

Impacto de la política pública sanitaria en las decisiones de un paciente grave de COVID-19

Impact of public health policy on decisions of a severe COVID-19 patient

Paula Eloísa Lázaro Hernández

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

paulalazarohdez@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5625-4251>

Brenda Judith Saucedo Villeda.

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

judith_sauceda@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3614-7875>

Revista Política, Globalidad y
Ciudadanía vol. 10 núm. 19 24 42 2024

Universidad Autónoma de Nuevo León
México

Recepción: 10 Junio 2023
Aprobación: 23 Octubre 2023
Publicación: 30 Diciembre 2023

Resumen: El presente artículo es producto de una revisión literaria cuyo objetivo consistió en analizar la heurística como proceso para la solución de un problema, lo que coadyuva a identificar factores y sesgos cognitivos, para posteriormente efectuar la toma de una decisión. En esta investigación se utilizó una metodología cualitativa, con la técnica de revisión documental y entrevista semiestructurada a profundidad, realizada a una muestra de 10 casos-tipo, aplicando un muestreo no probabilístico en personas mayores de edad, diagnosticadas y tratadas médicamente por COVID-19, que estuvieron en estado grave y tuvieron oportunidad de manifestar su consentimiento informado de rechazo o no de la ventilación mecánica en el Estado de Nuevo León. El principal hallazgo que se obtuvo fue el análisis de factores que influyeron en las decisiones finales de los pacientes entrevistados, respecto al tratamiento y atención médica recibida. De la aplicación de la heurística jurídica se obtuvo un intercambio en el procedimiento de interpretación por su similitud en el proceso cognitivo de toma de decisiones. Finalmente, se concluye exponiendo diversos factores que influyen en la toma de decisiones de un paciente con COVID-19, además de la necesidad de analizar la política pública sanitaria para la protección de los derechos de los pacientes.

Palabras clave: Consentimiento informado, COVID-19, derechos del paciente, factores heurísticos, rechazo al tratamiento.

Abstract: This article is the product of a literary review whose objective was to analyze heuristics as a process for solving a problem, which helps to identify factors and cognitive biases, to later make a decision. In this research, a qualitative methodology was used, with the documentary review technique and in-depth semi-structured interview, carried out on a sample of 10 case-types, applying a non-probabilistic sampling in people of legal age, diagnosed and medically treated for COVID-19., who were in serious condition and had the opportunity to express their informed consent to reject or not mechanical ventilation in the State of Nuevo León. The main finding that was obtained was the analysis of factors that influenced the final decisions of the patients interviewed, regarding the treatment and medical care received. From the application of legal heuristics, an exchange was obtained in the interpretation procedure due to its similarity in the cognitive process of decision-making. Finally, it concludes by exposing various factors that

influence the decision-making of a patient with COVID-19, in addition to the need to analyze the public health policy for the protection of the rights of patients.
Keywords: Informed consent, COVID-19, patient rights, heuristic factors, refusal of treatment.

1.- INTRODUCCIÓN

Desde el mes de diciembre de 2019 fue dado a conocer mundialmente el virus COVID-19, que originaría una pandemia. A la fecha se ha descubierto una vacuna que lo previene y puesto en práctica su aplicación, pero siguen presentándose casos de personas contagiadas que, en algunos casos se encontraban vacunadas. El proceso del pensamiento por el que un paciente mayor de edad, considerado grave y diagnosticado con COVID-19 toma una decisión, cuenta con una multiplicidad de factores que no en todos los casos son iguales y, aunque se encontrara alguna relación, no siempre los mismos factores afectan las resoluciones finales en igual magnitud.

Ahora bien, para realizar el presente estudio partimos de la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que afectan las decisiones de un paciente mayor de edad, diagnosticado con COVID-19 en estado grave o crítico, desde una perspectiva heurística, para el otorgamiento del consentimiento informado que puede llevar al rechazo o no de la ventilación mecánica?

Esta investigación es cualitativa con fines descriptivos. Su objetivo general es determinar los factores que afectan el proceso de pensamiento del paciente, la heurística y los sesgos cognitivos que se presentaron, dentro de los cuales, se precisa como objetivo específico, la importancia de conocer si los participantes tenían información relativa a los derechos de los pacientes, además, si éstos fueron respetados y aplicados eficazmente durante su enfermedad, así como conocer la política pública sanitaria para la protección de los mismos. El resultado del objetivo específico nos permitió establecer en algunos participantes, el conocimiento parcial o total de los derechos del paciente, a falta de dicho conocimiento se produjo un sesgo en el proceso de la toma de decisiones (TD). Finalmente, con base en lo anterior, se plantearon tres heurísticas jurídicas asociativas donde se relacionaron los hechos manifestados por los sujetos de estudio, los derechos de los pacientes contenidos en normas legales y la decisión final de cada sujeto

La empatía, entendimiento y respeto que se dé a los derechos del paciente y a la voluntad humana respecto de las decisiones tomadas en lo que pudiera ser el final de la vida, será la utilidad que se desprenda de esta investigación.

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Modelos para la toma de decisiones

En el área de la salud, tomaremos en cuenta dos modelos de pensamiento, el racional y el heurístico. Aunque existen otros

modelos que en diferentes circunstancias serían considerados para la TD, se evita profundizar en ellos.

Dentro de las teorías clásicas del pensamiento se encuentra el modelo racional, este consiste en que un ser humano realice su TD con base a la búsqueda de información, alternativas de solución, la consulta de expertos, e implica minimizar el efecto de las emociones, creencias y sentimientos (Sarmiento et al, 2012). En el campo médico se ve la aplicación de algunos modelos derivados del pensamiento clásico o racional, por ejemplo, la “Transtheoretical Model of Health Behaviour Change” (Taylor et al, 2007), que relaciona un cambio en las conductas de los individuos con la prevención primaria de enfermedades.

En oposición al modelo clásico, están las teorías contemporáneas, dentro de las cuales encontramos como uno de sus principales exponentes a Herbert Simón, ganador del premio Nobel de economía en 1978 por sus investigaciones en la TD dentro de las organizaciones; su principal interés residía en cómo una persona llega a la TD y los factores que influyen en ella (Estrada, 2006).

