra la TB, sobre todo en la forma en cómo los indicadores de gestión moldean las prácticas del personal de salud.
- Que los organismos competentes faciliten una mejor comprensión de la norma técnica al personal de salud que la implementará, a partir de sus características profesionales, hábitos de lectura y formas de trabajar en los centros de salud.
- Promover investigaciones que describan a profundidad la sensación de sacrificio que realiza el personal de salud. Entendiendo sacrificio como

aquello que se hace aunque no corresponda a lo que debe hacerse, sino a un extra; ya que está presente en la mayoría de sus percepciones sobre su forma de trabajar.

- Promover investigaciones sobre la relación entre la experiencia de personal de salud realizando tareas fuera de sus funciones, a partir de la necesidad que presenta el lugar y el cumplimiento de las normas en los establecimientos de salud de primer nivel.
- Promover investigaciones sobre la historia y percepción de la estrategia DOTS en el Perú.
- Promover investigaciones desde el enfoque de burocracias a nivel de la calle para otras normas técnicas de salud que están implementándose.



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis 2017 [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/campaigns/tb-day/2018/exe\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/campaigns/tb-day/2018/exe_summary_es.pdf)
2. Ministerio de Salud del Perú. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2009 - 2018 [Internet]. 2009. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/Material%20de%20Difusion/Notas%20de%20Prensa/PEM\\_TB\\_06marzo\\_2009.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/Material%20de%20Difusion/Notas%20de%20Prensa/PEM_TB_06marzo_2009.pdf)
3. Anduaga-Beramendi A, Maticorena-Quevedo J, Beas R, Chanamé-Baca DM, Veramendi M, Wiegering-Rospigliosi A, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*. enero de 2016;33(1):21-8.
4. Narrativo-Fondo-Mundial-TB-2016-2019.pdf [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://conamusa.org.pe/wp-content/uploads/2017/08/Narrativo-Fondo-Mundial-TB-2016-2019.pdf>
5. Impacto socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>
6. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, 2015 Ministerio de Salud de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2016. [Internet]. Lima: MINSA; 2016. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=599&Itemid=204](https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=599&Itemid=204)
7. PPT Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción) Dra. Julia Rios Vidal Directora de Prevención y Control de TB-DPCTB DGIESP-MINSA [Internet]. [citado 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>
8. Norma técnica TB [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180926111143.pdf>
9. Bonilla Asalde C. Situación de la tuberculosis en el Perú: current status. *Acta Médica Peruana*. julio de 2008;25(3):163-70.
10. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLOS Medicine*. 24 de julio de 2007;4(7):e238.

11. Chimaja F. "Movilización del capital social para el control de la tuberculosis en la jurisdicción del cerro San Cosme: el caso del plan «TBCERO». Tesis para optar el grado de Magister en Gerencia Social. PUCP; 2014.
12. Ricardo Ivan Vértiz Osos. Estigmatización de la tuberculosis pulmonar: impactos en la reestructuración de los entornos sociales en el cerro San Cosme, Lima. [Lima]: PUCP; 2017.
13. Lipsky M. Street-Level Bureaucracy, 30th Anniversary Edition: Dilemmas of the Individual in Public Service. Russell Sage Foundation; 2010. 300 p.
14. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 30 de junio de 2017;34(2):299-310.
15. Bustíos Romaní C. La Tuberculosis en la Historia de la Salud Pública Peruana: 1821-2011 [Internet]. Lima: UNSMS; [citado 12 de julio de 2022]. Disponible en: <https://historia-de-la-salud-en-el-peru.webnode.es/news/la-tuberculosis-en-la-historia-de-la-salud-publica-peruana-1821-2011/>
16. WHO\_CDS\_STB\_2000.5.pdf [Internet]. [citado 19 de enero de 2019]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66238/WHO\\_CDS\\_STB\\_2000.5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66238/WHO_CDS_STB_2000.5.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Culqui DR, Grijalva CG, Reategui S del R, Cajo JM, Suárez LA. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev Panam Salud Publica. julio de 2005;18:14-20.
18. 20180308083418.pdf [Internet]. [citado 19 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
19. Vivir la Tuberculosis: Estudio Socioantropológico de la Tuberculosis en dos Zonas de Alto Riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1730.pdf>
20. Walker L, Gilson L. «We are bitter but we are satisfied»: nurses as street-level bureaucrats in South Africa. Soc Sci Med. septiembre de 2004;59(6):1251-61.
21. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso [Internet]. [citado 2 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uTn3MHwWsuwJ:https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/download/215/198/&cd=12&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
22. Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la micro red de salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho, Lima, Perú | Revista

