



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y MEDICINA EN CUANTO AL ROL DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE EUTANASIA EN LAS ISLAS BALEARES

Margarita Gómez Pérez

Máster Universitario en Investigación en Salud y Calidad de Vida

Centro de Estudios de Postgrado

Año Académico 2021-22

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y MEDICINA EN CUANTO AL ROL DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE EUTANASIA EN LAS ISLAS BALEARES

Margarita Gómez Pérez

Trabajo de Fin de Máster

Centro de Estudios de Postgrado

Universidad de las Islas Baleares

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

Eutanasia, suicidio asistido, enfermeras, médicos, profesionales de la salud, actitudes, conocimientos.

Tutora del Trabajo: Noemí Sansó Martínez

“Tú importas por ser tú. Importas hasta el último momento de tu vida. Y haremos todo lo que esté a nuestro alcance no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también para vivir hasta el día que mueras”.

Cicely Saunders (1918-2005)

Índice de siglas

CEAIB: Comité de Ética Asistencial de las Islas Baleares

CGE: Comisión de Garantía y Evaluación

COIBA: Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares

COMIB: Colegio Oficial de Médicos de Baleares

DVA: Declaración de Voluntades Anticipadas

ESAD: Equipo Soporte de Atención Domiciliaria

EE.UU: Estados Unidos

GAPM: Gerencia Atención Primaria de Mallorca

HG: Hospital General

HJM: Hospital Joan March

HUSE: Hospital Universitario Son Espases

HUSLL: Hospital Universitario Son Llàtzer

IB-SALUT: Servicio de Salud de las Islas Baleares

LORE: Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

OMS: Organización Mundial de la Salud

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SMA: Suicidio Médicamente Asistido

UIB: Universidad de las Islas Baleares

ZBS: Zona Básica de Salud

Índice de figuras

Figura 1. Pirámide de edad y sexo de la población española (millones) en 1990, 2006 y 2016.....	4/5
Figura 2. Procedimiento de solicitud de la prestación de eutanasia.....	34

Índice de tablas

Tabla 1. Artículos Código Deontológico Enfermería Española relacionados con eutanasia...	26
Tabla 2. Perfil de los participantes diseño cualitativo.....	53
Tabla 3. Cronograma del proyecto.....	59

Resumen

Los avances en medicina han conducido al progreso en la esperanza de vida, esto ha puesto de relieve cuestiones de calidad de vida y ha intensificado debates con respecto a la eutanasia. Con la implementación de la *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (LORE)* en España, existe una gran confusión en cuanto al rol profesional de enfermería en este proceso.

El proyecto tiene como objetivo explorar actitudes y conocimientos de los profesionales sanitarios (de enfermería y medicina)¹ sobre las competencias de enfermería en la *LORE* en las instituciones sanitarias del *Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUT)*.

Para explorar este fenómeno, se propone una investigación mixta. Un diseño cuantitativo mediante un estudio descriptivo, transversal, para averiguar actitudes y conocimientos sobre esta ley, invitando a participar a enfermeras y médicos del IB-SALUT colegiados en Baleares, ya que son los principales involucrados en el proceso. Y un diseño cualitativo, combinando un enfoque etnometodológico, para conseguir adentrarnos en la complejidad de la experiencia humana, entender opiniones, posibles barreras, motivaciones, expectativas, impacto y posibles estrategias de los profesionales del área de salud de Mallorca sobre el *Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de Baleares*; combinado con el análisis crítico del discurso, basado en el concepto de relaciones interprofesionales de Scott Reeves.

La relevancia recae en que, al tratarse de una nueva prestación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, se intentará provocar una reflexión crítica en profesionales e instituciones para implementar la enfermería. Se desea, acrecentar la formación y conocimiento respecto a esta ley; contribuyendo a que los profesionales analicen sus propios puntos de vista sobre las normas legales vigentes y a contar con directrices claras sobre su trabajo, pudiendo desarrollar nuevas competencias y abordar con garantía los nuevos retos poblacionales del contexto eutanásico.

Palabras clave: Eutanasia, suicidio asistido, enfermeras, médicos, profesionales de la salud, actitudes, conocimientos.

¹Se han elegido estas formas para identificar a los colectivos varones y mujeres de ambas profesiones. Éstas corresponden al género mayoritario en el colectivo profesional.

Abstract

Advances in medicine have led to progress in life expectancy, highlighting quality of life issues and intensifying discussions about euthanasia. With the implementation of the *Regulation of Euthanasia Organic* in Spain, there is great confusion about the professional role of nurses in this process.

The project aims to explore attitudes and knowledge of health professionals (nursing and medicine)¹ concerning nursing skills in *LORE* in the health institutions of the Balearic Island Health Service (IB-SALUT).

To explore this phenomenon, a mixed investigation is proposed. A quantitative design through a descriptive, cross-sectional study to find out attitudes and knowledge about this law, inviting IB-SALUT nurses and doctors to participate in the process. And a qualitative design, combining with an ethnomethodological approach, to get into the complexity of human experience, understand opinions, possible barriers, motivations, expectations, impact and possible strategies of the health professionals of Mallorca about the Implementation Protocol of the Euthanasia Provision in the Balearic Islands; combined with the critical analysis of the discourse, based on the concept of interprofessional relations of Scott Reeves.

The relevance lies in the fact that, as it is a new provision of the common portfolio of services of the National Health System services, it will try to cause a critical reflection to professionals and institutions to implement nursing. It is desired to increase the training and knowledge regarding this law; contributing to the professionals to analyze their own views about the current legislation and to have clear guidelines of their work, developing new skills and approaching with guarantees the new population goals about euthanasia context.

Key words: Euthanasia, assisted suicide, nurses, doctors, health professionals, attitudes, knowledges.

¹These names have been chosen to identify the male and female collectives of both professions. It corresponds to the majority gender of the professional group.

Índice

1. POSICIONALIDAD Y REFLEXIVIDAD.....	1
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	4
2.1. Envejecimiento poblacional, cronicidad, conducta suicida y calidad de vida.....	3
2.2. Concepto de eutanasia y conceptos asociados.....	6
2.3. Principios bioéticos en el proceso final de vida.....	10
2.4. Revisión de la literatura. Estudios precedentes.....	12
2.5. Justificación del proyecto.....	21
3. CONTEXTUALIZACIÓN.....	22
3.1. Debate y evolución histórica internacional sobre la eutanasia.....	22
3.2. Evolución histórica y marco legal sobre la eutanasia en España.....	25
3.3. Ley Orgánica de regulación de eutanasia en España. Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia en las Islas Baleares.....	27
3.3.1. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.....	28
3.3.2. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.....	29
3.3.3. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.....	30
3.3.4. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.....	30
3.3.5. Ámbito de aplicación.....	31
3.3.6. Comisión de Garantía y Evaluación. Creación y composición. Funciones.....	32
3.3.7. Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir.....	33
3.3.8. Procedimiento para llevar a cabo la prestación.....	35
3.3.9. Modificación del Código Penal.....	35
4. PARADIGMA Y PERSPECTIVA TEÓRICA.....	36
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	39
5.1. Objetivo general.....	40
5.2. Objetivos específicos.....	40
5.3. Hipótesis.....	40

6. MÉTODOLÓGÍA.....	41
6.1. Enfoque mixto.....	41
6.2. Ámbito del estudio.....	41
6.3. Diseño cuantitativo.....	42
6.4. Diseño cualitativo.....	48
6.5. Cronograma.....	58
7. CONSIDERACIONES FINALES.....	60
7.1. Limitaciones e implicaciones.....	60
7.2. Cuestiones éticas.....	63
7.3. Transferencia y difusión.....	64
8. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS.....	64
ANEXOS.....	75
Anexo 1. Correo electrónico invitación participación encuesta en línea.....	75
Anexo 2. Guion de encuesta en línea a enfermeras y médicos del IB-SALUT.....	76
Anexo 3. Hoja de información al participante.....	83
Anexo 4. Documento de consentimiento informado para grupos focales, grupos de discusión mixtos y entrevistas individuales semiestructuradas.....	86
Anexo 5. Guion de grupos focales y grupos de discusión mixto a profesionales sanitarios.....	88

1. POSICIONALIDAD Y REFLEXIVIDAD

Este proyecto de investigación seguirá un diseño mixto, ya que pretende averiguar, conocer y comprender las actitudes y conocimientos de los discursos y acciones de la interpretación subjetiva de enfermeras y médicos, del *Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUT)* sobre las competencias de las enfermeras en la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia* en España (*LORE*). Así cómo, analizar sus opiniones, las posibles barreras existentes, determinar las motivaciones, perspectivas y expectativas sobre el *Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de Baleares*; el impacto en el bienestar emocional y ético de los profesionales de las solicitudes de eutanasia; indagar posibles estrategias de los profesionales que permitan favorecer el trabajo en equipo e identificar los factores que se relacionan con la objeción de conciencia.

Con el objetivo de darle profundidad al análisis del estudio, se llevará a cabo una metodología mixta, combinando la perspectiva cuantitativa y cualitativa en un mismo estudio (1).

La subjetividad es una característica del saber y del pensamiento científico. En la investigación cualitativa, el investigador mantiene una interacción continua con el objeto presumiblemente investigado. La toma de conciencia de la subjetividad del investigador, y su impacto en el desarrollo de la investigación cualitativa es lo que se conoce como reflexividad. La posicionalidad es un primer ejercicio reflexivo práctico que sitúa y describe socialmente al investigador y a los posibles participantes en el contexto del estudio. La posicionalidad y reflexividad contienen una dimensión ética y paradigmática en el reconocimiento de los valores, prejuicios, motivaciones y agenda política del investigador, así como el posible impacto que el proceso investigador y la transferencia de sus resultados pueden tener para los participantes, la sociedad y para el propio investigador. Para este estudio se seguirán las recomendaciones elaboradas por Bover, sobre la utilización de dos recursos reflexivos y transformadores: la posicionalidad y la reflexividad, que facilitarán al investigador novel a situarse frente al fenómeno de estudio, reconocer su posición paradigmática y considerar su competencia para hacer frente a los futuros participantes y a la entrada al campo donde se desarrolla la investigación (2).

Con respecto a mí y mi posición social, soy mujer, tengo 38 años y finalicé la Diplomatura Universitaria de Enfermería en el año 2005, en Salamanca. Desde entonces, cuento con una

amplia trayectoria laboral como enfermera de 17 años, he trabajado en diferentes Comunidades Autónomas, y distintas unidades y niveles asistenciales, formando parte de numerosos y diferentes equipos multidisciplinares, lo que me ha proporcionado hoy en día una amplia y enriquecedora visión y experiencia personal y profesional. Desde octubre del año 2020, desarrollo mi actividad laboral en un puesto como Enfermera Gestora de Casos Comunitaria en el IB-SALUT.

En cuanto al ejercicio de reflexividad, durante el año 2021, en el proceso implantación de la *LORE* en la Comunidad Autónoma de Baleares, acudí a varias sesiones formativas de la GAPM (Gerencia Atención Primaria de Mallorca) para profesionales interesados dicha Ley. Desde un principio, me pareció muy importante e interesante y me ofrecí como “*referente de Eutanasia*” en los centros Atención Primaria de salud donde trabajo, para colaborar en la formación de mis compañeros y poder darles soporte en las futuras solicitudes de ayuda para morir de los pacientes. Inicié una búsqueda bibliográfica para ampliar conocimientos de cara a transmitir la formación de las sesiones de la GAPM, previo a la formación, desconocía que la eutanasia había sido regularizada en tan pocos países previamente, leí varios artículos sobre las características de la *LORE* en los países donde ya estaba regulada y me sorprendió la percepción de escasa participación que tiene la enfermería en general en formar parte del proceso en la prestación de ayuda para morir, a pesar del interés en formar parte de esta.

Durante estos meses que acudía a las sesiones de la GAPM, tuve una solicitud de eutanasia de un usuario en uno de mis centros de salud y posteriormente el mismo paciente llevo a cabo un intento autolítico, alegando un importante deterioro en su calidad de vida e intenso sufrimiento físico. Afortunadamente, después de varias intervenciones multidisciplinares en diferentes niveles asistenciales, el usuario se encuentra bien y ha mejorado sustancialmente su estado de ánimo y su calidad de vida. Tras esta experiencia profesional, considero imprescindible la implementación progresiva de la enfermería en este proceso, puesto que durante las siguientes peticiones de eutanasia por parte de otros usuarios e incluso en sesiones formativas impartidas a mis compañeros, verbalizan que las enfermeras se sienten invisibilizadas en cuanto a su rol dentro de esta prestación, por ello creo que existe la necesidad de continuar ofreciendo a enfermeras y médicos una formación específica sobre esta temática en el área de trabajo, profundizando sobre el papel de las enfermeras. Recalcando que no existe ningún impedimento por parte de la ley de eutanasia que obstaculice la participación asistencial de las enfermeras

en la prestación de eutanasia a nivel asistencial. Aclarando que, una cosa es el proceso administrativo, que, como cualquier otra prestación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, es el médico quién realiza la prescripción médica y firma correspondiente, y otra cuestión es el proceso asistencial, inherente de por si en la profesión enfermera y del cual la ley no nos excluye en ningún momento.