Complementando los estudios de Simón, tenemos a Kahneman (2003) y Tversky, quienes exploraron la psicología de las decisiones y las creencias intuitivas examinando las limitaciones de la racionalidad. Para lograr lo anterior, analizaron los sesgos sistemáticos que hacen la diferencia entre las opiniones y creencias de los individuos y las que seguirían los sujetos en un modelo de pensamiento racional.

La situación en que se encuentra un paciente grave enfermo de COVID-19, no encuadra en el área del pensamiento racional, debido a que no cuenta con el tiempo suficiente para la TD, a la inviabilidad de consultas médicas o segundas opiniones debido al aislamiento que requiere su tratamiento y, a la deficiencia de la información que se tenía del recientemente descubierto virus. Sumado a lo anterior, se encuentran diversos factores que detallaremos más adelante; por lo que situaremos la TD de estos pacientes en particular, dentro del espectro que abarca la teoría contemporánea.

La heurística como un proceso para la toma de decisiones. Para la Real Academia Española (2020), la heurística es una forma de encontrar una solución a un problema empleando métodos no rigurosos. Aplicando el término al estudio del comportamiento humano podemos definirlo como un proceso que consiste en estrategias de simplificación de un problema para llegar a la TD (Cortés, 2015).

Mencionan López-Jiménez y Vergara (2017), que este proceso tiene el cometido de aplicabilidad que deben tener todas las ciencias ya que, no solamente busca las causas del problema, sino que, propone soluciones. Su realización se ejecuta en menor tiempo comparándolo con un modelo racional. Razones las anteriores, por las que la presente investigación toma esta perspectiva.

En este orden de ideas, es conveniente definir los tipos de heurísticas y los sesgos cognitivos que se presentan a efecto de entenderlos para optimizar la TD.

Para Bazerman y Moore (2012) existen cuatro heurísticas generales. Heurística de representatividad: hace referencia a las características que definen en una percepción individual con base a estereotipos, objetos, personas o hechos.

- a. Heurística de disponibilidad: se aplica cuando la memoria influye en las decisiones, al recordar sucesos similares.
- b. Heurística de confirmación o de congruencia: se presenta cuando las personas tendemos a tomar por cierta una declaración dada o una hipótesis.
- c. Heurística del afecto: existe cuando un componente afectivo influye en la manera de escoger o evaluar dependiendo de la circunstancia particular y el estado emocional.
- d. Refiere Jorge Cortés (2015) que los sesgos que pueden presentarse en ellas son los siguientes
 - Sesgos de la heurística de representatividad: Generalizar con pocos elementos de base, sin saber el tamaño de la muestra ni del problema. El error de conjunción se presenta cuando las personas creen que la combinación de varias situaciones es más probable de ocurrir que un hecho único.
 - Sesgos de la heurística de disponibilidad: La facilidad de recuperación basada en la intensidad o frecuencia del recuerdo. La recuperabilidad que es la capacidad de recuperar datos de la memoria. La proximidad porque se da más importancia a lo que sabemos y menos a lo que no reconocemos.
 - Sesgos de la heurística de confirmación: La trampa de confirmación tiene su base en que las personas buscamos información que confirme las conclusiones que favorecimos, refiriéndose además a la forma en que se buscan datos (selectividad). Francisca Fariña et al (2002) describen como heurística de anclaje el emitir juicios iniciando con un valor que va ajustándose hasta llegar a la resolución final, por lo que el anclaje se considera un sesgo cuando la determinación se inclina hacia el valor inicial, estableciendo que pueden

presentarse resultados diferentes si se hubiera tomado un valor distinto como punto de partida. La ilusión de control se presenta cuando se espera un éxito superior a lo que la probabilidad objetiva garantiza. La ilusión de intensificación personal se presenta cuando se sobreestiman las capacidades y habilidades propias respecto de las de los demás. La percepción selectiva se refiere a que las creencias y expectativas merman la observación de variables importantes.

- Sesgos de la heurística del afecto: El “framing” o efecto marco se da cuando una persona se encuentra ante un número determinado de factores a considerar al momento de evaluar sus opciones.

Este sesgo del afecto es de particular interés en esta investigación, puesto que las entrevistas realizadas, buscan descubrir algunos de esos “factores” que son tomados en consideración por los pacientes graves diagnosticados con COVID-19 en la TD.

Para que un proceso heurístico tenga como resultado una buena decisión debe contener el mínimo de sesgos posibles. Algunas veces el ahorro en el tiempo de la TD afecta su calidad. Al efecto, Jorge Cortés (2015, pág. 38) explica que “no se trata de eliminar los instintos, sino de incorporarlos al proceso de toma de decisiones, pero bajo un autoexamen que conduzca a eliminar los prejuicios y sesgos permitiendo una visión más objetiva de la realidad.”

A fin de evitar un sesgo en las heurísticas de representatividad y de confirmación, por lo que toca a generalizar una situación tratándose de un individuo considerado enfermo grave y, la selectividad con que recolectamos información, respectivamente, es necesario el conocimiento de los derechos que tenemos cuando nos encontramos en calidad de pacientes.

De acuerdo con Gustavo González (2007), la heurística en la resolución de casos jurídicos es un procedimiento conformado por una serie de actos mentales que pueden ser interpretativos, asociativos o volitivos. Cuando se habla de la interpretación del procedimiento, debe tomarse en cuenta las intenciones de quien la realiza, sin embargo, aun cuando los puntos de vista guarden similitudes o diferencias, todos son correctos porque son independientes entre sí. Al hablar del proceso asociativo, indica que debe al menos, reunir tres elementos, a saber: los hechos, las normas y la decisión tomada. Finalmente, cuando habla sobre la característica de la volición, se refiere a que la decisión o a la determinación se basa en múltiples factores, no únicamente en reflexiones racionales. Es por lo anterior, que la heurística jurídica, así como sus elementos, pueden ser utilizados por el paciente como proceso de interpretación de la información proporcionada.

Derechos del paciente en la toma de decisiones

El conocimiento y el respeto de los derechos que una persona tiene en calidad de enfermo o paciente es de suma importancia en la TD. Es necesario mencionar que referiremos aquellos derechos que consideramos como prioritarios y de mayor relevancia, aplicables al problema de estudio.

En México, en el año 2001, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico elaboró la denominada Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes (2021), que enfatiza la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, a su dignidad y a su autonomía.