Enfermería Herediana. [citado 2 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2857>

23. Street-Level Leadership | Georgetown University Press [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://press.georgetown.edu/book/georgetown/street-level-leadership>
24. Bergen A, While A. «Implementation deficit» and «street-level bureaucracy»: policy, practice and change in the development of community nursing issues. *Health Soc Care Community*. enero de 2005;13(1):1-10.
25. Subirats J. Análisis y gestión de políticas públicas. Grupo Planeta (GBS); 2008. 290 p.
26. Arango GIC, Henao CDA, López LPM. Burócratas y ciudadanos. La burocracia de nivel de calle en la implementación de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional en el departamento de Antioquia. *Estudios Políticos*. 2021;(61):125-52.
27. Hill HC. Understanding Implementation: Street-Level Bureaucrats' Resources for Reform. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*. 2003;13(3):265-82.
28. El Marco de Las Corrientes Múltiples. Estructura, Limitaciones, Perspectivas | PDF | Ciencias Políticas | Sociología [Internet]. [citado 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/445891430/El-marco-de-las-corrientes-multiples-Estructura-limitaciones-perspectivas>
29. Hill HC. Understanding Implementation: Street-Level Bureaucrats' Resources for Reform. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*. 2003;13(3):265-82.
30. Yanow D. How Does a Policy Mean?: Interpreting Policy and Organizational Actions. Georgetown University Press; 1996. 290 p.
31. Cerna D, Garcia L, Puémape F, Sosa P, Rentería M, Rozas L. Aquí no hay ventanillas. La burocracia de la calle en los programas sociales. Lima: IEP; 2017.
32. Gupta A. Blurred Boundaries: The Discourse of Corruption, the Culture of Politics, and the Imagined State. *American Ethnologist*. 1995;22(2):375-402.
33. Erasmus E. The use of street-level bureaucracy theory in health policy analysis in low-and middle-income countries: A meta-ethnographic synthesis. *Health policy and planning*. 1 de diciembre de 2014;29 Suppl 3:iii70-8.
34. Evans T. Professionals, Managers and Discretion: Critiquing Street-Level Bureaucracy. *Br J Soc Work*. 1 de marzo de 2011;41(2):368-86.
35. Johannessen L. Negotiated Discretion: Redressing the Neglect of Negotiation in "Street-Level Bureaucracy". *Symbolic Interaction*. 16 de agosto de 2019;42.

36. Suárez RS, Virginia R. De Wawa Wasi a Cuna Más: los desafíos de ser más que una guardería : Estudio de caso de locales de Cuna Más en Jicamarca, Huarochirí . Pontificia Universidad Católica del Perú [Internet]. 16 de octubre de 2015 [citado 5 de diciembre de 2018]; Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/123456789/6327>
37. Jewell CJ, Glaser BE. Toward a General Analytic Framework: Organizational Settings, Policy Goals, and Street-Level Behavior. *Administration & Society*. 1 de julio de 2006;38(3):335-64.
38. Meyers MK, Vorsanger S. Street-Level Bureaucrats and the Implementation of Public Policy. En: *Handbook of Public Administration* [Internet]. London: SAGE Publications Ltd; 2003 [citado 5 de diciembre de 2018]. p. 245-56. Disponible en: [http://sk.sagepub.com/reference/hdbk\\_pubadmin/n20.xml](http://sk.sagepub.com/reference/hdbk_pubadmin/n20.xml)
39. Vásquez V, Andrés C. Burócratas de la Calle y brechas de implementación. El servicio itinerante de identificación a las comunidades nativas de Loreto. Pontificia Universidad Católica del Perú [Internet]. 19 de enero de 2018 [citado 5 de diciembre de 2018]; Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/123456789/9908>
40. Montes Mostajo S. La burocracia de la calle en la política social: un estudio de los gestores locales del programa juntos en Cajamarca. Pontificia Universidad Católica del Perú [Internet]. 13 de diciembre de 2017 [citado 5 de diciembre de 2018]; Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/123456789/9842>
41. Gupta S, Jain A, Garg S, Sood S, Kumari B. Perceptions of Indian dental hygiene students toward their profession and its relationship with their explicit self-esteem scores. *Indian J Dent*. octubre de 2014;5(4):202-10.
42. Rafaele Baldeón DJ. Percepción del estudiante de enfermería de la UNMSM sobre el cuidado de la enfermera en la comunidad: año 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2009 [citado 7 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/542>
43. Baker S. Managing Expectations: The Art of Finding and Keeping Loyal Clients. *Journal of veterinary medical education*. 1 de febrero de 2008;35:1-5.
44. Mamani Anari SS. TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN ORTODONCIA [Internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8473/Percepciones\\_MamaniAnari\\_Sofia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8473/Percepciones_MamaniAnari_Sofia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
45. Gobierno del Perú. Reglamento de la Ley N 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis. [Internet]. 2016. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/659ED15FBFCCEE34052580B9007C096C/\\$FILE/5.D.S.021-2016\\_SA\\_Reglamento\\_Ley\\_30287.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/659ED15FBFCCEE34052580B9007C096C/$FILE/5.D.S.021-2016_SA_Reglamento_Ley_30287.pdf)