La práctica colaborativa interprofesional en salud se puede describir como un proceso en el que los profesionales, los pacientes y las familias se agrupan para trabajar juntos bajo un objetivo común con el propósito de prestar una atención sanitaria de alta calidad y seguridad y mejorar así los resultados en salud (3). Según Reeves, et al. (4): La justificación del interés de las investigaciones que dirigen su interés hacia este nuevo modelo de atención sanitaria, se encuentra en su rendimiento multidimensional, puesto que sus beneficios se producen tanto para profesionales, como para usuarios y el sistema sanitario de forma global.

Por lo tanto, veo como un factor esencial para la integración de la figura de enfermería en el proceso de eutanasia además de la formación comentada anteriormente, una adecuada comunicación y practica colaborativa multidisciplinar entre el equipo sanitario. La falta de unión y cohesión entre distintas categorías profesionales dificulta nuestra integración y aceptación dentro de los equipos. Si no se articula bien esta convivencia, esto puede derivar en situaciones que pueden convertirse en una barrera para la implicación de la enfermería. La idea es potenciar el papel de la enfermería, teniendo en cuenta, que ahora más que nunca, tras la pandemia covid-19, se demuestra una vez más que somos profesionales imprescindibles en la sanidad, y que paulatinamente vamos asumiendo mayores responsabilidades, demostrando con creces que estamos más que capacitadas para ello y que esto no debería suponer ninguna amenaza para entre compañeros sanitarios de diferentes categorías profesionales.

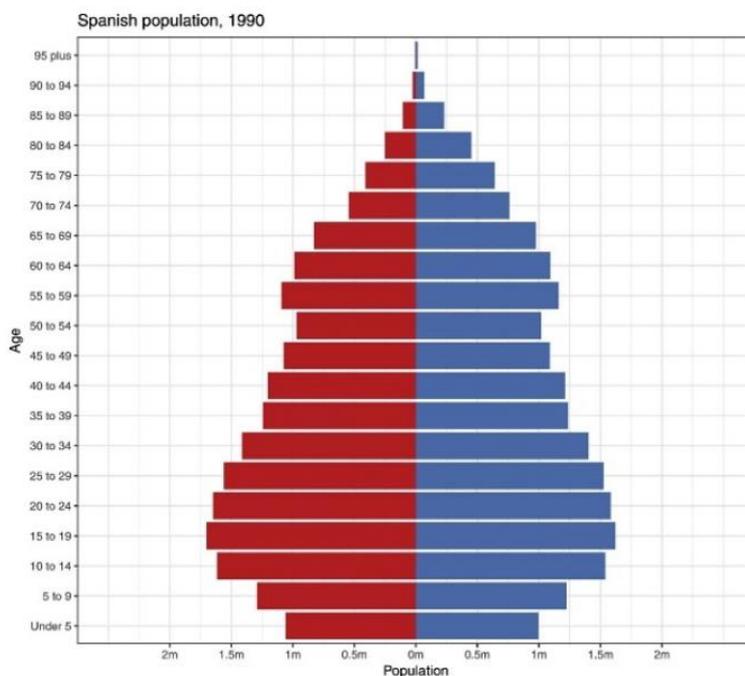
También es clave que las instituciones sanitarias muestren voluntad clara para reconocer y promover el rol de las enfermeras y nuestro liderazgo en el cuidado sanitario ante los profesionales y ante la sociedad, desarrollando políticas que aborden tanto el cuidado paliativo, como la cooperación interdisciplinar, en definitiva, considerando la dimensión ética del cuidado enfermero, siendo esto garantía de un buen proceso de eutanasia (5).

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Envejecimiento poblacional, cronicidad y calidad de vida.

En los países occidentales, debido al envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida de la población, ha aumentado notablemente la prevalencia de las enfermedades crónicas y como consecuencia, el incremento de la pluripatología, la fragilidad y la dependencia funcional progresiva, lo cual representa un desafío para los sistemas de atención sanitaria en todo el mundo. Esto supone que, un número creciente de personas con enfermedades degenerativas o irreversibles lleguen a una situación terminal, caracterizada por la incurabilidad de la enfermedad causal y un pronóstico de vida limitado, con frecuencia en un contexto de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada. Los avances en medicina han conducido a un progreso significativo en la prolongación de la vida, al mismo tiempo, este progreso ha puesto de relieve cuestiones de calidad de vida y ha intensificado los debates con respecto a la eutanasia (6-9).

En 2016, la población total de España era de 46,5 millones (23,7 millones de mujeres y 22,8 millones de hombres). La distribución por edad y sexo de la población española ha cambiado de 1990 a 2006 y luego a 2016, a grupos de edad sustancialmente mayores tanto en mujeres como en hombres, con un envejecimiento significativo de la población en consecuencia, particularmente en mujeres (*Figura 1*). Estos cambios en la distribución de tamaño, sexo y edad, y otras tendencias demográficas, afectan la carga de salud y determinan las tendencias relacionadas con la salud (10).



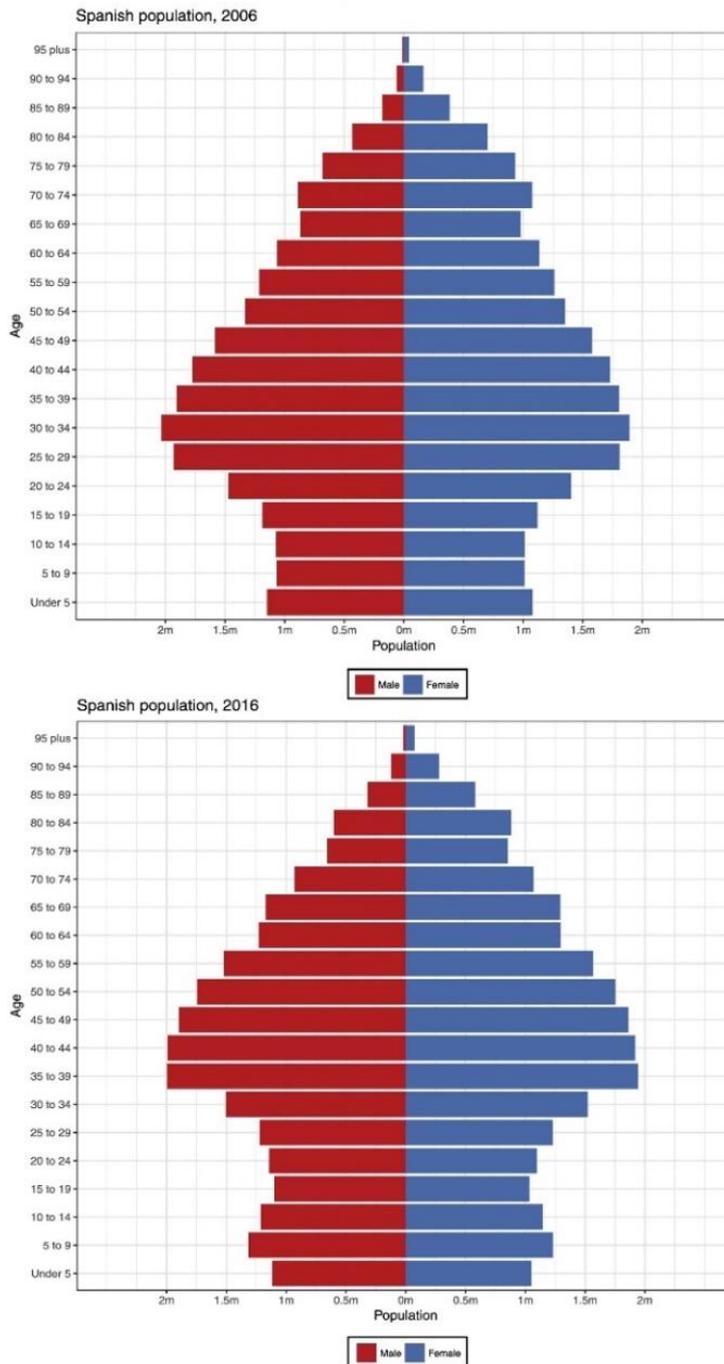


Figura 1. Pirámide de edad y sexo de la población española (millones) en 1990, 2006 y 2016. Fuente: Soriano JB, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease (10).

Según la OMS (11): las *enfermedades no transmisibles*, también conocidas como *enfermedades crónicas*, son aquellas patologías que tienden a ser de larga duración, de progresión lenta y continua y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Son principalmente las enfermedades cardiovasculares (como los

ataques cardiacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma), la diabetes y trastornos mentales. Muchas enfermedades crónicas conllevan una disminución de la calidad de vida de los enfermos afectados y presentan un nivel significativo de comorbilidad. La calidad de vida refleja la manera en que las personas experimentan su bienestar mental y físico, sus opiniones acerca de cómo se satisfacen con su vida cotidiana. Así, la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, desde su perspectiva personal, que incluye los síntomas, así como el funcionamiento físico y social (12, 13).

En la actualidad, 36 millones de personas en el mundo sufren cronicidad, además de suponer una de las primeras causas de discapacidad en Europa, implicando un 75% del gasto sanitario, esta situación está llevando a los sistemas sanitarios a plantearse su gestión de la cronicidad, su abordaje supone una prioridad mundial, por lo que se debe dar respuesta a la cronicidad con cambios en los modelos de gestión y humanizando el proceso. En 2016 en España hubo 418.516 muertes, de una población total de 46,5 millones, y el 80,5% de ellas ocurrieron en personas de 70 años o más. Las enfermedades crónicas fueron la principal causa de muerte (92,8%) (10, 14, 15).

Existe otro serio problema de Salud Pública según la OMS (16), es la *conducta suicida* en sus diferentes formas, ya que se encuentra entre las 10 primeras causas de mortalidad general. Las estadísticas acerca de los suicidios son alarmantes, se plantea que una persona muere en el mundo por suicidio cada 40 segundos y cerca de 703.000 personas por año se quitan la vida y muchas más intenta hacerlo, siendo un problema que se agrava. Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos casos se dan en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida está mermada, como en los problemas económicos o los dolores y enfermedades crónicas.

2.2. Conceptos de eutanasia y conceptos asociados

Eutanasia significa etimológicamente “buena muerte” y se puede definir como “el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia

persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. Es la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios” (7).

La clasificación de eutanasia según Báez Rodríguez et al. (17):

Eutanasia directa: consiste en finalizar la vida de forma anticipada, en caso de enfermedades terminales incurables que producen sufrimiento al paciente. Y esta a su vez puede ser:

Activa: Es la acción. Provocar una muerte indolora a petición del afectado. Se recurre a sustancias especiales mortíferas.

Pasiva: Es la omisión. Con la abstención terapéutica (no iniciado el tratamiento) y la suspensión terapéutica (suspendiendo el tratamiento, ya que se considera que más que prolongar la vida, prolonga el morir). Es la omisión.

Eutanasia indirecta: se efectúan procedimientos terapéuticos y farmacológicos que tiene como efecto secundario la muerte, también conocidos como cuidados paliativos. Aquí la intención, no es acortar la vida, sino aliviar el sufrimiento.

Según la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia* en España (LORE): “ En nuestras doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente –cuidados paliativos–) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia” (7).

El término *Suicidio Médico Asistido* (SMA) se utiliza cuando el profesional ayuda intencionadamente a un paciente a terminar con su vida cuando lo desee. Significa proporcionar a una persona, intencionadamente y con conocimiento, los medios, procedimientos, o ambos, para suicidarse. Incluye el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, su prescripción o suministro. Cabe destacar que, en este caso, es el paciente

quien voluntaria y activamente termina con su vida, razón determinante para denominarlo SMA (17, 18).

Según el *Comité de Ética Asistencial de las Islas Baleares* (CEAIB) (19): los conceptos de eutanasia pasiva o eutanasia activa indirecta están obsoletos. La *LORE* habla de dos modalidades de prestación de ayuda para morir (7):

- 1.^a) La administración directa al paciente por parte del profesional sanitario competente.
- 2.^a) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar.

Los *cuidados paliativos* según la OMS (20): son un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias frente a los problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a la enfermedad en riesgo de muerte, al prevenir y aliviar el sufrimiento, mediante la identificación precoz, evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo. Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano. La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población. La falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados. Es preciso asegurar que las personas que hacen una solicitud de eutanasia hayan recibido la información y el ofrecimiento de estos cuidados paliativos (21, 22).

Las diferentes comunidades autónomas en España comienzan a diseñar y a denominar su propio documento, en Baleares existe el *Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares 2019-2023* (23). Según el *Informe del CEAIB sobre los aspectos éticos que deben estar incluidos en la proposición de la LORE* (19): los cuidados paliativos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud no son óptimos y se hace necesario para garantizar la equidad en la atención paliativa una ley de cuidados paliativos nacional, no solo la de cada comunidad

autónoma. No debe existir un dilema entre la *LORE* y la prestación de cuidados paliativos, puesto que el sistema sociosanitario debe ser capaz de asegurar una atención al sufrimiento de calidad, contando con apoyo a la salud mental, medios de apoyo para situaciones de discapacidad y dependencia y recursos sociales que ayuden a transitar hacia el final de la vida.

Sedación paliativa: es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, mediante una reducción proporcional del nivel de conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente, en los términos establecidos por ley con objeto de que exista claridad y registro en la historia clínica. Existe una clara y relevante diferencia entre sedación paliativa y eutanasia si se observa desde el marco de la ética y los cuidados paliativos. La frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado, y en el resultado. Con la sedación se pretende disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. Sin embargo, con la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente (20, 25).