El derecho a la dignidad humana como cúspide del derecho de las personas, se encuentra contenido en el artículo 1o de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, instrumento internacional que establece que los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos; así mismo, el artículo 11 de la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH, 1981) determina la protección a la honra y a la dignidad de todo ser humano. En nuestro país, se encuentra consagrado en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM, 2021). La dignidad humana implica el valor que tenemos los seres humanos y el respeto que merecemos por el sólo hecho de serlo.

El derecho a la salud, según lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) es un derecho humano fundamental e inclusivo asociado a la vida, a una existencia digna con acceso a la atención sanitaria en el que, también se encuentran contemplados algunos elementos que pueden contribuir a una vida sana.

El Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PDESC, 1981) en los artículos 9º y 12, así como la Convención de los Derechos del Niño (CDN, 1991) en su numeral 24, son algunos de los instrumentos internacionales que lo incorporan. En México se encuentra consagrado en la Carta Magna en los artículos 4º y 73.

El artículo 73 de la CPEUM se refiere, específicamente en el segundo párrafo de la fracción XVI, al caso concreto de epidemias de carácter grave que ataquen al país.

El artículo 2º de la Ley General de Salud (LGS, 2021) establece que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad el bienestar físico y mental de las personas; el mejoramiento de la calidad de vida; el disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan de manera oportuna y eficaz las necesidades de la población; e inclusive, respecto de las personas que carezcan de seguridad social, su objeto es garantizar la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2018, p. 39) estableció que “es deber del estado asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una

prestación médica de calidad y eficaz.”, lo que en la presente investigación se considera primordial para sentar las bases de la política pública sanitaria para la protección de los derechos de los pacientes.

También determinó que, para servicios médicos urgentes, los Estados parte deben de garantizar un servicio de calidad, con infraestructura suficiente incluida cualquier tipo de herramienta o soporte vital, así como recurso humano calificado para responder en caso de emergencias médicas.

El derecho de recibir atención médica sin discriminación se refiere, de acuerdo con la LGS y el Reglamento de la LGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (R-MPSAM, 2018), a la igualdad de la persona para recibir atención médica en sus cuatro vertientes: a) preventiva, b) curativa, c) de rehabilitación o, d) paliativa. Así mismo, alude a la no discriminación en la relación médico-paciente; en el suministro de medicamentos; diagnóstico temprano y oportuno; tratamiento y; hospitalización.

El derecho al consentimiento informado es “la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud” (CONBIOETICA, 2015, pág. 46). Es un proceso que generalmente se da de manera continua en una relación médico-paciente y debe consolidarse en un documento, según lo preceptuado por el sexto párrafo del numeral 166 Bis 3 de la LGS.

Para Vázquez Guerrero et al. (2017, pág. 181) “El consentimiento informado es simultáneamente requisito legal y ético de los actos jurídicos de la relación médico-paciente, siendo una institución primordialmente jurídica con profundas implicaciones bioéticas.”

Para la aplicabilidad de este derecho, es necesario que el personal de salud comunique de manera adecuada, es decir, empleando términos comprensibles, con la cantidad de información necesaria y de calidad, a un paciente capaz acerca de su enfermedad o padecimiento, así como del procedimiento que propone emplear para su tratamiento y para que el paciente lo ejerza eficazmente, se deben haber despejado todas las dudas que tenga al respecto.

Cuando el paciente ha realizado la TD, se otorga, en su caso, el consentimiento escrito como comprobante de que el personal de salud cumplió con su compromiso de informar al paciente y para acreditar que el paciente comprendió lo correspondiente a su tratamiento. Es importante recalcar que el paciente puede retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento. El Estado tiene la obligación de garantizar el cumplimiento de este derecho, lo cual se puede lograr a través de la capacitación del personal que brinda servicios de salud y mediante política pública sanitaria para la protección de los derechos de los pacientes.

El derecho de representación se pone de manifiesto cuando una persona que padece, para el caso de estudio, una enfermedad grave o

terminal, no tiene la capacidad para otorgar el consentimiento informado o el rechazo al tratamiento por sí mismo. En esta situación particular, es necesario que el personal de salud se cerciore de que el familiar responsable o tutor comprenda la información que se le proporcione para que, si es posible tomar en cuenta la voluntad del paciente, otorgue el consentimiento informado o el rechazo al tratamiento en su nombre. Se aplica a lo anterior el décimo párrafo del artículo 166 Bis 3 de la LGS.

Las figuras jurídicas establecidas acerca de la representación son la patria potestad y la tutela, contenidas respectivamente en los artículos 413, 449 y relativos del Código Civil para el Estado de Nuevo León (CCNL, 2021).

El derecho a la autonomía de la voluntad y el derecho de autodeterminación se encuentran íntimamente ligados desde la perspectiva del bioderecho, situándonos en el problema de investigación, ya que ambos van encaminados a la capacidad del paciente a otorgar un consentimiento informado y tener la posibilidad de sobrevivir y recuperarse o, a rechazar el tratamiento y la posibilidad de una muerte digna.

La CIDH se pronunció sobre la aceptabilidad, por la cual, los establecimientos de salud deben ser respetuosos de la ética médica y razonamientos culturales, incluyendo una perspectiva de género y de condiciones del ciclo vital del paciente, quien deberá ser informado en todo momento sobre su diagnóstico y tratamiento y frente a ello respetar su voluntad.

El derecho a una muerte digna lo considero un derivado del derecho a la dignidad, aplicable a los últimos momentos de vida de una persona que, en palabras de Jaime Rebolledo (2008, pág. 233), “reclama atención y cuidado, respeto y como fin y bien último y supremo reclama su libertad, en tanto que ésta representa asimismo la dignidad de ser continente y contenido en la dimensión humana.” Este derecho se establece en el artículo 166 Bis de la LGS.

COVID-19

Este virus aparentemente tiene su inicio en Wuhan, provincia de Hubei, China, cuando se informó sobre el origen desconocido de un grupo de casos de neumonía. Posteriormente, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en ese país informó que la causa era un nuevo coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), mismo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó COVID-19. (Mergalejo-Rojas, 2020)

De acuerdo con el Gobierno de México (2021), en nuestro país se observan 1;799,158 defunciones derivadas de este virus, en el período comprendido del año 2020 al 2021, mientras que en el estado de Nuevo León se observaron 75,332 defunciones, en ambos casos un número superior al que esperaban las autoridades en materia de salud.