46. MINSA. Memoria 2016 - 2020 Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis - DPCTB Ministerio de Salud [Internet]. 2021. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/5626.pdf>
47. MINSA. Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud - (Aprobadas por R.M. N. 826-2021/MINSA). 2021.
48. norma técnica [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180926111143.pdf>
49. Peters DH, Tran NT, Adam T. INVESTIGACIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD: GUÍA PRÁCTICA. :69.
50. Case Study Research and Applications [Internet]. SAGE Publications Inc. 2022 [citado 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/case-study-research-and-applications/book250150>
51. Estrategias Sanitarias | Gerencia Regional de Salud [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.saludarequipa.gob.pe/estadisticas-2-2/oei-estrategias/>
52. Foster M, Harvey D, Quigley R, Strivens E. Care transitions as street-level work: Providers' perspectives on the dilemmas and discretions of older people's transitions across acute, sub-acute and primary care. *Journal of Integrated Care*. 3 de julio de 2017;25(3):196-207.
53. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Grupo Planeta (GBS); 1987. 348 p.
54. Plas JM, Kvale S. *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. SAGE Publications; 1996. 348 p.
55. Yanow D. *How Does a Policy Mean?: Interpreting Policy and Organizational Actions*. Georgetown University Press; 1996. 290 p.
56. Hupe P. *Research Handbook on Street-Level Bureaucracy*. Edward Elgar Publishing; 2019. 537 p.
57. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine; 1967. 292 p.
58. Congreso de la República. Ley Universitaria. Ley N.30220 [Internet]. Congreso de la República; 2014. Disponible en: [http://www.minedu.gob.pe/reforma-universitaria/pdf/ley\\_universitaria.pdf](http://www.minedu.gob.pe/reforma-universitaria/pdf/ley_universitaria.pdf)
59. MINEDU. Decreto Supremo N° 010-2015-MINEDU [Internet]. Gobierno del Perú; 2015 [citado 13 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/118304-010-2015-minedu>

60. Comisión para la acreditación de facultades o escuelas de medicina humana (CAFME), MINSA. Ley, normas de ejecución y estándares mínimos para la acreditación de facultades de medicina y escuelas de medicina. [Internet]. Gobierno del Perú; 2001. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/99\\_ACREFDM.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/99_ACREFDM.pdf)
61. Congreso de la República. Ley del trabajo de la Enfermera(o) N. 27669. Congreso de la República;
62. Laguna MID, Cejudo GM, Pardo M del C. Las burocracias a nivel de calle: Una Antología. CIDE; 454 p.
63. Maynard-Moody S, Portillo S. Street-Level Bureaucracy Theory [Internet]. Oxford University Press; 2010 [citado 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199238958.001.0001/oxfordhb-9780199238958-e-11>
64. Reyes E. En nombre del Estado: servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú. Instituto de Estudios peruanos; 2007. 298 p.
65. Huamán-Angulo L, Liendo-Lucano L, Nuñez-Vergara M. Plansalud: plan sectorial concertado y descentralizado para el desarrollo de capacidades en salud, Perú 2010-2014. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 30 de junio de 2011 [citado 15 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/505>
66. Engel N, van Lente H. Organisational innovation and control practices: the case of public-private mix in tuberculosis control in India. *Sociol Health Illn*. julio de 2014;36(6):917-31.
67. Hupe P, Hupe P, Hill M, Buffat A, editores. Understanding street-level bureaucracy [Internet]. Policy Press; 2015 [citado 25 de octubre de 2021]. 304 p. Disponible en: <https://policypress.universitypressscholarship.com/10.1332/policypress/9781447313267.001.0001/upso-9781447313267>
68. McDonald R, Waring J, Harrison S, Walshe K, Boaden R. Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. *Qual Saf Health Care*. agosto de 2005;14(4):290-4.
69. Koch E. Free market tuberculosis: managing epidemics in post-Soviet Georgia. Nashville, Tenn: Vanderbilt University Press; 2013. 231 p.
70. Collier SJ, Ong A. Global Assemblages Anthropological Problems. En: *Global Assemblages* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [citado 27 de octubre de 2021]. p. 3-21. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470696569.ch1>
71. Jave C HO, Contreras M M, Hernández U VA. Situación de la tuberculosis multirresistente en Perú. *Acta Médica Peruana*. abril de 2017;34(2):114-25.