Declaración de voluntades anticipadas (DVA): las voluntades anticipadas son una declaración anticipada unilateral emitida libremente por una persona mayor de edad y con capacidad de obrar plena, mediante la cual se indica el alcance de las actuaciones médicas u otras que sean procedentes, indicando las preferencias sobre los cuidados y tratamientos, previstas por esta ley, solo en los casos en que sucedan circunstancias que no le permitan expresar su voluntad. La Ley 1/2006 de 3 de marzo, de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Autónoma de Las Islas Baleares (26), entró en vigor el 11 de junio de 2006. La DVA es el documento dirigido a los médicos, hospitales, centros de salud y a todos los organismos que tengan en su mano el cumplimiento de nuestras voluntades, mediante el cual el ciudadano anticipa sus voluntades al momento en el que como paciente no pueda expresarlas por su estado de salud. Esta ley nace tras el desarrollo de la medicina paliativa como expresión de la autonomía del paciente frente a dilemas éticos, ya que facilitan resolver problemas éticos complejos que se le presentan a muchos pacientes incapaces. Ha supuesto un gran avance sanitario, al conseguir la calidad de los cuidados y la autonomía del paciente, ofreciendo una muerte más digna. De este modo, la DVA se antepondrá a las decisiones de los representantes legales, familiares o profesionales,

siempre y cuando esta se haya llevado a cabo por escrito y en plenas condiciones de discernimiento (27).

2.3. Principios bioéticos

La bioética es un campo de conocimiento multi e interdisciplinario que estudia la conducta humana en las ciencias de la vida y la atención de la salud, a la luz de los valores y principios morales. La aplicación de los principios bioéticos fundamentales (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia) garantizaría una asistencia adecuada al enfermo, la actitud que debe tomar el equipo multidisciplinar ante los dilemas éticos que aparecen en la práctica asistencial, no deben ser producto de la intuición, ni del estado de ánimo de ese momento, sino que deben estar basada en una reflexión prudente, informada, discutida y compartida por el resto de miembros del equipo y, conociendo y teniendo muy en cuenta cuáles son las preferencias del enfermo. Lamentablemente, en nuestro ámbito, esto no se hace de forma sistemática (28, 29).

La eutanasia activa y el SMA por el profesional sanitario, continúan siendo un tema bioético controvertido entre los profesionales de la salud. Las opiniones contrapuestas sobre la idoneidad de estos procedimientos son complejas, debido a los diversos aspectos implicados, que incluyen consideraciones éticas, legales, religiosas, sociales y psicológicas. La *LORE* se fundamente en el desarrollo pleno de los principios de autonomía y beneficencia de la persona atendida. Pretende dar seguridad jurídica a los profesionales y regular la objeción de conciencia (18, 19, 29, 30):

- *Principio de autonomía*: es un principio clave en la ética médica contemporánea, que siempre ha estado ausente de la tradición médica, a pesar de la gran importancia que ha adquirido en los últimos años; durante muchos siglos el paciente nunca ha participado en la toma de decisiones y el médico era quien decidía, el deber del médico era "hacer el bien" al paciente, y el de éste, aceptarlo, el enfermo, por el mero hecho de serlo, carecía de la capacidad para elegir. Con respecto a las cuestiones relacionadas con el final de la vida, el respeto por la autonomía es probablemente el principio más destacado en los debates éticos. En los cuidados al final de la vida, se ha propuesto que la autonomía relacional sea una noción imprescindible de los cuidados paliativos, toma de decisiones compartidas y planificación anticipada de la atención. Se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para

decidir, siempre que exprese su deseo. Para promover este principio se ha propugnando el llamado “consentimiento informado” como forma de garantizar que el paciente ha recibido una información adecuada sobre el acto médico a aplicar y que manifiesta su acuerdo.

Este principio es sumamente importante porque:

Obliga a informar al enfermo, si así lo desea, sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas, con sus riesgos y beneficios.

Permite al enfermo rechazar todo tipo de tratamiento o elegir uno distinto al propuesto.

Debería permitir al enfermo, dentro de lo posible y con las limitaciones legales vigentes, elegir el momento, lugar y forma de su muerte (DVA).

- *Principio de Beneficencia:* manda hacer el bien. Es el principio más evidente de todos ya que el personal sanitario ha sido educado y formado para hacer el bien, no sólo al individuo enfermo, sino a la sociedad en su conjunto. Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, es decir, ser seguros y efectivos.
- *Principio de no-maleficencia:* Es un principio muy evidente porque ningún profesional sanitario deberá utilizar sus conocimientos o su situación para ocasionar perjuicios al usuario. En la práctica se refiere a que el balance entre beneficios y riesgos de cualquier actuación sanitaria debe ser siempre a favor de los beneficios.
- *Principio de Justicia:* este principio se basa en dos hechos: Todas las personas, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia, y por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto.

Hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los siempre limitados recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la población, evitando desigualdades en la asistencia de la salud.

Este principio convierte al personal sanitario en gestor y administrador de los recursos y de los servicios, los cuales deberá utilizar de forma efectiva y eficiente, evitando actuaciones sanitarias inadecuadas.

Según Monserrat Busquets (31): es mucho lo que las enfermeras pueden aportar al proceso de ayuda para morir. Al final de la vida la persona experimenta una especial fragilidad y

dependencia que, sin el reconocimiento de su autonomía, puede comprometer su dignidad. El aspecto esencial del cuidado es que la persona es un sujeto autónomo, siendo su participación parte inherente del proceso de atención. De acuerdo con la ética del cuidado, la moral se construye en relación con los demás; en el seno de las relaciones interpersonales, grupales o comunitarias, las personas llegan a consolidar y formular sus valores éticos y a tomar decisiones en consecuencia. Por tanto, en una petición de eutanasia, cuidar es, sobre todo, establecer el vínculo relacional que garantice crear un contexto de bienestar suficiente para que la persona pueda expresar sus sentimientos y voluntades, sus miedos e incertidumbres, y pueda tomar la decisión de pedir ayuda para morir de acuerdo con sus propios valores e historia de vida. Y mientras dura este proceso de la eutanasia, reciba la atención que precisa. Para ello, las enfermeras son profesionales clave dada su orientación del cuidado centrado en la persona y familia, en su continuidad, su proximidad y, por supuesto, dado el conocimiento que han ido desarrollando en el cuidado paliativo sobre la satisfacción de las necesidades al final de la vida, especialmente en el manejo del dolor, el bienestar en el día a día y el apoyo emocional a la persona y a su familia.

La aplicación de la eutanasia no es contradictoria, ni debe confundirse, con el desarrollo de los cuidados paliativos (19).

2.4. Revisión de la literatura. Estudios precedentes

Para el diseño de este estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura, utilizando artículos científicos publicados en los metabuscadores y las bases de datos: EBSCOhost, Web of Science, PubMed, CINAHL, y EMBASE, entre los meses de abril y mayo de 2022, con términos inclusivos de actitudes y conocimientos en torno a la eutanasia activa y SMA sobre el rol de las enfermeras, tanto a nivel nacional, como internacional en los países cuya prestación estaba regulada en el momento de la realización de los estudios.

Los límites fueron los idiomas inglés y castellano y el periodo de búsqueda fue limitado entre 2007 y 2022 dada la escasa literatura encontrada. Así mismo se realizó una estrategia dirigida en bola de nieve para incluir estudios relevantes.

La combinación final de búsqueda en base a los descriptores MeSH/DeCS mediante los operadores booleanos fue: (((("Euthanasia"[Mesh]) OR "Suicide, Assisted"[Mesh]) AND

((("Health Personnel"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh]) OR "Medical Staff"[Mesh])) AND
(("Knowledge"[Mesh]) OR ("Attitude"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]))
Filters: English, Spanish, from 2007 – 2022.

Para la elección de los artículos se revisaron títulos y resúmenes de los artículos para evaluar si se ajustaban a los objetivos del estudio y se descartaron los estudios duplicados. Posteriormente se accedió a la lectura a texto completo de los artículos.

Los estudios precedentes en España sobre las actitudes, conocimientos y rol de enfermería en la prestación de ayuda a morir desde la regularización de la ley de eutanasia son escasos debido a la reciente implementación de esta Ley. Existe más literatura, aunque también es escasa en cuanto a las actitudes, conocimientos y el rol de enfermería en otros países donde la eutanasia ha sido regulada con anterioridad, como: Países Bajos (2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Colombia (2015), Canadá (2016), algunos estados de Australia, Nueva Zelanda (2020) y España (2021). En diversos estados de los Estados Unidos de América (EE.UU) y en Suiza, se pone en práctica el SMA (9, 32).

En la literatura se encontraron varios estudios sobre actitudes, conocimientos y participación en el proceso de eutanasia en enfermeros y médicos basados en estudios en los que en el momento de la realización la eutanasia en esos países era legal.

Para abordar el aspecto sobre las actitudes en cuanto a la eutanasia, en una reciente revisión de la evidencia que incluye 23 estudios, publicada en 2021 y titulada: “*Nurses' Perceptions and Attitudes About Euthanasia: A Scoping Review*”. Se describen los factores que influyen en términos concretos hacia una actitud positiva de las enfermeras frente a la eutanasia y los que lo hacen de una manera negativa, según Cayetano Penman et al. (34):

Los principales factores asociados con la actitud positiva se debieron a: a) dolor extremo e incontrolable, b) sufrimiento insoportable u otras experiencias angustiosas del paciente; c) legalidad de la eutanasia y d) derecho del paciente a morir.

Los factores que determinaron la actitud negativa y/o insolidaria de las enfermeras incluyeron: a) La religión: es un fuerte determinante, las enfermeras se han opuesto a la eutanasia por motivos de conciencia y religión.

- b) Lo dilemas morales y/o éticos creencias tales como “*la medicina existía para mantener viva a la gente*” hicieron que se opusieran a la eutanasia.
- c) Rol de género del profesional de la salud: las mujeres estaban más en contra de la eutanasia que los hombres.
- d) La edad: las enfermeras de mayor edad se oponían a la eutanasia activa.
- e) Cuidados paliativos deficientes: el hallazgo clave indicó que unos cuidados paliativos óptimos podrían evitar la eutanasia.
- f) Lugares de trabajo: las enfermeras de cuidados intensivos creían que las personas tienen derecho a decidir sobre su muerte en comparación con otras enfermeras asignadas las unidades de medicina interna y pediatría; además se encontró que la mayoría de las enfermeras de cuidados paliativos no apoyaban la eutanasia.
- g) Nivel de conocimiento y la formación realizada en el área de cuidados paliativos o manejo del dolor o atención al final de la vida.

A pesar de los factores identificados en contra, según el estudio, la participación de las enfermeras en el proceso de atención de la eutanasia está aumentando. La conclusión de este “Scoping Review” es que, el tema de la eutanasia ha desafiado considerablemente a las enfermeras en su objetivo de brindar una atención holística. Hubo varios factores cruciales que influyeron en las percepciones y actitudes de las enfermeras, y estos se vieron afectados por sus perspectivas personales, profesionales y transpersonales. Las implicaciones potenciales para las enfermeras se relacionan con la educación, la práctica y la investigación. El estudio concluye con que se necesita más investigación para explorar el impacto en el bienestar emocional de las enfermeras, aclarar su función y determinar el apoyo que podrían necesitar cuando se involucran en la eutanasia.

En cuanto a los médicos, una revisión de la literatura sobre las actitudes y prácticas de la eutanasia y el SMA por médicos en los países de EE.UU, Canadá y Europa, con el título: “*Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe En EEUU*”. Notificó que menos del 20% de los médicos informó de haber recibido solicitudes de eutanasia o SMA, y el 5% o menos las ha cumplido. En Países Bajos y Bélgica, alrededor de la mitad o más de los médicos informaron haber recibido alguna vez una solicitud; el 60% de los médicos holandeses han concedido alguna vez tales solicitudes. Una encuesta holandesa de 2010-2011 de 1456 médicos indicó que un 77% alguna vez recibió una

solicitud de eutanasia y SMA, el 60% había realizado alguna vez una petición de eutanasia y el 14% indicó que nunca lo haría. Otra encuesta de 2011 entre médicos holandeses (n=1456) encontró que el 86% de los médicos temen la carga emocional de realizar la eutanasia (35).