Los coronavirus son altamente diversos y causan trastornos y complicaciones a los organismos de un alto rango de especies animales, incluyendo graves enfermedades al ser humano (Cortés, 2020).

La OMS (2020) indica que entre las complicaciones que ocasiona este virus se encuentran la insuficiencia respiratoria, el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la septicemia y el choque septicémico, la tromboembolia y/o la insuficiencia multiorgánica, incluidas las lesiones cardíacas, hepáticas y renales.

Refiere Valero-Cedeño et al (2020), que este organismo internacional en conjunto con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, recomiendan al cuerpo médico en los casos más graves, un tratamiento que incluya cuidados y soporte vital de órganos, lo que implica ventilación mecánica (VM).

Para dar una mejor explicación, el estado del paciente es clasificado de la siguiente manera: a) COVID-19 leve; b) COVID-19 moderado; c) COVID-19 grave y; d) COVID-19 crítico (OMS, 2020). Para efectos de esta investigación sólo nos referiremos al COVID-19 grave, en que ya está presente la neumonía y puede haber complicaciones y, al COVID-19 crítico que es donde aparece el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), pero ¿Cómo se conduce el virus para llegar a estas etapas?

A esta pregunta, tratará de darse una respuesta de fácil entendimiento, evitando los términos médicos. Una vez que la persona se infecta, el virus llega a los conductos bronquiales, por lo que comienza a producirse una inflamación en las mucosas que ocasiona irritación y tos. Ahora bien, mientras el cuerpo lucha contra el virus la fiebre puede hacerse presente. En algunos casos, el virus deja el conducto bronquial y se dirige a los pulmones, pudiendo causar neumonía y dificultades respiratorias. Si el cuerpo no puede recibir oxígeno suficiente, es cuando el paciente considerado ya en estado crítico debe ser hospitalizado y posiblemente necesitará que lo conecten a un ventilador mecánico.

Éste es un soporte ventilatorio frente al cuadro clínico de un paciente incapaz de respirar por sí mismo, pero que, tiene posibilidad de revertirse. Las consecuencias fisiológicas de utilizar un ventilador mecánico ocurren a nivel pulmonar y cardíaco, pero también puede verse afectado el sistema renal, el cerebro y el metabolismo.

Respecto de la TD, una recomendación que la OMS realiza para establecer un criterio clínico es que, deben ser tomados en cuenta los valores y preferencias del paciente una vez que ha sido valorado en clínica u hospital y diagnosticado con COVID-19, del mismo modo, debe considerarse lo establecido en la regulación nacional y local. Las decisiones de un paciente incluyen el ingreso en el hospital o en una unidad de cuidados intensivos, pero también pueden rechazar el tratamiento o, tener los cuidados necesarios en su domicilio.

El Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, propone el establecimiento de actividades de preparación y respuesta ante dicha pandemia. (2020)

Su importancia radica en la accesibilidad que se pretende otorgar a las personas respecto de la atención médica y hospitalaria que integran el derecho a la salud. En él destaca la prevención y el control de la epidemia, estableciendo la Secretaría de Salud las medidas necesarias para ello y, exhorta a los gobiernos de los estados de la República Mexicana a definir planes de reconversión hospitalaria y expansión inmediata de capacidad que deriven en la garantía de la atención oportuna del paciente que requiera hospitalización.

3.-MÉTODO

Para la realización del presente estudio, se consideró como pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que afectan las decisiones de un paciente mayor de edad, diagnosticado con COVID-19 en estado grave o crítico, desde una perspectiva heurística, para el otorgamiento del consentimiento informado que puede llevar al rechazo o no de la ventilación mecánica?

La metodología utilizada es de tipo cualitativa, partiendo de la técnica de revisión documental, se realizó una entrevista semiestructurada a profundidad, tomando como base un cuestionario con preguntas sobre el perfil socio demográfico de los participantes, para después, hablar sobre su proceso de toma de decisión para el otorgamiento del consentimiento informado que puede llevar al rechazo o no de la ventilación mecánica.

El muestreo es de tipo no probabilístico. Las entrevistas se realizaron de manera personal y/o telefónica a 10 personas mayores de 18 años de edad, con plena capacidad de ejercicio, que, en el periodo comprendido del mes de julio del año 2020 a julio del año 2021, fueron diagnosticadas y tratadas médicamente por haber adquirido la enfermedad conocida como Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), y, siendo consideradas como pacientes graves.

Dichas personas tuvieron oportunidad de manifestar por escrito o de manera verbal, su consentimiento informado que puede llevar al rechazo o no de la ventilación mecánica y son residentes del Estado de Nuevo León. La muestra es diversa en cuanto a edad, género, capacidad económica y estado civil, sin embargo, fue considerada para encontrar la mayor cantidad de factores heurísticos y los sesgos respectivos que afectan el proceso de TD.

4. RESULTADOS

Los factores encontrados en las respuestas de los participantes se expondrán en una tabla con las heurísticas y los sesgos identificados; asimismo, se expondrá si se lesionaron o no los derechos de los pacientes, haciendo mención que si fueron parcialmente observados es porque fueron regresados a su domicilio por falta de cupo o disponibilidad de espacios en el hospital, finalizando con los factores decisivos en la toma de sus decisiones.

En la siguiente tabla se exponen 5 elementos identificados:

- a. Paciente/Decisión, en el cual se encontrará al lado del número del entrevistado las siglas RVM (Rechazo a la Ventilación Mecánica) o CVM (Consentimiento a la Ventilación Mecánica) según sea el caso.
- b. Heurísticas, partiendo de la clasificación de Bazerman y Moore (2012).
- c. Sesgos, se consideró el estudio realizado por Jorge Mario Cortés (2015).
- d. Derechos del paciente, se consideraron aquellos expuestos en el apartado 2.3.
- e. Factores decisivos, son los elementos que influyeron en la toma de decisión, como: edad, familia y economía.

Tabla 1.

Resultados de heurísticas, sesgos, derechos y factores en pacientes con Covid-19.