72. Bayer R, Wilkinson D, Bayer R. Directly observed therapy for tuberculosis: history of an idea. *The Lancet*. junio de 1995;345(8964):1545-8.
73. Hupe P. 4 Professionals dealing with pressures. :18.
74. Schneider AL, Ingram HM. Policy design for democracy. Lawrence: University Press of Kansas; 1997. 241 p. (Studies in government and public policy).
75. Avellaneda Zamora L. NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD Y APLICACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA DE LA TUBERCULOSIS, CENTRO DE SALUD MONSEFÚ, 2018. 2018.
76. Longobardi-Vásquez G, Díaz-Vélez C, Villegas-Chiroque M. Nivel de conocimiento en tratamiento de tuberculosis en médicos de la Región Lambayeque. *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 12 de diciembre de 2020;13(3):246-50.
77. Hupe P, van der Krogt T. 4. Professionals dealing with pressures. En: Noordegraaf M, Steijn B, editores. *Professionals under Pressure* [Internet]. Amsterdam University Press; 2013 [citado 1 de noviembre de 2021]. p. 55-72. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9789048518302-005/html>
78. Maynard-Moody S, Musheno MC. *Cops, teachers, counselors: stories from the front lines of public service*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2003. 221 p.
79. Tummers LLG, Bekkers V, Vink E, Musheno M. Coping During Public Service Delivery: A Conceptualization and Systematic Review of the Literature. *JOPART*. octubre de 2015;25(4):1099-126.

## X. ANEXOS

### Guía de entrevista

#### Entrevista semi - estructurada

Guía de entrevista para personal de salud relacionado en el tratamiento de la TB

*La presente entrevista busca entender las acciones diarias del personal de salud desde los mismos actores, así como el contexto en el que se desarrollan estas. No hay respuestas equivocadas y la información será confidencial y anónima.*

*Pedir ejemplos y otros casos sobre las formas que menciona sobre cómo se trabaja en el establecimiento de salud*

Sexo	
Edad	
Distrito de residencia	
Profesión	
Cargo Actual	
Tiempo de trabajo en el establecimiento de salud	
Tiempo de trabajo como profesional	
Cantidad de veces que ha trabajado en la estrategia de TB	

#### 1. Introducción: Vocación

1.1 Cuénteme un poco, ¿cómo es que decidiste estudiar enfermería / medicina / nutrición / psicología? ¿Cómo fue esa etapa de elección de la carrera?

- Motivos de elección
- Contexto familiar
- Percepción sobre la utilidad de la carrera
- Vocación de servicio

1.3 Si pudieras contarle en pocas palabras a un recién ingresado al pregrado de tu especialidad de lo que se trata tu carrera, ¿qué le dirías?

- ¿Cómo se compara la visión que usted tenía de su profesión inicialmente de la que tiene ahora



## 2. Sobre el Centro de Salud

*Pedir ejemplos y otros casos sobre las formas que menciona sobre cómo se trabaja en el establecimiento de salud*

2.1 Para empezar, háblame sobre tu trabajo en el centro de salud, ¿tienes alguna anécdota que me puedas contar sobre tu trabajo acá?

- *Tener en cuenta que se espera una respuesta libre, no necesariamente relacionada al tratamiento de la TB.*

2.2 Muy interesante la anécdota. Para poder entender mejor tu trabajo, cuéntame, ¿cómo llegas a este centro de salud?

- Circunstancia de contexto social
- Preferencias por otros centros
- Año
- Experiencia en otros centros de salud

2.3 ¿Cómo fue tu proceso de adaptación al lugar?

- Momento en el que empezó a sentirse cómoda o incómoda
- interiorización de las normas formales e informales: ¿sientes que hubo prácticas que tuviste que hacer de forma diferente?
- Expectativas sobre el resto del personal Autopercepción sobre habilidades necesarias para trabajar en el lugar (sentirse capaz)

2.3 ¿Cuáles son los principales retos de trabajar acá?

- Ambientes laboral: compañeros, jefes, otros profesionales de salud
- Usuarios
- Instalaciones
- Recursos de la institución
- Jornada laboral
- Tipos de contrato

2.4 ¿Qué crees que es fundamental cambiar en el centro de salud para que funcione mejor?