También en el contexto de Países Bajos, en un estudio descriptivo transversal realizado en el año 2011, titulado “*Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A national-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia*” (36), en el que participaron 587 enfermeras de diferentes ámbitos asistenciales (hospitales, atención domiciliaria y residencias de ancianos), mediante una encuesta de ámbito nacional. En cuanto a las actitudes de enfermería: el 69% están de acuerdo en que el médico discuta la solicitud de eutanasia con las enfermeras que tienen regular contacto con el paciente. Un grupo aún mayor, del 83%, cree que los médicos deben discutir la decisión de administrar fármacos en dosis letales con las enfermeras involucradas. En cuanto a conocimientos y formación, Países Bajos fue el primer país en legalizar eutanasia tras un intenso debate internacional, por lo que las condiciones de la ley de eutanasia son muy estrictas, solo los médicos tienen la autoridad legal para tomar la decisión de eutanasia, además son los profesionales médicos los que administran los medicamentos letales (enfermería puede preparar la medicación si el médico se lo pide, pero nunca administrarla, ni realizar otras acciones que resulten directamente en la muerte del paciente). En referencia a estos conocimientos sobre la legislación holandesa, el 43% de los participantes están de acuerdo en la afirmación de que las enfermeras saben qué acciones se permiten en casos de eutanasia y el 75% sabe que no está autorizado para administrar fármacos legales. Aunque el papel del personal de enfermería no se describe en la ley de eutanasia holandesa, este papel está aclarado y delimitado en las directrices profesionales de las asociaciones nacionales de médicos y enfermeras de los Países Bajos. En general, las enfermeras holandesas participan poco, tanto en la preparación, como en el soporte directo a los familiares y pacientes que han solicitado la eutanasia. Según este estudio, el 69% de los participantes de una encuesta, están de acuerdo en la afirmación de que el médico debe discutir la solicitud de eutanasia con la enfermera, el 46% afirma que es más que probable que un paciente dirija una solicitud de eutanasia a una enfermera antes que al médico (un 38% dice que efectivamente esto ya ha ocurrido). El 7% refiere de forma errónea que a enfermería se le permite la administración de las drogas letales y un 18% no está muy seguro de si pueden o no y finalmente un 3% refiere haber administrado drogas legales o haber habierto la válvula de goteo, sin saber que no podían hacerlo. En conclusión: La mayoría de las enfermeras creen que

deben tener voz y poder para discutir con el paciente la solicitud de eutanasia, en la práctica, a menudo el personal enfermero está involucrado en la toma de decisiones, pero son conscientes de que ahí terminan sus competencias. También comentan limitaciones en cuanto a interpretación de algunos términos del cuestionario, recomendando entrevistas cualitativas adicionales.

Otro estudio realizado también en Países Bajos, en relación con el rol de enfermería en el contexto de eutanasia, titulado: “*Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurse*”, con una muestra de 408 enfermeras participantes, indica que el 22,3% de 267 casos, las enfermeras no estaban involucradas en el proceso de toma de decisiones del médico general y en solo el 13,3% de 264 casos asistieron a la administración de los fármacos letales. Las enfermeras habían brindado cierto grado de atención posterior a los familiares tras el proceso de eutanasia en un 80,3% de los casos. La conclusión global de este artículo sobre el rol de la enfermera en el contexto de eutanasia es que: es necesario mejorar la colaboración entre médicos general y las enfermeras, especialmente en relación con la toma de decisiones. Los datos holandeses podrían ayudar a las enfermeras de otros países a definir su futuro rol en la eutanasia y el SMA. Además, es importante que las tareas, responsabilidades y relaciones entre enfermeras y médicos se especifiquen y demarquen más, esto podría conducir a una mejor colaboración y prevención de malentendidos procesales, así como de problemas éticos y errores legales (37).

Según la ley belga, las solicitudes basadas en sufrimiento mental insoportable están aumentando, es un tema que suele ser bastante complejo ya que plantea importantes consideraciones clínicas y éticas. En un estudio multicéntrico en 20 hospitales psiquiátricos belgas, titulado: “*Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable*” que evaluaba las actitudes de las enfermeras de psiquiatría independientemente del tipo de sufrimiento (tanto físico como mental) a través de un cuestionario, se solicitó la participación de todas las enfermeras de las diferentes unidades de psiquiatría. Con una n=727, los resultados fueron que el 84% de los participantes no se opuso a la eutanasia basada exclusivamente en el sufrimiento mental, solo una pequeña minoría afirmó que la eutanasia debería restringirse únicamente al sufrimiento físico, mientras que solo 19 de los participantes consideraron que la eutanasia era éticamente inaceptable. Más de la mitad de las enfermeras señalaban que habían tenido directamente una solicitud de eutanasia. En cuanto a los conocimientos el 99% de las

enfermeras del estudio multicéntrico sobre sufrimiento mental insoportable belga, considera que es preocupante y notoria la carencia de información y habilidades para hacer frente adecuadamente a una solicitud de eutanasia, ya que el tema no fue bien abordado en la formación académica o profesional. Refieren que existe la necesidad de educación, capacitación y pautas claras sobre el nivel de las organizaciones de la salud. Este estudio recalca que la investigación cualitativa podría brindar más información sobre este tipo de estudios. Solo la ley de eutanasia belga presta atención al papel de la enfermería solamente en el proceso de toma de decisiones, indicando que el médico debe discutir la solicitud de eutanasia con el equipo de enfermería involucrado en el cuidado del paciente. Las enfermeras están de acuerdo en participar en el proceso de toma de decisiones de las solicitudes de eutanasia. Más del 80% de las enfermeras según este estudio, juzgaban tener capacidad y que se les debería permitir analizar una solicitud de eutanasia con el paciente, mostrándose convencidas de que no solo debe estar en manos de los médicos. Según este estudio las enfermeras pueden tener un papel de apoyo importante hacia al médico al tratar y comunicar la solicitud debido a su posición privilegiada con los pacientes, una relación específica entre enfermeras y pacientes basada en la confianza y la actitud empática podría ser una razón potencial por la que las enfermeras tienen una visión sensible al sufrimiento mental de sus pacientes. Exponen también la necesidad de la integración de los cuidados paliativos para estas situaciones. El estudio menciona que cuando se niega una solicitud de eutanasia, a veces aumenta el riesgo de suicidio. Investigaciones anteriores ya han indicado la necesidad general de desarrollar una actitud moral y profesional personal hacia la eutanasia (38).

Dos estudios realizados en Canadá sobre los determinantes psicosociales de la intención de enfermeros y médicos de realizar la eutanasia en cuidados paliativos reflejan que, a pesar del gran progreso logrado en los cuidados paliativos, los médicos siguen confrontados con las limitaciones físicas, psicológicas o espirituales de su capacidad para aliviar el sufrimiento. En algunos casos es imposible brindar un tratamiento adecuado a pacientes cuyo sufrimiento puede ser visto como “innecesario”, o incluso “inhumano”. Según revisiones anteriores de estudios sobre las actitudes hacia la eutanasia entre los profesionales de la salud, ser religioso generalmente se asocia con una actitud negativa hacia la eutanasia (39, 40).

Otro estudio en Canadá sobre cuidados paliativos, titulado: “*Investigating palliative care nurse attitudes towards medical assistance in dying: An exploratory cross-sectional study*”, destaca que continua un debate internacional en cuanto a los defensores de los cuidados paliativos que están en contra de la práctica de la eutanasia activa y el SMA. Como conclusión recalca que: las organizaciones deben priorizar el rol de enfermería, fomentar el diálogo interprofesional abierto y brindar apoyo para la toma de decisiones éticas, las decisiones de práctica y la objeción de conciencia en torno a la eutanasia. En cuanto a los conocimientos, la falta de información sobre las pautas de los roles profesionales, pueden ser barreras para la participación en la eutanasia. Se precisan estudios de enfermería que exploren el impacto de la legislación sobre el bienestar y el estado emocional de las enfermeras (41).

Otro estudio en Canadá realizado en 2018 a médicos, titulado “*Educational needs of healthcare professionals and members of the general public in Alberta Canada, 2 years after the implementation of medical assistance in dying*”, realizado dos años después de la implementación de la ley de eutanasia en Canadá, informa de que existen necesidades educativas claramente evidentes. Los mayores niveles de conocimiento se daban entre profesionales con experiencia laboral en residencias y unidades de cuidados paliativos, puesto que manifestaban un mayor interés en los asuntos relacionados con las situaciones de final de vida. El estudio indica que algunas posturas religiosas o morales de los profesionales de la salud les prohibían brindar información a los pacientes sobre la ayuda para morir. Además es relevante señalar que la mayoría de los médicos no sabían que las enfermeras podían participar en la prestación de ayuda para morir. La conclusión del estudio fue que era probable que el conocimiento sobre la ley de eutanasia permaneciese deficitario con el tiempo, puesto que la prestación se realizaba con poca frecuencia y se precisaba de disponer de una información clara, sencilla y accesible para el momento en el que los profesionales recibiesen alguna solicitud de eutanasia (42).

En España, tras la publicación en el Boletín Oficial del Estado el día 25 de marzo de 2021 de la *LORE*, la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares llevó a cabo una encuesta para recoger la opinión de sus colegiados/as con el fin de conocer la opinión de los enfermeros sobre la situación actual de la profesión en relación a esta nueva prestación. La recogida de datos fue realizada de forma voluntaria y totalmente anónima a las 6857 enfermeras colegiadas durante el 2021 por la Comisión Deontológica del COIBA, de las

que se recogieron en total 341 respuestas válidas. Respecto a su participación en la aplicación de la ley, un 65,6% está dispuesto a participar en la preparación y administración del fármaco, mientras que un 12,2% se negaría a hacerlo, objetaría. Si el paciente requiriese del apoyo de una enfermera para obtener los medios imprescindibles para ejercer él mismo su derecho (SMA), el 72% no objetaría, frente al 14,6% que sí lo haría. Un 85,1% de las enfermeras estaría dispuesto a acompañar al paciente durante el proceso eutanásico, mientras un 8,2% lo rechazaría. Un 59,8% de las enfermeras participantes señalaron que no solicitarían ejercer la objeción de conciencia, mientras un 10,5% prefirió no contestar y un 18,1% afirmó que seguramente no. En el otro extremo, un 6,7% afirmó que solicitaría la objeción de conciencia con toda seguridad, mientras que un 5% lo veía probable pero no seguro. Finalmente, un 90,7% de las enfermeras están dispuestas a participar en el proceso de diálogo y reflexión con un paciente que solicita ayuda a morir, algo a lo que objetaría un 5% de los profesionales que participaron en la encuesta. Las enfermeras que participaron en el estudio destacaron también su disposición en general a participar en un programa formativo específico sobre la prestación de ayuda a morir (78,4%), mientras que un 12,2% objetaría. En relación con los aspectos relacionados con la eutanasia activa y/o el SMA en los que desearían recibir formación, el 42% se refirió a aspectos relacionados con el contenido y desarrollo de la Ley, el 46,4% a aspectos éticos, mientras que un 5,9% no estaría interesado en recibir formación.

Según la bibliografía, en la mayoría de los contextos de práctica, las enfermeras tienen una importante tarea en este proceso debido a la atención continuada y a su confrontación con el sufrimiento del paciente día a día, son unas de las profesionales clave encargadas de los cuidados directos de las personas y su familia al final de la vida, mediante el uso de un enfoque holístico. La participación no está en absoluto limitada a proporcionar asistencia, sino que incluye diversos cuidados al paciente y a su familia en todo el proceso de la eutanasia. Este proceso de cuidado comprende desde la fase previa a la formulación formal de la petición por parte del usuario, el asesoramiento sobre las posibilidades que tienen las personas dependiendo del marco legal, la priorización de necesidades del paciente, la participación en la toma de decisiones, en algunos países la colaboración en llevar a cabo la eutanasia y también en la atención posterior a los familiares del paciente una vez llevada a cabo la prestación. La literatura ha identificado el papel fundamental de las enfermeras en el cuidado de los pacientes en situación final de vida, en particular en el control de síntomas del día a día. Por tanto las

enfemrera se enfrentan cada vez a más solicitudes de eutanasia y se les pide que participen en el propio proceso (5, 34 y 44).

La revisión de la literatura concluye que, enfermería participa de manera activa y con una actitud positiva hacia la práctica de eutanasia, la aprobación por parte de su entorno familiar parece particularmente importante y también la aprobación de sus colegas médicos. Esta actitud concuerta con la previsión de que cada vez estará más aceptada por el colectivo enfermero en un futuro. Aun así, son muchos los estudios que destacan que se debería de definir y concretar en la ley cual la verdadera función de enfermería en la eutanasia, puesto que enfermería desarrolla a lo largo de su formación las competencias necesarias para poder colaborar directamente. Además, menciona que las estrategias del trabajo en equipo pueden mejorar el apoyo moral y emocional intra e interprofesional, pudiendo abordar las tensiones que rodean las actitudes personales hacia la muerte asistida y el sufrimiento (9, 40).

En cuanto a conocimientos, los estudios reportan un déficit de conocimientos, se puede concluir que se detecta una necesidad reportada por enfermeras y médicos de disponer de más formación explícita, intensiva y específica sobre la temática eutanasia para aclarar los problemas de legalización vigentes existentes tanto en nivel pregrado, como posgrado. Es preciso seguir trabajando en la formación de estos profesionales para proporcionarles una formación apropiada, además de unas pautas profesionales para ayudar a dirigir la acción. Las futuras implicaciones de la investigación incluyen investigaciones mediante estudios más extensos y de mayor escala (9, 34, 42).

Existen en la literatura reportadas varias formas de apoyo organizacional para enfermeras que incluyen: educación continua, apoyo legal, políticas de enfermería claras y accesibles y capacitación en procedimientos eutanasia. Además, las tutorías clínicas, las consultas con los comités de ética y las pautas de práctica organizacional prescritas pueden contribuir a un mayor apoyo de enfermería para la muerte asistida en las organizaciones (44).

Según la evidencia, es necesario que las enfermeras presten atención a al proceso de eutanasia, reconociendo sus creencias personales, reflexionen, extraigan suposiciones, precomprensiones y prejuicios sobre la eutanasia y los desalojen para mantener la objetividad y neutralidad (34).