	Heurísticas	Sesgos	Derechos del paciente	Factor (es) decisivo (s)
1 - RVM	Representatividad	Error de conjunción / Generalizar	Parcialmente observados	Familia y Economía
	Afecto	Emocional/ Framing		
2 - CVM	Representatividad	Error de conjunción/ Generalizar		
	Disponibilidad	Recuperabilidad/Proximidad	Observados	Familia y Edad del paciente.
	Confirmación	Trampa de confirmación		
	Afecto	Emocional/ Framing		
3 - RVM	Representatividad	Error de conjunción		
	Confirmación	Trampa de confirmación/ Anclaje	Lesionados	Familia y Economía
	Afecto	Emocional/ Framing		
4 - RVM	Representatividad	Error de conjunción/ Generalizar		
	Disponibilidad	Proximidad	Parcialmente observados	Familia y economía
	Afecto	Emocional/ Framing		
5 - RVM	Representatividad	Error de conjunción/ Generalizar		
	Confirmación	Trampa de confirmación/ Ilusión de control	Parcialmente	Familia y Economía
	Afecto	Emocional/Framing	Observados	
6 - RVM	Representatividad	Error de conjunción/ Generaliza		
	Confirmación	Percepción selectiva	Observados	Familia
	Afecto	Emocional/ Framing		
7 - CVM	Representatividad	Error de conjunción		
	Confirmación	Trampa de confirmación/ Ilusión de control	Parcialmente observados	Familia y economía
	Afecto	Emocional/ Framing		
8 - RVM	Representatividad	Error de conjunción/ Generalizar		
	Afecto	Emocional/ Framing	Lesionados	Familia y economía
9 - RVM	Representatividad	Error de conjunción/ Generalizar		
	Confirmación	Ilusión de control	Lesionados	Familia y economía
	Afecto	Emocional/ Framing		
10 - CVM	Representatividad	Error de conjunción/ Generalizar		
	Afecto	Emocional/ Framing	Observados	Familia

Fuente: Elaboración propia (2022).

Nota: Siete de los entrevistados manifestaron que su decisión final fue RVM y tres optaron por el CVM. A continuación, se describen brevemente las heurísticas y sesgos encontrados.

Heurística de representatividad: Se encontró en todos los pacientes un factor externo (medios de comunicación) y un factor interno (conocimiento o desconocimiento de información sobre el virus y de los derechos del paciente). La totalidad de las personas entrevistadas manifestó que la información acerca del virus la obtuvo de los reportes que brindaba la Secretaría de Salud y el Gobierno del Estado de Nuevo León, a través de los medios de comunicación como prensa, internet, radio y televisión (tabla 1). Las noticias negativas en cuanto al alza de contagios, el no haber encontrado aún una vacuna, la no disponibilidad de camas o equipo médico, tuvo como consecuencia el sesgo de error de conjunción, que provocó miedo, angustia, enojo y tristeza a los entrevistados.

El sesgo de generalizar con pocos elementos de base se hizo presente cuando los participantes afirmaron conocer sus derechos como paciente, sin embargo, al preguntarles cuáles eran, se encontró que los conocían de manera superficial o parcial.

Tres participantes manifestaron que ellos no pensaban que el COVID-19 fuera real y, por lo tanto, no iban a infectarse. La consecuencia es que no siguieron adecuadamente las medidas de prevención dadas a conocer por la Secretaría de Salud, por ejemplo: resguardarse en casa, usar cubrebocas o lavarse constantemente las manos.

Heurística de disponibilidad: Una persona de la tercera edad manifestó que le tocó vivir la pandemia de la gripa española en su infancia, por lo que el recuerdo de un suceso anterior influyó directamente en su TD, encontrando aquí un sesgo de recuperabilidad y proximidad, al no ser un recuerdo reciente. En esta heurística y sesgo de proximidad encuadra lo referido por otro sujeto entrevistado relativo a que uno de sus familiares se había infectado con el virus dos meses antes y según sus palabras “no le pasó nada, era como una gripa”, por lo tanto, no creía que cuando se le dio el diagnóstico inicial fuera a complicarse tanto.

Heurística de confirmación o de congruencia: En ella podemos situar la manifestación de cuatro personas que rechazaron la ventilación mecánica al asumir por comentarios de terceros que “una vez que te intuban, ya no sales vivo del hospital”. Las opiniones personales son consideradas un factor interno.

Dos personas que manifestaron no contar con empleo o seguridad social al momento de contraer COVID-19 también expresaron que “son tratamientos y medicinas muy caros”. El factor económico lo consideraremos externo, sin embargo, al ponerlo en el plano individual se vuelve un factor interno que afecta las decisiones al generar preocupación.

Aquí apreciamos tres sesgos. El primero es la trampa de confirmación, ya que no todas las personas intubadas que reciben ventilación mecánica mueren y los entrevistados no contaban con el historial clínico de cada paciente fallecido, recordando que no todas las personas tienen enfermedades preexistentes como diabetes, obesidad o asma, que pueden agravar un diagnóstico de COVID-19.

El segundo es la ilusión de control. Tres personas entrevistadas manifestaron que, a ellas, aunque las habían diagnosticado positivas con el virus, “no les iba a pasar nada” o bien, pensaban que mejorarían muy rápido, pues eran jóvenes y realizaban alguna actividad física.

Por otra parte, encuadrándolo en el sesgo del anclaje, uno de los entrevistados, pensaba que no iba a contagiarse ya que contaba con las dos dosis de vacuna contra el COVID-19, pero aproximadamente un mes después de la segunda dosis fue diagnosticado con el virus y en 11 días, ya presentaba un cuadro grave de neumonía, necesitando de un

tanque de oxígeno para ayudarlo a respirar y temiendo que su cuadro clínico se volviera crítico.

Heurística del afecto: Se presenta cuando existen factores afectivos que influyen en la TD dependiendo de la circunstancia particular y estado emocional. Todos los participantes hicieron referencia a ella.

Los miembros de la familia son un factor externo al paciente, sin embargo, en virtud de los lazos afectivos, el apego y las consecuencias que trae la convalecencia para los miembros del núcleo familiar de aquél, la convierten en un factor interno que genera emociones en el paciente.

Los participantes con hijos manifestaron que el pensar en ellos los hacía “echarle ganas” para mejorar. Aquéllos que tenían acceso a dispositivos móviles y podían realizar videollamadas con miembros de su familia o recibir mensajes, también se sentían con más ánimo después de verlos o escucharlos.