## 0. Sobre la rutina diaria

3.1 ¿Cómo es el trabajo en el centro de salud?

- Momentos del día más demandantes
- Percepción sobre los momentos más importantes
- Relación entre compañeros: amicales y laborales (trabajo en equipo para cumplir tareas)

- Relación con el jefe: para cumplir objetivos
- Relación con los usuarios: para cumplir objetivos
- Percepción sobre las condiciones laborales del trabajo
- Descripción de algún día complicado de trabajo vs un día de trabajo tranquilo

3.2. ¿Qué cualidades o capacidades debes de tener para hacer un buen trabajo?  
¿Por qué crees eso?

- Cualidades / capacidades / habilidades
- Circunstancias en donde se manifiestan esas habilidades: ejemplos
- Circunstancias donde se demuestran que una persona no tiene esas cualidades
- Cómo se consiguen esas cualidades
- Cómo sería es una buen/a trabajador/a

*Gracias por las respuestas hasta ahora. Con esto terminamos la primer parte de la entrevista. La otra la realizamos en el horario coordinado. En ella puedes complementar información de lo que hemos conversado hoy.*

*Muchas gracias*

## **Segunda parte de la entrevista**

*Gracias por tu participación en esta segunda etapa. Quisiéramos continuar con la entrevista. Recuerda que antes hablamos sobre la vocación, el funcionamiento del establecimiento de salud y tu rutina en él. Ahora vamos a empezar hablar sobre el tratamiento a la Tuberculosis.*

4. Sobre la tuberculosis

4.1 ¿Cuál es tu opinión sobre la estrategia contra la TB?

- Grado de conocimiento de la estrategia
- Opinión sobre los objetivos
- Puntos fuertes
- Puntos en contra
- Percepción sobre su funcionamiento: ¿funciona bien o mal?, ¿por qué?
- Principales dificultades para hacer un cambio

4.2. Sobre las políticas en general, ¿qué opinas sobre los cambios que se la ha hecho a la estrategia contra la TB?

4.3 ¿Cómo es el trabajo brindando en el servicio antituberculosis?

*Pedir ejemplos y otros casos sobre las formas que menciona sobre cómo se trabaja en el establecimiento de salud*

- Percepción sobre el trabajo, positiva o negativa, ¿por qué?
- Principales dificultades
- Descripción de sus soluciones
- Razones por las cuales cree que se dan esas dificultades

4.4 Coménteme un poco sobre los usuarios que se han tratado o se están tratando contra la tuberculosis, ¿cómo son?

- Identificar tipologías si es que las hay
- Explicación de los criterios para separarlos
- ¿Hay buenos y malos pacientes? ¿Por qué?

4.5 ¿Alguna vez ha sentido o percibido que a un paciente le va a costar mucho terminar su tratamiento?

- ¿Por qué?
- Si lo percibe, ¿qué haría o hace al respecto?
- ¿Conoce alguna experiencia donde se haya hecho algo frente alguna dificultad del paciente por cumplir su tratamiento? Cuéntame esa experiencia (pedir detalles de su participación o decisiones que se tomaron)
- ¿Cómo se está tratando el tema de la adherencia al tratamiento en el establecimiento de salud?

5. Sobre las prácticas discrecionales

5.1 ¿Cuál crees que es tu principal aporte en la lucha contra la TB? ¿Por qué?

- Ejemplificar
- El principal aporte de tus compañeros o compañeras

5.2 Al momento de tomar decisiones, grandes o pequeñas, ¿en qué es en lo que sueles pensar primero?

- Ejemplificar
- ¿Crees que tus compañeros piensan igual que tú?

5.3 ¿Alguna vez te has visto en la necesidad de hacer algo que no estaba dicho explícitamente en la norma o protocolo? ¿Qué paso?

- Situaciones que motivan estas prácticas
- Percepción sobre ellas: positivas o negativas, ¿por qué?
- Relación con la profesión
- Relación con las características personales
- Relación con el contexto social
- Relación con la normativa

5.4 ¿Crees que se realizan prácticas que no están contempladas en la norma técnica al momento de dar el servicio anti tuberculosis? Descripción de estas prácticas.

- Situaciones que motivan estas prácticas
- Percepción sobre ellas: positivas o negativas ¿por qué?
- Relación con la profesión
- Relación con las características personales

- Relación con el contexto social
- Relación con la normativa

## 6. Cierre

6.1 Este trabajo tiene como objetivo conocer las prácticas que el personal de salud realiza para mejorar los resultados de adherencia al tratamiento contra la TB. Al respecto, ¿desea agregar algo?