2.5. Justificación del proyecto

Con la implementación de la *LORE* desde el 25 de junio 2021, muchos profesionales de enfermería verbalizan que dicha ley no contempla de forma clara, ni explícita, el rol profesional de las enfermeras, generando muchas dudas sobre su participación en el proceso y percibiendo una invisibilidad en cuanto a sus competencias en el proceso.

Los estudios previos realizados en los países con experiencia en la ley de eutanasia evidencian que enfermería establece un vínculo indispensable entre la persona que solicita la prestación, la familia y sus allegados, el médico y el resto del equipo sanitario, y constatan que, a pesar de que tampoco la ley, salvo en Canadá (donde aparecen las funciones más claras de las enfermeras, ya que poseerían la capacidad legal para prescribir y administrar el fármaco legal), les confiere un papel específico, pueden participar de forma activa en todo el proceso asistencial de eutanasia, pero muchos profesionales lo desconocen (31, 45).

Este proceso asistencial englobaría desde la fase previa a la formulación formal de la petición por parte del usuario, hasta el cuidado de las familias después de la muerte del solicitante. Por tanto, enfermería puede participar en: el asesoramiento sobre las posibilidades que tienen las personas dependiendo del marco legal, ayudar en la priorización de necesidades del paciente, en la toma de decisiones, en el proceso deliberativo, el proceso de la administración de fármacos prescritos por el médico responsable para llevar a cabo la prestación de eutanasia y también en la atención posterior a los familiares del paciente (5).

Al tratarse de una nueva prestación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, se intentará provocar una reflexión crítica en los profesionales sanitarios e instituciones para detectar y solventar las barreras de cara a potenciar la implicación de la enfermería en el proceso de la de la *LORE* en Baleares. Las enfermeras son profesionales clave puesto que son las que establecen una mayor relación de confianza con los usuarios, dada su orientación del cuidado centrado en la persona y la familia, en la continuidad de cuidados, en el conocimiento sobre la atención paliativa, el bienestar y el apoyo emocional (31).

La relevancia de este proyecto surge de la falta de la evidencia cualitativa en Baleares relacionadas con la percepción de los profesionales de enfermería y medicina sobre el rol de la enfermera en la prestación de eutanasia.

Con el desarrollo de este proyecto, se desea explorar las actitudes y conocimientos que poseen estos profesionales para acrecentar el conocimiento enfermero y médico respecto a esta nueva prestación, contribuyendo a que los profesionales sanitarios analicen sus propios puntos de vista en cuanto a las normas legales vigentes y a contar con unas directrices claras sobre su trabajo. Demostrando que la enfermería tiene altas capacidades para poder aportar una importante visión biopsicosocial al usuario que solicita la prestación y un soporte emocional y profesional a los compañeros médicos durante el proceso, fomentando un diálogo interprofesional abierto, brindando apoyo para la toma de decisiones éticas e impulsando un modelo de comunicación centrado en el paciente y su entorno, favoreciendo la confianza y ayudando al usuario a expresar sus necesidades, sentimientos y voluntades (9, 38).

Por último, hay que tener en cuenta que las enfermeras desempeñan su trabajo en instituciones que pueden favorecer o dificultar la dimensión ética y asistencial de su trabajo, en función de las directrices y organización del propio centro de trabajo y de las relaciones interprofesionales. La responsabilidad de las instituciones es reconocer y promover explícitamente el rol de las enfermeras y su liderazgo en el cuidado, reflejando claramente en las directrices multidisciplinares los roles y responsabilidades de cada categoría profesional; ofreciendo guías sobre la colaboración interdisciplinar y sobre la comunicación interprofesional y con los usuarios (5, 9).

3. CONTEXTUALIZACIÓN

3.1. Debate y evolución histórica internacional sobre la eutanasia

En los años 80 y 90 del siglo anterior, las prácticas de eutanasia seguían siendo un delito según el Código Penal holandés, sin embargo, Países Bajos aprobó en 2002 la primera ley de eutanasia del mundo debido al desarrollo de la jurisprudencia, los tribunales holandeses toleraron que un médico hubiera realizado la eutanasia en un paciente que sufría insoportablemente, con una solicitud de eutanasia voluntaria y después de consultar con un médico independiente. El debate sobre la eutanasia ha sido y es objeto de un intenso debate internacional y también se ha abierto paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno, tanto desde el punto de vista de la bioética, como del Derecho, académico, médico, también a las religiones, filósofos y sociedad, debate que se aviva periódicamente a raíz de casos

personales que conmueven a la opinión pública, por lo que las actitudes de las enfermeras son cada vez más importantes. Un debate en el que confluyen diferentes causas, como la creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico (7, 13, 36).

En el contexto internacional, las regulaciones de la eutanasia en el mundo pueden agruparse en tres (9, 33):

- Leyes que permiten la eutanasia y el suicidio asistido (Países Bajos (2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Colombia (2015), Canadá (2016), en dos estados de Australia (en el estado de Victoria y en el de Australia Oeste), Nueva Zelanda (2020) y España (2021).
- En las que la ley solo permite el suicidio asistido (EE. UU. en diez estados: Oregón, Washington, Montana, Vermont, Colorado, Washington DC, California, Hawai, Nueva Jersey y Maine).
- En las que se admite únicamente el suicidio asistido en base a sentencias judiciales, sin legislación específica (Suiza y Alemania).

Las leyes que regulan en ocho países del mundo la eutanasia activa y el SMA exigen por lo general que un enfermo adulto y competente para tomar decisiones tenga una enfermedad terminal o un sufrimiento intolerable que no haya mejorado con tratamientos previos, pida al médico la eutanasia o el SMA en dos ocasiones (de palabra y por escrito) separadas por varios días y casi siempre con un período de reflexión entre la última petición y la eutanasia y el suicidio médico asistido. El médico debe informar al paciente de su diagnóstico, pronóstico y de las alternativas de tratamiento, debe estar convencido de que el sufrimiento del paciente es intolerable, de que no hay un tratamiento eficaz, de que el enfermo es competente y actúa con libertad y por último debe comunicar a las autoridades la eutanasia o el SMA.

El primer país en legalizar la eutanasia y el SMA fueron los Países Bajos en 2002, denominándolo “*Ley de aprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio*”. La eutanasia en este país solo es posible bajo condiciones muy estrictas. Algunos de sus requisitos son: que el paciente sea mayor de edad, holandés y esté consciente, que se le haya informado de la situación y las alternativas que posee, que los dolores seas constantes e insoportables, y que el médico sepa que realmente esa es la decisión del paciente; sin embargo, si no se cumpliera alguno de estos requisitos, será penado como crimen. Además, solo un

médico puede administrar los medicamentos letales. Actualmente la eutanasia a menores también está permitida, al igual que en Bélgica y Luxemburgo (22, 33, 36).

El segundo país en aprobar la ley de eutanasia fue Bélgica en 2002, poco después de los Países Bajos, ambos tienen una ley muy similar. Existen ciertos requisitos dirigidos hacia el médico, para que este la pueda llevar a cabo sin infringir la ley, algunos son: capacidad, consciencia y voluntad del paciente con enfermedad terminal y sufrimientos. Al contrario que en Países Bajos, para realizar esta técnica no es necesario ni que sea belga, ni una mayoría de edad del paciente, ya que Bélgica fue pionera en contemplar la eutanasia infantil (cuando un menor solicita la eutanasia, el procedimiento es igual, excepto que requiere el consentimiento de los padres o tutor). En lo referente a las enfermeras, la legislación aclara que su rol en este acto clínico tendría un componente asesor al ser la enfermera aquella que está más en contacto con el paciente, pero esta ambigüedad genera muchas dudas sobre el rol que debe ocupar (38, 46-48).

Luxemburgo se acogió a la regularización de la eutanasia en 2009, la Ley es muy similar a las de los dos anteriores países: Países Bajos y Bélgica (48).

En Colombia, en 1997 el Tribunal Constitucional colombiano despenalizó el "*homicidio por compasión*", pero la eutanasia no está regularizada por ley, si no por sentencia de la Corte Constitucional, que ordenó al Ministerio de Salud en abril de 2015 tras elaborar un protocolo en adultos y niños como debería procederse (33).

Canadá fue el primer país no europeo en legalizar eutanasia/suicidio asistido. Desde el año 2016, con la aprobación de la ley "*Bill C-14*", todas las formas de suicidio asistido fueron legalizadas. En ella se estandarizaron unos requisitos legales para todos sus territorios y provincias. En Canadá las enfermeras se distinguen por especialidad y grado, otorgando al grado de mayor especialización unas competencias similares a las que puede realizar un médico en el contexto de la eutanasia, en este contexto poseería capacidad legal para prescribir y administrar un fármaco letal (33, 45, 49, 50).

En Nueva Zelanda la legislación entró en vigor en noviembre de 2021 (33).

Fuera de Europa, en los EE.UU. el primer estado en legislar fue Oregón en 1994 y luego fue seguido por Washington en 2008, Montana en 2009, Vermont en 2013, Colorado y la capital Washington DC en 2016, California en 2016, Hawai en 2018, Nueva Jersey y Maine en 2019. Los requisitos son: ser mayor de edad y con un pronóstico de vida menor a seis meses; deberá determinen su estado de salud y valoren la situación, estos deberán recetarle la dosis necesaria para llevar a cabo el suicidio, sin la necesidad de tenerse que llevar a cabo delante del médico (33).

Suiza, sin embargo, siguió considerando la eutanasia como ilegal, pero legalizó el SMA. Aunque la prescripción de la sustancia la hace el médico, puede no ser este, sino su familia o una organización privada de «derecho a morir» quien le asista durante el suicidio, no debe estar presente el médico necesariamente. Los requisitos consisten en la capacidad del paciente para razonar, que padezca una enfermedad terminal y que insista en llevarlo a cabo (33).

3.2. Evolución histórica y marco legal sobre la eutanasia en España

La limitación del esfuerzo terapéutico irrumpía como novedad en 1963, entonces conocida como “eutanasia pasiva”. Ese mismo año se crea el Régimen de la Seguridad Social y se abre la primera unidad de cuidados intensivos en Madrid, transformando así, de manera radical, el panorama de la muerte en el medio sanitario (51).

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en *la Constitución Española* en 1978 (CE). Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral de la persona, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad. El primer artículo, que nombra los derechos fundamentales fue el *artículo 15 del Capítulo II. “Derechos y Libertades” la CE: (7, 52):*

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

En el *Código Deontológico de Enfermería* establecido en 1989 (53): especifica que las enfermeras deben velar por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido, a los

derechos y dignidad del paciente. Concretamente, el *Código Deontológico de la Enfermería Española* de 1988, aborda aspectos relacionados con la eutanasia en varios artículos (*Tabla 1*).

Tabla 1. Artículos del Código Deontológico de la Enfermería Española relacionados con la eutanasia.

Artículos	Consideraciones particulares
<i>Art. 18</i>	Ante un enfermo terminal, la enfermera, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.
<i>Art. 22</i>	La enfermera tiene en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia, que deberá ser explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna enfermera pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de este derecho.
<i>Art. 47</i>	Las Enfermeras deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicios de los seres humanos.
<i>Art. 48</i>	Alude el artículo anterior diciendo la Enfermera deberá denunciar estos casos en defensa de los principios éticos de la profesión ante su Colegio.
<i>Art. 52</i>	La Enfermera ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente [...]. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.
<i>Art. 53</i>	La Enfermera tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.
<i>Art. 54</i>	La Enfermera debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.
<i>Art. 55</i>	La Enfermera tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.

También cabe mencionar a la Organización Médica Colegial de España y su opinión frente a la Eutanasia y el SMA. En el escrito presentado en mayo del 2018, se observa como siguen comprometidos con el respeto a la vida de la sociedad, pues su *Código Deontológico de la Organización Médica Colegial de España*, 1978 (54): afirma en el *capítulo VII “Atención médica al final de la vida” artículo 36*, que:

36.1: Permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del paciente aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida.

36.3: El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

El *capítulo VI* hace mención a la “*Objeción de conciencia*”, en el *artículo 32*:

32.1: Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia.

32.2: El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional.

En el estado español, la ley de la eutanasia fue debatido en el Congreso de los Diputados, con dos proposiciones de ley durante el 2017. El Pleno del Congreso de los Diputados de la XIV legislatura, aprueba el 17 de diciembre de 2020 la *proposición de la LORE* para su regulación, con 198 votos a favor, 138 en contra y 2 abstenciones, pretendiendo dar respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a la demanda sostenida de la sociedad actual sobre la eutanasia. Al tramitarse como proposición de ley y no como proyecto de ley, esto ha hecho que no sea obligatorio contar con la opinión del Consejo de Estado, del Comité de Bioética de España o del Consejo General del Poder Judicial, pese a que ha sido necesario modificar el Código Penal para la aprobación de la ley de eutanasia. La proposición de ley de la *LORE* fue aprobada definitivamente, aunque con algunas enmiendas, por el Pleno del Congreso de los Diputados el 18 de marzo de 2021 (9, 19, 55).