Aquí identificamos que el aislamiento del paciente, aun cuando recibió atención médica en su domicilio, influyó en la TD, ya que, no tener contacto con su familia los hacía sentirse deprimidos, preocupados e incapaces.

Algunos de los participantes con seguro de gastos médicos mayores, manifestaron que fue su deseo internarse de inmediato en un hospital, aunque su diagnóstico aún no fuera grave, para no exponer a ningún miembro de su familia al contagio.

La disponibilidad de cupo en hospitales, considerada como un factor externo, fue un problema para algunos de los entrevistados que manifestaron que el rechazo a la ventilación mecánica se debió a que no había camas o equipo médico disponibles. Lo que los hizo sentir molestia y enojo. También se mencionó como sesgo emocional, el derivado de la negación de servicio de ambulancia a la solicitud de traslado de un paciente, por lo que se sintió angustiado, impotente y molesto. A los que enfrentaron estas situaciones no les quedó más remedio que ser atendidos en casa.

Se observó que el factor familia es una constante en esta heurística y las emociones que genera en una persona pueden ser positivas o negativas. Por ejemplo, el contar o no, con el apoyo emocional del núcleo familiar debido al aislamiento; el preocuparse o no, por el futuro de sus hijos; angustiarse o no, por las cargas económicas que debía soportar la pareja o sus padres.

De las manifestaciones de los entrevistados se desprende la siguiente información:

- a. El tiempo que transcurrió desde el diagnóstico positivo de COVID-19 hasta el estado grave de los pacientes fue de 8 a 15 días.

- b. La mayoría de los casos-tipo reveló que antes de agravarse su situación dijeron a su familia más cercana sobre las que podrían haber sido sus últimas voluntades. Dos de ellos, que requirieron de ventilación mecánica, firmaron el consentimiento informado en el hospital
- c. Uno de los entrevistados exteriorizó que él hizo la manifestación sobre su decisión respecto del consentimiento o rechazo a la ventilación mecánica de manera verbal a sus familiares, de ese modo, la decisión fue tomada por sus ascendientes en su representación tomando en cuenta su voluntad, ya que cuando su diagnóstico era crítico, no estaba en condiciones de otorgar el consentimiento informado o el rechazo al tratamiento de manera personal.
- d. Los participantes que no contaban con servicio médico o seguro de gastos médicos mayores se preocuparon en la forma en que pagarían sus tratamientos durante y después del COVID-19, ya que debieron llevar un seguimiento de radiografías, rehabilitación, medicamentos, dolores musculares, y otros requerimientos médicos.
- e. Todos los participantes expresaron el detrimento económico que significó haber contraído la enfermedad. Los participantes indicaron que sus erogaciones iban desde los \$18,000.00 (Dieciocho mil pesos 00/100 Moneda Nacional) hasta los \$130,000.00 (Ciento treinta mil pesos 00/100 Moneda Nacional). Sólo un participante omitió información sobre sus gastos médicos. Los pacientes que fueron atendidos en instituciones públicas, una vez recuperados decidieron tener consultas posteriores con médicos particulares por temor a contagiarse de nuevo.
- f. Los pacientes atendidos en su domicilio informaron que las consultas médicas eran realizadas por video llamada o bien visitas domiciliarias del doctor.
- g. Para algunos de ellos, el tanque de oxígeno y sus recargas eran difíciles de conseguir al momento de sus convalecencias. Esto complicó un seguimiento adecuado al tratamiento recomendado empeorando su salud, y, causando, un efecto negativo en su estado de ánimo.
- h. Todos los participantes externaron que piensan que sus derechos como paciente fueron respetados.

- i. La heurística de afecto y el “framing” o efecto marco, que se da cuando una persona se encuentra ante un número determinado de factores a considerar al momento de evaluar sus opciones, se presentó en la totalidad de los participantes. La familia se presenta en una dualidad de conceptos, como heurística y como sesgo cognitivo del pensamiento, del mismo modo, representa un factor externo e interno para la TD del paciente.

La heurística jurídica interpretativa

Desde una perspectiva jurídica y después de una búsqueda sistemática de información, podemos aplicar como un punto de partida legal para formular una heurística jurídica interpretativa, la Tesis Aislada número LXXXIII/2015, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, Libro 15, Tomo II, febrero de 2015, p. 1397; considerándola una guía para el análisis de la TD correspondiente al caso de estudio. De ella se deduce lo siguiente:

- a. El principio orientador aplicable en esta investigación es el derecho a la salud que tiene toda persona, mismo que engloba la atención médica preventiva, curativa, de rehabilitación y/o paliativa; que alude a la no discriminación en la relación médico-paciente, en el suministro de medicamentos, diagnóstico temprano y oportuno, tratamiento y, hospitalización; que abarca, además, el derecho al consentimiento informado al tratamiento o el rechazo al mismo.
- b. El derecho a la salud se encuentra consagrado como un derecho humano por diversos instrumentos internacionales. En México está consagrado por el artículo 4º constitucional, por la Ley General de Salud (LGS), por el Reglamento a la LGS en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en diversas legislaciones sobre protección a la salud.
- c. Por lo que, si a una persona se le niega en la práctica, total o parcialmente el derecho a la salud en cualquiera de sus acepciones, entonces, se afecta su determinación final sobre el otorgamiento informado o el rechazo a la ventilación mecánica, de lo que se desprende que el derecho a la salud de esa persona se lesiona.

El conocimiento parcial de los derechos del paciente debe ser enmendado para que pueda ser exigible su cumplimiento, por ello es necesario aplicar la política pública sanitaria para la protección de sus derechos. Recordemos que la heurística jurídica que menciona Gustavo González (2007) aplicada por la autoridad jurisdiccional, la

traemos en el presente estudio para ser utilizada por el paciente a modo de proceso cognitivo, con al menos tres requisitos para ser efectuada:

hecho + norma jurídica + resultado.