En la actualidad, en España, tanto la eutanasia como la SMA están despenalizados (*artículo 143 del Código Penal*) en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes respetando la autonomía y la absoluta libertad de la decisión del solicitante de la prestación, descartando presión externa. Convirtiendo a España en el octavo país del mundo en disponer de una ley de regulación de eutanasia, que pretende dar respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida en la sociedad actual, reconociendo el derecho de toda persona, conforme al escrupuloso cumplimiento del principio de autonomía del paciente, a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir (7, 18, 56).

3.3. Ley Orgánica de regulación de eutanasia en España. Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de las Islas Baleares (7, 32):

La ley de la eutanasia pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia.

3.3.1. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir (7):

Artículo 5. LORE. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir:

5.1: Será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

- a) Tener nacionalidad española o residencia legal en España superior a 12 meses.
- b) Disponer por escrito de la información sobre su proceso médico, alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos, quince días naturales entre ambas.
- d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento crónico e incapacitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.
- e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación. Se incorporará a la historia clínica del paciente.

5.2: No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.

3.3.2. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir (7):

Artículo 6. LORE. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir:

6.1: La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita.

En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

6.2: El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

6.3: El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

6.4: En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

3.3.3. Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir:

Artículo 13. LORE. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir:

13.1.: La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.

13.2: Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley.

No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

Artículo 14. LORE. Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud: La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio.

3.3.4. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios (7, 32):

Artículo 16. LORE. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios:

Mediante la objeción de conciencia se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda médica para morir.

16.1: La objeción de conciencia es un derecho y una decisión individual de los profesionales sanitarios implicados en la prestación de ayuda para morir.

Pueden ejercerla, si consideran la eutanasia contraria a sus convicciones morales o religiosas, siempre que el acceso y la calidad asistencial de la prestación de eutanasia no resulten menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria.

Pueden rechazar participar en la totalidad del proceso de eutanasia o exclusivamente en una parte (concretamente a todo el proceso; o a parte del proceso: la administración directa de los fármacos y/o acompañamiento durante el proceso de eutanasia), pero si se trata del médico responsable del proceso, independientemente de su objeción debe asistir al paciente hasta el momento del fallecimiento, junto con los profesionales sanitarios que le administrarán los fármacos. Está excluida la posibilidad de declarar objeción de conciencia en relación con las

acciones enmarcadas en los cuidados paliativos, sobre la que existen obligaciones deontológicas.

Debe manifestarse anticipadamente y por escrito a su coordinadora del equipo o jefe de servicio con antelación suficiente para garantizar el derecho del paciente a recibir la prestación. Además, si el médico objetor recibe una primera solicitud de prestación de uno de sus pacientes, tiene que informarle de que es objetor de conciencia y sobre el circuito que debe seguir para escoger otro médico responsable para poder ejercer su derecho a la prestación de ayuda para morir.

16.2: Las administraciones sanitarias cuentan con registros de profesionales sanitarios objetores, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de esta y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

En España, como hemos comentado anteriormente la eutanasia ha sido regulada, por lo tanto, el personal sanitario puede acogerse a la objeción de conciencia, tal y como existe para otros procedimientos. La objeción de conciencia está protegida por El Tribunal Constitucional, sentencia del 27 de octubre del 87, los Códigos Deontológicos de la Enfermería y Medicina Española y está amparado por la Constitución Española. De este modo, se recoge en la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia aprobada en marzo de 2021 (49-51, 57).

Esa inclusión del derecho de objeción de conciencia en la ley coincide con la recomendación de protección que se propone desde el enfoque bioético (19).

3.3.5. Ámbito de aplicación (32):

- Población diana: personas que soliciten la eutanasia y cumplan los requisitos para recibir la prestación.
- Profesionales a quienes va dirigido: Profesionales asistenciales del IB-SALUT y de la red sanitaria pública balear.
- Profesionales sanitarios que intervienen en el procedimiento:

- Médico responsable: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.
- Médico consultor: facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable, que verifica que se cumplan los requisitos legales y que emite un informe escrito para confirmarlo.
- Equipo asistencial: profesionales sanitarios que atienden al solicitante y apoyan al médico responsable.
- Profesionales de la Comisión de Garantía y Evaluación: comisión formada actualmente en la Comunidad Autónoma de Baleares por una enfermera como presidenta de la Comisión, con cuatro médicos y cuatro juristas.
- Profesionales sanitarios (de enfermería o medicina) de referencia: Todos los centros sanitarios deben tener identificado como mínimo a un profesional de referencia para la prestación de la eutanasia, cuya función es proporcionar apoyo técnico y asesoría a los profesionales implicados en la prestación. Cuando el profesional referente sea médico, además podrá asumir el rol de médico responsable si es necesario.
- Profesionales de apoyo (Equipo de Soporte de Eutanasia): profesionales sanitarios con formación en el ámbito de la bioética, de la comunicación y de la atención final de vida. Su función es asesorar, formar y prestar apoyo a todos los profesionales que puedan estar implicados en la prestación de eutanasia.
- Equipo de acompañamiento en el final del proceso: equipo compuesto por el médico responsable y, si se requiere, otros profesionales formados en el manejo de los fármacos específicos para la prestación de eutanasia.

3.3.6. Comisión de Garantía y Evaluación. Creación y composición. Funciones (7, 32):

Artículo 17. LORE. Creación y composición:

17.1: Existirá una Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) en cada una de las Comunidades Autónomas. Tendrán carácter multidisciplinar y contará con un mínimo de siete miembros.

17.2: En el caso de las Comunidades Autónomas, dichas comisiones, que tendrán naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por los respectivos gobiernos autonómicos, quienes determinarán su régimen jurídico.

17.4: Cada CGE tendrá un reglamento de orden interno, elaborado por cada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica.

17.5: Habrá una reunión anual entre el Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 18. LORE. Funciones:

18.a: Resolver las reclamaciones del médico responsable y médico consultor en un máximo de 20 días naturales.

18.b: Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación se ha realizado de acuerdo a los procedimientos previstos en la Ley.

18.c: Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en la Ley.

18.d: Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley.

18.f: Aquellas otras que les atribuyan los gobiernos autonómicos.

3.3.7. Procedimientos de solicitud y de realización la realización de la prestación de ayuda para morir (7,32):

Procedimiento de solicitud, ver *Figura 2*.

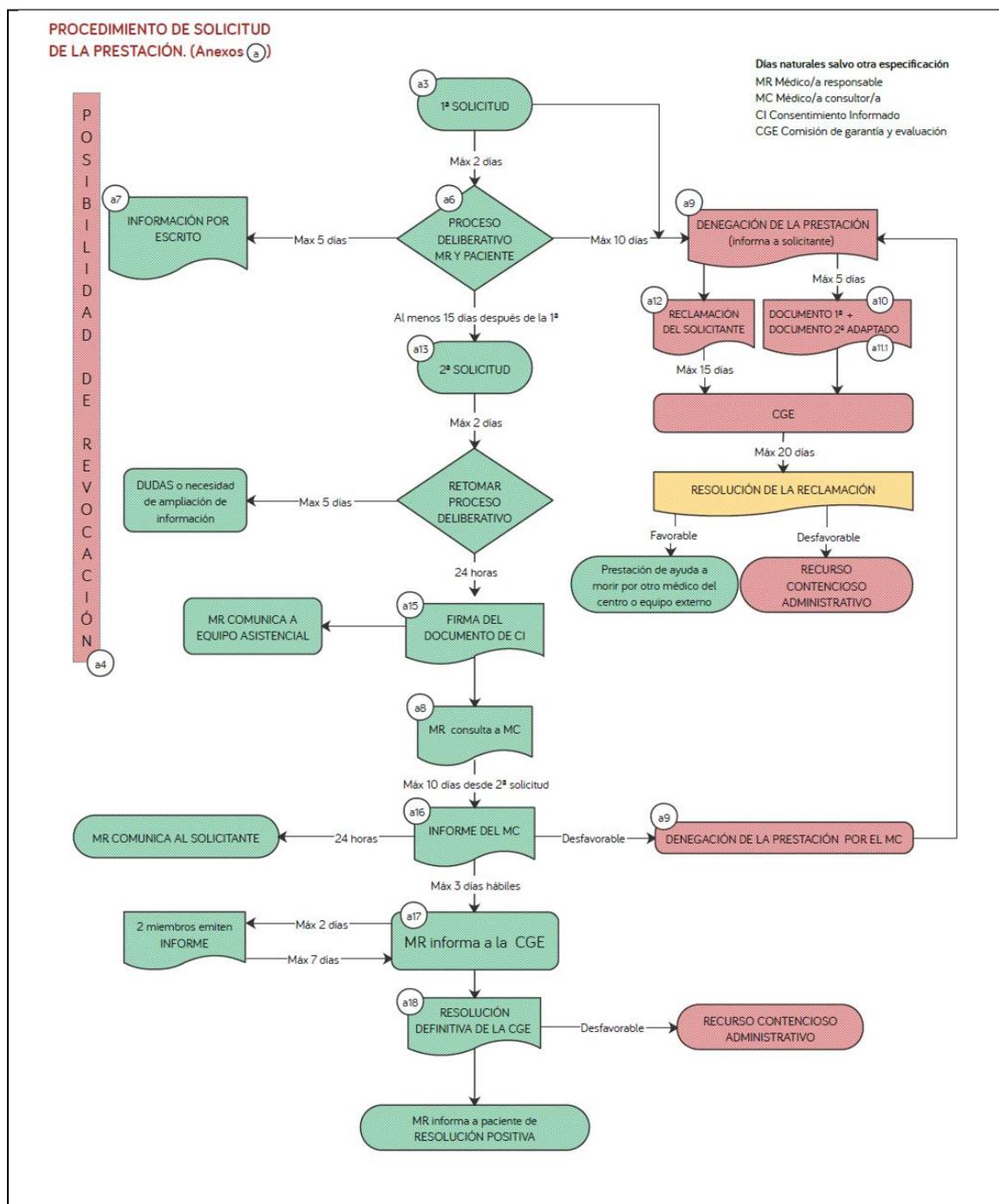


Figura 2. Procedimiento de solicitud de la prestación de eutanasia.

Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de las Islas Baleares.

Esta cuestión debe pasar tanto por el médico responsable como por el médico consultor. Si el informe es desfavorable, el paciente puede recurrir a la CGE.

3.3.8: Procedimiento para llevar a cabo la prestación (32):

Si la resolución de la CGE es favorable, el médico responsable ha de notificarla al solicitante en un plazo de 48 horas y ambos tienen que acordar una fecha para llevar a cabo la prestación. Plazo mínimo de siete días naturales para solicitar la mediación a farmacia y máximo de tres meses desde la formalización de la solicitud. También tiene que acordar la modalidad en que el solicitante quiere recibir la prestación de la ayuda para morir, es decir por administración directa de la sustancia a cargo de un profesional sanitario (enfermera o médico) o, tras la prescripción y/o suministro, autoadministrándose. El solicitante ha de decidir el lugar para llevar a cabo el procedimiento.

El solicitante puede aplazar el momento de la prestación, pero si se superase el plazo de tres meses desde la primera solicitud, se consideraría revocación de la misma y sería necesario volver a iniciar todo el proceso.

Para implementar la última fase de la prestación se formarán equipos de acompañamiento en el final del proceso, que estarán compuestos por el médico responsable y profesionales sanitarios del Servicio de Salud con formación en el manejo de los fármacos específicos para prestar la eutanasia.

3.3.9. Modificación del Código Penal (7):

La LORE ha incluido en la disposición final primera una modificación de la ley del Código Penal, que establece que se modifica el apartado 4 y se añade un apartado 5 al artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en los términos siguientes:

Artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal:

143.4: “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2* y 3**”.

*Apartado 2: se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con los actos necesarios al suicidio de una persona. **Apartado 3: Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

143.5: “No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia”.

4. PARADIGMA Y PERSPECTIVA TEÓRICA

Analizar la realidad, implica intervenir sobre ella, para conocerla, estudiarla, y mejorarla, lo que supone planificar determinadas pautas, que se verán reflejadas en forma de estudio o investigación, que tendrán como objetivo la obtención de conocimientos. Un paradigma es un conjunto de creencias y actitudes, una visión del mundo compartida por un grupo de científicos que implica metodologías determinadas. La elección del paradigma en la investigación resulta importante y siempre responde a las necesidades que busque el investigador (58).

En este sentido, cada investigación se rige por unas estrategias, procedimientos y reglas determinadas que se utilizan en función del paradigma en el que se apoye. Para explorar el fenómeno de estudio, este protocolo se encuadra en el paradigma crítico social, debido a que el propósito del estudio es la crítica y la transformación de las estructuras organizativas y sociales que afectan a la implementación del rol de la enfermera en las situaciones de eutanasia activa y SMA.

El origen del paradigma crítico social se genera en Alemania después de la Segunda Guerra Mundial, a partir de la Escuela de Frankfurt. El mencionado paradigma señala que exige del investigador una incesante reflexión-acción-reflexión-acción, el cual implica la responsabilidad del investigador desde la práctica para realizar el cambio y la liberación de todos aquellos actos que forjen la transformación social. Tiene entre sus representantes a Habermas, Adorno y Horkheimer. Los autores de la teoría crítica entienden que los objetos y los observadores se corresponden socialmente y no pueden estar aislados del análisis, interpretación social y cultural al cual pertenecen. Marx influiría en Habermas al plantear que *“la edificación del futuro y su fin perpetuo no es su misión, la relación va más a: la crítica inagotable de todas las condiciones existentes es que no se aminora a sus propios hallazgos, como tampoco teme al conflicto con ningún poder”*. Marx, señala con este tipo de crítica que la humanidad se liberaría de las imposiciones, limitaciones y formas establecidas por la sociedad en función de los grupos de poder, en este caso dentro de la organización sanitaria (59).

El paradigma crítico social, por tanto, se sustenta en la crítica social con tendencia a la autorreflexión y autocrítica, entendiendo que los conocimientos se construyen en base a inquietudes que surgen de las necesidades de determinados grupos sociales, en donde el investigador, a diferencia del paradigma positivista, deja de ser solo un observador para convertirse en un agente de cambio que facilite las transformaciones sociales para transformar la realidad. En consecuencia, el propósito del paradigma sociocrítico es liberar a los sujetos de las limitaciones que puedan tener debido a las imposiciones de los grupos dominantes (59, 60).

El paradigma crítico social tiene como potencial el cambio de la distribución de las relaciones sociales y así dar una respuesta a ciertos problemas generados por estas, iniciando de la acción reflexiva de los participantes de la comunidad, en este caso los profesionales sanitarios, así como la transformación de conocimientos, actitudes y prácticas de salud, como la comunicación y el pensamiento crítico, reorientando la enseñanza, la investigación y asistencia hacia una comprensión global y dialéctica de las situaciones (61).

Para abordar este estudio, se hará más concretamente desde el concepto de las relaciones interprofesionales de Scott Reeves. A partir de los conceptos analizados por la bibliografía y tras revisar diferentes investigaciones sobre la eutanasia y otras sobre las relaciones interprofesionales en el sistema sanitario, se ha decidido optar por el pensamiento de este autor para la construcción del marco teórico, ya que los conceptos desarrollados por Reeves resultan interesantes para analizar las prácticas concretas.

Scott Reeves es un científico social que se ha dedicado a la educación de las profesiones de la salud y a la investigación de los servicios de salud durante más de 20 años. Sus principales intereses se centran en desarrollar conocimientos conceptuales, empíricos y teóricos para informar el diseño y la implementación de actividades colaborativas como la *educación interprofesional, la colaboración, el trabajo en equipo y la seguridad del paciente*.

Según Reeves et al. (4): la educación interprofesional actúa como facilitador o barrera de la educación interprofesional, en todo es una de las claves más importantes para un mayor nivel de calidad en la atención al paciente.

La promoción de la educación interprofesional se basa en la complejidad y la naturaleza multifacética de brindar atención al paciente de manera segura (sin errores). La evidencia científica informa reiteradamente sobre que una atención eficaz e integral requiere una comunicación y colaboración oportunas y bien coordinadas de los profesionales. Sin embargo, una serie de "deficiencias" de colaboración han sido también bien documentadas en la literatura, ya que continúan socavando la prestación de atención a los pacientes. Como resultado, un número creciente de formuladores de políticas han expresado la importancia de expandir la implementación de educación interprofesional en aulas, entornos de simulación y entornos clínicos como un enfoque clave para abordar estos problemas de colaboración interprofesional en curso (62).

Se precisa, por tanto, una nueva tipología de la práctica interprofesional, con un enfoque de contingencia a la hora de pensar en la práctica interprofesional. Tal enfoque, tendría en cuenta los seis elementos que han encontrado que afectan a la colaboración: *identidad de equipo compartida, roles/objetivos claros, interdependencia, integración, responsabilidad compartida y tareas de equipo* (63).

Desde un punto de vista ontológico, el realismo crítico defiende que las estructuras de los grupos sociales, en este caso categorías profesionales, se construyen perpetuándose históricamente por cuestiones sociales, económicas y culturales. La profesionalización de la enfermería y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en la población está modificando lentamente el modelo tradicional de trabajo, eliminando el concepto de jerarquía y adoptando un patrón de trabajo equivalente y multidisciplinar, gracias al poder de autonomía y capacidad de decisión de los propios individuos (64).

Desde una visión epistemológica, puedo llegar a conocer una parte de la realidad a través de las ideologías o experiencias subjetivas de los participantes. Intentando comprender el fenómeno y las relaciones de poder, que dependen del contexto de orden social establecido (64).

Desde el punto de vista metodológico: la investigación se irá construyendo a través de un proceso dialógico entre los investigadores y los participantes. Queriendo dar voz de denuncia ante las situaciones de desigualdad dentro de las organizaciones sanitarias y la percepción de

que generalmente enfermeras y médicos se sitúan en diferentes posiciones de poder, queriendo tomar conciencia de los diferentes discursos que imperan entre los profesionales y valorar otras formas de hacer que transformen aquello naturalizado en la actualidad, para conseguir mejoras que influyan en los profesionales (64).

Finalmente, el punto de vista del investigador será: agente de cambio, para modificar la realidad y potenciar las transformaciones sociales a través de la variación de conocimientos, actitudes y prácticas de salud (64).

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Según Lorenzini (65): la naturaleza de la pregunta de investigación orienta la elección del método. Los investigadores del área de la salud utilizan la metodología cuantitativa para responder y estudiar preguntas de investigación sobre causalidad, generalización y magnitud del efecto. La metodología cualitativa es la elección de los investigadores, que buscan responder preguntas de investigación que exploran como o por qué se produce un fenómeno dado, para desarrollar una teoría o para describir sobre la subjetividad de una experiencia individual. Las investigaciones de métodos mixtos son delineadas considerando los puntos fuertes de cada uno de los enfoques, cuantitativo y cualitativo, por lo tanto, consiste en una innovación metodológica de uso creciente para abordar preguntas contemporáneas en servicios de salud.

En el planteamiento de esta investigación, la pregunta de investigación que da lugar a este proyecto es:

¿Cuáles son las actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería y medicina en cuanto al rol de enfermería en situaciones de eutanasia activa y suicidio médicamente asistido por el equipo sanitario en las instituciones sanitarias del *Servicio de Salud de las Islas Baleares* según el *Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de las Islas Baleares*?

A fin de responder a la pregunta realizada, se ha formulado un objetivo general y seis objetivos específicos con la intención de orientar adecuadamente el estudio.

5.1. Objetivo general

Conocer actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería y medicina en cuanto al rol de enfermería en situaciones de eutanasia activa y suicidio médicamente asistido por el profesional sanitario en el IB-SALUT, según el *Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de las Islas Baleares*.

5.2. Objetivos específicos

1. Analizar la opinión de los profesionales que intervienen en la prestación de eutanasia en cuanto al rol de las enfermeras en el proceso de ayuda a morir.
2. Conocer las barreras detectadas por enfermeras y médicos para poder potenciar la implicación asistencial de la enfermería en el *Protocolo de Implementación de la prestación de eutanasia de las Islas Baleares*.
3. Determinar la satisfacción, motivación, perspectivas y expectativas de enfermeras y médicos con el *Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de las Islas Baleares* desde el inicio del proyecto, hasta la actualidad.
4. Explorar el impacto percibido en el bienestar emocional y ético de los profesionales sobre la eutanasia en los profesionales.
5. Describir según las profesionales estrategias que permitan favorecer el trabajo multidisciplinar y en equipo para garantizar la comunicación.
6. Identificar los factores que se relacionan con la objeción de conciencia en enfermeras y médicos de Baleares.

5.3. Hipótesis

1- Las enfermeras y médicos con más conocimientos sobre el *Protocolo de Implementación de la Prestación de Eutanasia de las Islas Baleares* presentarán menor objeción de conciencia.

2- La formación específica sobre el *Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia en las Islas Baleares* influirá en cuanto a la opinión sobre el rol de enfermería en el proceso de ayuda a morir.

6. METODOLOGÍA

6.1. Enfoque mixto

La elaboración de diseños con metodología mixta va más allá de la suma de lo “cuanti” y lo “cuali”, en el proceso de interfase entre ellos se van subsanando las limitaciones de ambos, al mismo tiempo que se dibuja un panorama más amplio que fortalece la validez de la interpretación de los resultados (1).

6.2 Ámbito del estudio

Profesionales del *Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUT)*, España. El IB-SALUT está adscrito a la Conselleria de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Baleares, es un ente público de carácter autónomo, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, encargado de la gestión de los servicios públicos sanitarios de carácter asistencial de las Islas Baleares. Tiene como misión prestar atención sanitaria a partir de las prioridades de salud de la población de las Islas Baleares, en los ámbitos de atención comunitario y hospitalario y hacer efectivo el catálogo de prestaciones y servicios a disposición de la población con la finalidad de proteger la salud. Entre estas prestaciones se encuentra la eutanasia.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en la Comunidad Autónoma de Baleares viven unas 1.219.404 personas (66).

La organización funcional y territorial del sistema sanitario público de las Islas Baleares, se divide en: 3 áreas de salud (Mallorca, Menorca e -Ibiza y Formentera-), 7 sectores sanitarios (Ponent, Migjorn, Llevant, Tramuntana, Ibiza, Formentera y Menorca) y 61 zonas básicas de salud.

Los órganos responsables de la gestión de la Comunidad Autónoma de las Islas baleares son de asistencia sanitaria primaria y especializada, que son:

1 -**Gerencia asistencia sanitaria primaria** (Atención Primaria):

Mallorca

Sectores sanitarios: Ponent (17 ZBS), Migjorn (14 ZBS), Llevant (10 ZBS) y Tramuntana (7 ZBS).

Ibiza y Formentera

Sectores sanitarios de Ibiza (7 ZBS) y Formentera (1 ZBS)

Menorca

Sector sanitario de Menorca (5 ZBS)

2- Gerencia atención sanitaria especializada (Atención Especializada):

A) Atención hospitalaria de agudos (hospitales de primer nivel, patologías agudas):

Mallorca

Hospital Universitario Son Espases (HUSE)

Hospital Universitario Son Llàtzer (HUSLL)

Hospital de Manacor

Hospital Comarcal de Inca

Ibiza y Formentera

Hospital Can Misses

Hospital de Formentera

Menorca

Hospital Mateu Orfila

B) Atención hospitalaria de atención intermedia (hospitales de segundo nivel, patologías crónicas):

Mallorca

Hospital General (HG)

Hospital Joan March (HJM)

C) Urgencias: SAMU061 es la asistencia sanitaria relativa a urgencias y emergencias extrahospitalarias.

6.3. Diseño cuantitativo

En este estudio, se realizará un diseño cuantitativo mediante un estudio observacional, descriptivo, transversal mediante una encuesta anónima en línea a los enfermeras y médicos colegiados en la Comunidad Autónoma de Las Islas Baleares.

Tras realizar una búsqueda con el fin de localizar algún cuestionario validado que explorase los objetivos del presente estudio, no se encontró ninguno que se centrara en la temática y en los profesionales del estudio, por lo que se elaboró uno de diseño Ad-hoc (*Anexo 2*). El diseño se elaboró en base a la bibliografía encontrada y a un cuestionario no validado realizado por la *Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares*: “*Actitudes de las enfermeras de las Islas Baleares ante la eutanasia*”, que poseía preguntas relacionadas con actitudes de las enfermeras ante la eutanasia sobre diferentes conceptos relacionados con la temática de estudio (43).

Población de estudio

Los participantes del estudio serán todas las enfermeras y los médicos del IB-SALUT colegiados en el *Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares (COIBA)* y en el *Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares (COMIB)*, ya que enfermeras y médicos son los principales involucrados en la toma de decisiones de la prestación de ayuda a morir a nivel asistencial y los médicos en la prescripción de la prestación a nivel administrativo.

En el documento de Estadística de Profesionales Sanitario Colegiados en España de 2020 del INE, se indica que, a nivel de la Comunidad Autónoma de Baleares, el total de enfermeras colegiadas en el COIBA es de 6857, de los cuales, el 18% son hombres, 1214 enfermeros (67). En el caso al colectivo de médicos colegiados, los datos relativos a las estadísticas proporcionadas por el COMIB es que hay un total de 6.097 médicos colegiados, de los cuales un 52% son hombres, concretamente 3.166 (68).

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Profesionales de enfermería o medicina en ejercicio activo profesional en el IB-SALUT de la Comunidad de las Islas Baleares.
- Profesionales con un mínimo de experiencia laboral de un año en el IB-SALUT, puesto que la *LORE* entró en vigor en España el 25 de junio de 2021, para que hayan podido recibir formación sobre el procedimiento y modalidad de la eutanasia, y por lo tanto comprender y evaluar el *Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de las Islas Baleares*.

Exclusión:

- Que no hayan aceptado participar en el estudio de forma voluntaria y no hayan firmado y cumplimentado correctamente el documento de consentimiento informado.

Procedimiento de muestreo y tamaño muestral

Realizaremos un muestreo no probabilístico por conveniencia (69) para poder favorecer que todos los colegiados del COIBA y del COMIB puedan expresar su opinión sobre un tema en el que las enfermeras y los médicos están directamente implicados en el proceso y se pudieran recoger las diferentes ideologías e impresiones presentes en el colectivo sanitario enfermero y médico del IB-SALUT.

Para una población de estudio total de 12.954 sujetos (6857 enfermeras y 6.097 médicos), se calcula el tamaño muestral para un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% y una $p=q=50%$, para lo que se obtiene un tamaño de la muestra de 374 profesionales.