Para realizar recomendaciones sobre este tema, de los 10 casos-tipo investigados, se tomaron 3 casos que se consideraron mayormente significativos de acuerdo a sus características, toda vez que se observó una importante vulneración al derecho a la salud del paciente. A continuación, se exponen los principales hallazgos:

Caso 1:

Hecho: El enfermo “X”, en julio de 2020 acude a institución pública “1” de la que es derechohabiente para solicitar atención médica ya que, diagnosticado días antes con COVID-19 presentaba dificultad para respirar. El personal administrativo le negó la admisión argumentando que no había camas disponibles, sugiriendo tratamiento en casa. El enfermo “X”, regresó a su domicilio sin haber recibido ni atención, ni orientación, ni tratamiento médico, lo que lo obligó a buscar un doctor particular que por vía telefónica lo atendió, orientó y medicó. El enfermo “X” gastó un aproximado de \$27,650.00 (Veintisiete mil seiscientos cincuenta pesos 00/100 Moneda Nacional) en su tratamiento médico, incluyendo radiografías, medicamentos, tanque de oxígeno y recargas, insumos para su cuidador y tratamientos posteriores como rehabilitación pulmonar.

Norma jurídica aplicable: Artículo 4º Constitucional que garantiza el derecho a la salud; artículos 2º, 3º, 32, 33 y demás relativos de la LGS y, numeral 71 del Reglamento de la LGS en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Resultado: El enfermo “X” no recibió atención médica, orientación ni tratamiento en el hospital “1”. Recibió atención particular en su domicilio y realizó erogaciones pecuniarias que no hubiera efectuado si se le hubiera dado la atención médica gratuita que debían otorgarle por ser derechohabiente de la institución pública “1”. Factor decisivo: La atención brindada por el personal administrativo del hospital “1”. Se lesionó su derecho a la salud.

Caso 2:

Hecho: El enfermo “Y” que recibe atención médica en el segundo piso de su domicilio, en agosto de 2021 presentó dificultad respiratoria que podía derivar en diversas complicaciones. La sugerencia de su médico particular es trasladarlo al hospital. Sus ascendientes deciden llamar a una ambulancia de servicio privado “2” para su traslado y el servicio fue negado por tratarse de un enfermo cuya ubicación estaba localizada en un segundo piso y establecían como un requisito que se encontrara en un primer piso para poder efectuar el traslado.

Norma jurídica aplicable: Artículo 4º constitucional; artículo 2º y 3º de la LGS; numeral 7º y relativos de la NOM-024-SSA3-2013

(SSA, 2014) que se pronuncia sobre la atención médica prehospitolaria que se brinda a través de ambulancias que proporcionen servicios de traslado a pacientes ambulatorios para la atención de urgencias y para el traslado de pacientes en estado crítico.

Resultado: Los padres del enfermo “Y” deciden continuar tratamiento en casa. Dado el estado en que se encontraba el enfermo, se rentó tanque de oxígeno y se pagaron sus recargas continuas, así como la atención médica particular. El paciente siguió siendo tratado a través de video llamada o visitas médicas a domicilio, en las cuales el médico daba indicaciones a sus padres sobre su tratamiento y monitoreaba constantemente su nivel de oxigenación. Se rechazó el tratamiento hospitalario por no haber medio de transporte para su traslado. Factor decisivo: La atención brindada por el personal administrativo de la empresa privada de servicio de ambulancia “2”. Su derecho a la salud fue lesionado.

Caso 3:

Hecho: El paciente “Z” considerado en estado crítico y que recibía atención en institución pública “3” requirió en noviembre del año 2020 de intubación para proporcionarle ventilación mecánica. El personal del centro hospitalario “3” dio información sobre los procedimientos que se podrían realizar al momento del ingreso del paciente al nosocomio. El paciente “Z” otorgó el consentimiento informado a los procedimientos incluida la ventilación mecánica, que el paciente requirió por el período aproximado de 3 semanas. El paciente “Z” expresa en entrevista que el personal médico no le dio a conocer ni los riesgos, ni las posibles consecuencias que acarrearía la ventilación mecánica.

Norma jurídica aplicable: Artículos 29, 30 y 80 del Reglamento de la LGS en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Resultado: Se otorga el consentimiento escrito para la ventilación mecánica. El paciente fue parcialmente informado sobre los procedimientos que requería su tratamiento. Factor decisivo: La atención brindada por el personal administrativo y médico del centro hospitalario “3”. Se lesiona su derecho al consentimiento informado.

Por lo vertido en las heurísticas jurídicas anteriores se sugiere que, así como los medios de comunicación fueron una gran influencia para informar a la sociedad sobre el virus, pudieran dedicar un espacio para informar a la población sobre los derechos de los pacientes.

El tiempo en que una persona enferma grave de COVID-19 realiza el proceso de la TD es corto y como no estamos exentos de contagio, sería conveniente efectuar un análisis previo sobre nuestra voluntad en una situación similar y expresarlo, particularmente a quien, en caso de incapacidad, deberá expresarla ejerciendo el derecho de representación.

Finalmente, aunque existe el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave

de atención prioritaria, y con él se establecen medidas de respuesta ante dicha pandemia, priorizando la accesibilidad que se pretende otorgar a las personas respecto de la atención médica y hospitalaria que integran el derecho a la salud, es necesario mencionar que al ser una situación que ha sobrepasado la capacidad de clínicas, personal y equipo médico, se ha presentado como opción la prestación de atención médica directa en el domicilio del paciente.

Cuando un enfermo se encuentre en este caso particular, una opción podría ser “Aliados Contigo” (2020) un programa que lleva a cabo el Gobierno de Nuevo León a través de la entonces llamada Secretaría de Desarrollo Social ahora Secretaría de Igualdad e Inclusión, en el que organizaciones de la sociedad civil se unen con programas federales, estatales y municipales a fin de brindar apoyo a las familias afectadas por la pandemia, entre los servicios que ofrecen a la ciudadanía destaca la atención médica a través de la línea directa COVID-19, atención psicológica, apoyo con medicamentos, apoyo alimentario y, asesoría jurídica.

5.-CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado de los modelos de toma de decisiones (TD), se obtiene que la premura en la necesidad de atención debido a la gravedad del paciente, obstaculiza el discernimiento de la información sobre su situación de salud o padecimiento para analizar opciones respecto a su tratamiento, conforme al modelo racional.

El análisis de la TD de un paciente grave diagnosticado con COVID-19, bajo la perspectiva del modelo contemporáneo del pensamiento, tuvo como resultado la observancia de diversos factores heurísticos, internos y externos, así como las emociones que se derivaron de la presencia de éstos al momento de la TD.

Los factores decisivos que resultaron de las entrevistas realizadas fueron: la familia, la economía y la edad del paciente. A los cuales debemos agregar, al personal administrativo y médico de centros de salud, hospitales o empresas de servicios de ambulancia, lo cual resultó del análisis de la heurística jurídica. Se obtuvo que la familia es un factor predominante en el efecto del sesgo y sus variantes, lo que impacta en el aspecto emocional del paciente.

Los servicios médicos prestados por el Estado deben ser óptimos y garantizar la calidad con una infraestructura suficiente tanto en recursos humanos como equipamiento, con independencia de que el caso se trate de una emergencia médica o no. Asimismo, destaca la necesidad de analizar la política pública sanitaria para la protección de los derechos de los pacientes que padecen COVID-19. El personal de salud debe estar capacitado y certificado para brindar información necesaria e idónea de enfermedades o padecimientos, así como las opciones de tratamiento.

REFERENCIAS

- Bazerman, M., & Moore, D. (2012). *Judgment in managerial decision making*. USA: Wiley.
- CADH. (1981). Convención Americana de Derechos Humanos. San José de Costa Rica. Obtenido de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4645612&fecha=07/05/1981
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (28 de mayo de 2021). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1 de junio de 2021). Ley General de Salud. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- CDN. (25 de enero de 1991). Convención de los Derechos del Niño. Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4701290&fecha=25/01/1991
- CIDH. (2018). Caso Poblete Vilches vs Chile. Obtenido de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- CONBIOETICA. Comisión Nacional de Bioética. (2015). Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. México. Obtenido de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf
- Consejo de Salubridad General. (23 de marzo de 2020). Acuerdo que reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. Obtenido de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020
- Cortés, J. (2015). Tesis: Heurísticas y toma de decisiones gerenciales individuales en pymes de Bogotá. Colombia, Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de (Cortés, 2015)
- Cortés, M. (2020). Coronavirus como amenaza a la salud pública. Revista médica de Chile, 148(1), 123-129. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000100124&script=sci_arttext&tlng=n#fn1
- Estrada, F. (julio-diciembre de 2006). Hebert A. Simon y la economía organizacional. Sociedad y Economía(11), 146-174. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99616177006>

- Fariña, F., & al, e. (2002). Heurístico de anclaje en las decisiones judiciales. *Psicothema*, 39-46. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1096803>
- Gobierno de Nuevo León y Secretaría de Desarrollo Social. (2020). Aliados Contigo. Obtenido de https://www.nl.gob.mx/sites/default/files/directorio_covid-19_act._07.07.2020.pdf
- González, G. (2007). La heurística jurídica. *Revista temática de filosofía del derecho*(10), 175-206. Obtenido de <http://www.rtfed.es/numero10/7-10.pdf>
- H. Cámara de Senadores del Congreso de la Unión. (12 de mayo de 1981). Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Obtenido de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?
- H. Congreso del Estado de Nuevo León. (agosto de 2021). Código Civil para el Estado de Nuevo León. Obtenido de http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/codigos.php
- Kahneman, D. (2003). Mapas de racionalidad limitada: Psicología para una economía conductual. *Revista Asturiana de Economía*(28), 181-225. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2304896>
- López-Jiménez, D., & Vergara, P. (2017). El enfoque heurístico aplicado a la resolución de problemas en la empresa: entre el método y la estrategia. *Razón y Palabra*, 21(98), 234-248. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199553113017.pdf>
- Mergalejo-Rojas, E. (2020). COVID-19: extraño nuevo virus, endotelio y enseñanzas de una pandemia. La incertidumbre genera miedos. *Acta médica colombiana*, 45(3), 1-4. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/1631/163164977001/>
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2008). El derecho a la salud. Suiza. Obtenido de <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2020). Información Básica del COVID-19. Temas de Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2020). Manejo Clínico de la COVID-19. Orientaciones evolutivas. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340629/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-spa.pdf>
- RAE [Real Academia Española]. (2020). Obtenido de <https://dle.rae.es/heur%C3%ADstico>

- Rebolledo, J. (2008). Muerte digna, una oportunidad real. En G. Soberón, & D. Feinholz, Muerte digna, una oportunidad Real Memorias de la CNB 2 (págs. 215-238 215-238). México: CONBIOETICA, SSA. Obtenido de <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/muertedigna.pdf>
- Sarmiento, M., & al, e. (2012). Análisis de la toma de decisiones al final de la vida desde una perspectiva contemporánea. Revista Colombiana de Bioética, 7(2), 8-34. Obtenido de <https://doi.org/10.18270/rcb.v7i2.1010>
- Secretaría de Salud. (2014). NOM-034-SSA3-2013. Obtenido de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5361072&fecha=23/09/2014
- Secretaría de Salud. (17 de julio de 2018). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
- SSA; CONAMED. (2021). Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes. Obtenido de https://salud.edomex.gob.mx/ccamem/carta_derechos_pacientes
- Taylor, D., Bury, M., Campling, N., Carter, S., Garfield, S., Newbould, J., & Rennie, T. (2007). A review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Trans-Theoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change. Draft for consultation. Reino Unido. Obtenido de https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/study/ugr/mbchb/phase1_08/semester2/healthpsychology/nice-doh_draft_review_of_health_behaviour_theories.pdf
- Valero-Cedeño, N., Bryan, J., Veliz-Castro, T., Merchán-Villafuerte, K., & Perozo-Mena, A. (2020). COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. Revisión Narrativa. Kasmara, 48(1), 1-10. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3730/373064123017/html/#B45>
- Vázquez, A., Ramírez, É., Vázquez, J., Cota, F., & Gutiérrez, J. (2017). Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético? Cirujano General, 175-182. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v39n3/1405-0099-cg-39-03-175.pdf>



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=655880706002>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

Paula Eloísa Lázaro Hernández,

Brenda Judith Saucedo Villeda.

**Impacto de la política pública sanitaria en las decisiones
de un paciente grave de COVID-19**

**Impact of public health policy on decisions of a severe
COVID-19 patient**

Revista Política, Globalidad y Ciudadanía

vol. 10, núm. 19, p. 24 - 42, 2024

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

revista.politicas@uanl.mx

ISSN-E: 2395-8448

DOI: <https://doi.org/10.29105/rpgyc10.19-1-213>



CC BY-NC-ND 4.0 LEGAL CODE

**Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-
SinDerivar 4.0 Internacional.**