Captación de la muestra

A fin de lograr el mayor alcance de participantes, para comodidad de los participantes y así promover su implicación en el proyecto, se ha diseñado un plan de promoción del estudio vía digital, mediante un correo electrónico invitando a participar de forma voluntaria a todos los colegiados/as oficiales del COIBA y COMIB e informando sobre el objetivo del estudio (*Anexo 1*). Se contactará con los colegiados a través de la base de datos de los colegios oficiales de COIBA y COMIB. Además, se promocionará la participación de los colegiados/as mediante varias publicaciones a través de las diversas redes sociales existentes en los colegios oficiales y se mantendrá un enlace a la encuesta durante el periodo del estudio en las páginas webs principales del COIBA y COMIB.

Se procederá a invitar a la participación a todos los colegiados oficiales del COIBA y COMIB. De forma que, se difundirá la información del estudio a los posibles participantes vía correo electrónico (*Anexo 1*) y se adjuntará el enlace a la encuesta estructurada en línea (*Anexo 2*). Se incentivará la participación en el estudio, mediante el sorteo de un vale por valor de 300 euros como ayuda económica para acudir a jornadas/congresos nacionales o internacionales.

Variables

Variables independientes: Son aquellas variables de atribución representadas en la encuesta en línea. Para este estudio son descritas 10:

1. Género (cualitativa politómica): Masculino, femenino, otros.
2. Edad (cuantitativa continua).
3. Categoría profesional (cualitativa dicotómica): enfermera o médico.
4. Tipo de contrato (cualitativa politómica): eventual, interino, estatutario fijo, otro.
5. Años de experiencia laboral (cuantitativa continua).
6. Ámbito laboral (cualitativa politómica): Atención Primaria, Atención Hospitalaria Aguda, Atención Hospitalaria Atención Intermedia, Recursos específicos en Cuidados Paliativos, Universidad, Gestión, Otros.
7. Religión:
 - a. Nivel de religiosidad (cualitativa politómica): no soy religioso, ligeramente religioso, moderadamente religioso, muy religioso, no lo sé, prefiero no contestar.
 - b. Tipo de religión (cualitativa politómica): cristianismo, islamismo, hinduismo, budismo, judaísmo, otra, sin religión, prefiero no contestar.
8. Formación Específica (cualitativa politómica): bioética, cuidados paliativos, eutanasia.
9. Periodicidad de atención a pacientes con enfermedades graves (cualitativa politómica):
 - a. A personas enfermedad grave, crónica e imposibilitante.
 - b. A personas con enfermedad grave e incurable.
10. Conocimientos sobre el Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia en las Islas Baleares (cualitativa politómica).
 - a. Requisitos para que una persona reciba la eutanasia según el Protocolo.
 - b. Garantía en el acceso a la prestación de la eutanasia.
 - c. Profesional que debe facilitar la información sobre el procedimiento de eutanasia.
 - d. Profesional que según el Protocolo debe informar sobre el proceso de ayuda a morir ante la solicitud de un paciente.
 - e. Profesional que forma parte del equipo de administración de los fármacos.

VARIABLES DEPENDIENTES:

1. Opinión sobre rol de enfermería en el Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia (cualitativa politómica):

El Rol de enfermería durante el proceso de eutanasia.

- a) Considera que la enfermera debería tener mayor participación asistencial en todo el proceso.

2. Objeción de conciencia:

- a) Posibilidad de solicitar la objeción de conciencia (cualitativa politómica):

Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a.

Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a.

No, con toda seguridad.

No lo sé.

Prefiero no contestar.

- b) Acción concreta en la que solicitaría la objeción de conciencia (cualitativa politómica):

A todo el proceso.

A parte del proceso:

Administración directa de los fármacos y/o acompañamiento durante el proceso de eutanasia.

Recogida de datos cuantitativos y procedimiento

La recogida de datos será mediante una encuesta estructurada y autoadministrada en línea para enfermeras y médicos colegiados en el IB-SALUT (*Anexo 3*), la cual se diseñará utilizando la plataforma SurveyMonkey, y será enviada a través del correo electrónico de los colegiados. Esta técnica presenta varias ventajas para este tipo de estudio, pues es un método más económico, fácil y rápido para encuestar un gran número de individuos, es más confortable para el encuestado y además se elimina el sesgo del entrevistador. Posteriormente se enviarán correos electrónicos como recordatorio durante el tiempo que dure la recogida de datos del estudio.

Esta encuesta está constituida en total por 14 preguntas, con una serie de variables basadas en la literatura existente como son: 9 preguntas con variables que representan datos sociodemográfico: género, edad, categoría profesional, tipo de contrato, años de experiencia laboral, ámbito laboral, religiosidad) y 7 preguntas relacionados con: variables sobre formación específica sobre bioética, cuidados paliativos y eutanasia; periodicidad de atención a pacientes graves; conocimientos sobre el Protocolo de Eutanasia en las Islas Baleares, opinión sobre el rol de enfermería en el Protocolo de Eutanasia en las Islas Baleares y objeción de conciencia.

En cuanto a la pregunta número 12 titulada: “Conocimientos sobre el Protocolo de eutanasia en las Islas Baleares”, consta de 5 ítems, y establecen las siguientes opciones de respuesta:

1. Requisitos para que la persona reciba la eutanasia: 4 opciones de respuesta.
2. Garantía en el acceso a la prestación de eutanasia: 4 opciones de respuesta.
3. Profesional que debe facilitar la información: 7 opciones de respuesta.
4. Comisión de Garantía y Evaluación: 5 opciones de respuesta.
5. Profesional encargado de la administración de fármacos: 9 opciones de respuesta.

En esta pregunta estableceremos una *Escala tipo Likert ordinal de 1 al 5*, a la que cada punto se le atribuye un valor cualitativo graduado que determina los “Conocimientos sobre el Protocolo”. La *puntuación obtenida* de esta pregunta ofrece un valor absoluto que ha sido tratado como variable cuantitativa discreta, y se han agrupado en 3 categorías de orden cualitativo según el rango de puntuación obtenido: (*Conocimientos insuficientes sobre la Ley* = [1-2 puntos]; *Conocimientos idóneos sobre la Ley* = [3 puntos]; *Conocimientos competentes sobre la Ley*= [4-5 puntos]).

Análisis de los datos cuantitativos

Tras la recogida de datos, se procedería al análisis de éstos. Se llevará a cabo un análisis descriptivo de las características de la muestra, así como un análisis inferencial de las variables de estudio, estableciéndose el umbral de significación estadística en un valor de $p < 0,05$ y utilizándose el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en su versión 26.0.

Para determinar si las variables se relacionan entre sí, se realizará la prueba del Chi² de Pearson, considerándose como valor estadísticamente significativo: $p \leq 0.05$. Para estudiar el

tamaño del efecto de las relaciones entre variables se utilizará la V de Cramer. Los valores 0.10 se consideran pequeños, 0.30 medianos y 0.50 grandes (70).

6.4. Diseño cualitativo

En cuanto a la parte cualitativa, se plantea un diseño etnometodológico basado en el análisis del discurso (citar). El lenguaje y el análisis del discurso en la etnometodología ocupa un papel fundamental, se fundamenta principalmente en la conversación (71). La etnometodología es una rama de la investigación humana desarrollada en los años cincuenta por Harold Garfinkel. Este diseño trata de describir y comprender las maneras (métodos y prácticas) a través de las cuales los individuos crean y mantienen el orden social en un determinado contexto (72). Así, fundamentalmente mediante el análisis de la conversación, se explora la naturaleza de dicho orden mantenido por sujetos considerados como agentes activos en la construcción de la realidad a la que pertenecen, para en el caso de este estudio conseguir adentrarnos en la complejidad de la experiencia humana, entender las actitudes, conocimientos, opiniones, posibles barreras, satisfacciones, motivaciones, expectativas, impacto y las posibles diferentes estrategias de comunicación y trabajo en equipo de las enfermeras y médicos del área de salud de Mallorca sobre el *Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de las Islas Baleares*, y concretamente, para la exploración en profundidad de la temática sobre la prestación de eutanasia. Todo ello combinado con el análisis crítico del discurso, concretamente basado en el concepto de las relaciones interprofesionales de Scott Reeves.

La etnometodología no usa, por tanto, técnicas naturalistas como la observación ya que, a diferencia de la etnografía, únicamente se interesa por conocer y capturar el significado de los discursos que mantienen los individuos (74). De ahí una gran preferencia por la utilización de la grabadora y del vídeo en las investigaciones etnometodológicas, dado que la información que proporcionan tiene la doble ventaja de: permitir examinar de cerca los pequeños detalles de la conducta, y poder ser fácilmente reproducida (75).

Población de estudio

Como sujetos de estudio, se han escogido a: enfermeras y médicos de las instituciones públicas sanitarias del IB-SALUT; así como enfermeras gestoras de casos, personal de recursos específicos en cuidados paliativos (enfermera y médico), docentes de la Universidad de las Illes Balears (enfermera y médico) y gestores de la sanidad pública (enfermeras y médicos).

Al igual que en la parte cuantitativa, las enfermeras y los médicos, son los principales profesionales involucrados en la toma de decisiones de la prestación de ayuda a morir a nivel asistencial; los médicos, a su vez, lo son en cuanto a la prescripción y firma de la prestación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, la eutanasia. En este apartado del estudio, incluimos dentro de la categoría profesional enfermera, un perfil importantes en la participación en la prestación de eutanasia y por lo tanto interesante para la temática de estudio, como es: la enfermera gestora de casos por su especial vinculación con las personas crónicas, frágiles y dependientes (76); así como personal de recursos específicos en cuidados paliativos por su importante participación en las situaciones final de vida; los docentes universitarios, ya que son los encargados de impartir formación a los presentes y futuros profesionales sanitarios y responsables de la gestión sanitaria por su importante implicación en la planificación, dirección, gestión y evaluación de los servicios de salud. Todos estos profesionales actúan en diferentes gerencias y áreas de salud, algunos ya citados en el apartado del ámbito del estudio. Procedemos a detallar el resto de los recursos:

En cuanto al enfermeras gestoras de casos, según los datos del *Protocolo de La enfermera gestora de casos, garantía de coordinación y de continuidad asistencial* (77): desde el año 2017 en Mallorca, contamos con aproximadamente un total de 25 enfermeras gestoras de casos comunitarias y 11 enfermeras gestoras de casos hospitalarias.

Según el *Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares* (23), en cuanto a los **recursos específicos** identificados que prestan **atención básica de cuidados paliativos** en las Islas Baleares son los siguientes:

3. Equipos de atención primaria
4. Hospitales de agudos.
5. Hospitales de atención intermedia:

Centros de atención intermedia públicos: Hospital Joan March, Hospital General.

Centro de titularidad privada integrado en la Red Hospitalaria Pública de las Islas Baleares: Hospital Sant Joan de Deú Palma.

6. Enfermeras gestoras de casos
7. Residencias geriátricas y centros de día
8. Unidades de estancia Larga o de cuidados especiales (recursos concertados de larga estancia):

Hospital Cruz Roja (Palma)
Hospital Juaneda-Miramar (Palma)
Hospital Son Verí (Llucmajor)
Hospital de Llevant (Porto Cristo)

9. Servicios de urgencias extrahospitalarias

En las Islas Baleares, en el nivel específico de cuidados paliativos, los recursos identificados que prestan atención específica de cuidados paliativos son los siguientes (23):

- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)
- Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarias (UCPH)
- Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP)
- Equipos de Soporte Hospitalario (ESH)

Docentes de la Universidad de las Islas Baleares (UIB), de las facultades de:

Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Facultad de Medicina

Gestores de la sanidad pública:

Gerencia asistencia sanitaria primaria
Gerencia atención sanitaria especializada

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión:

- Ser profesionales de enfermería, enfermeras gestoras de casos, o medicina en ejercicio activo profesional en el IB-SALUT, concretamente en el área de salud de Mallorca.
- Las enfermeras, enfermeras gestoras de casos y médicos deben contar con un mínimo de experiencia de un año en el IB-SALUT, para que hayan podido recibir formación sobre el procedimiento y modalidad de la eutanasia o incluso alguna petición de prestación de ayuda a morir y por lo tanto comprender y evaluar el protocolo.
- Los Gerentes sanitarios, deberán contar con un mínimo de experiencia de 6 meses en el puesto de responsabilidad.
- Profesionales sanitarios que hayan recibido la formación correspondiente del *Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de las Islas Baleares* por ser ellos

referente del Programa o por sus correspondientes referentes sanitarios de los centros asistenciales o institucionales en los que presten servicio.

Criterios de exclusión:

- Profesionales que no hayan aceptado de forma voluntaria participar en el estudio y que no hayan firmado y cumplimentado correctamente el documento de consentimiento informado.

Tamaño muestral:

Atendiendo a los criterios de inclusión sobre los centros de instituciones públicas señaladas, se llevará a cabo un muestreo teórico-intencional (78), la lógica del muestreo intencional aparece cimentada en la selección de casos ricos en información para su estudio en profundidad, utilizada para recopilar una amplia representación de perspectivas, permitiendo la inclusión de participantes con mayor capacidad de narración y comunicación para debatir sobre la pregunta de investigación del estudio y los objetivos de este. A su vez, con esta metodología de muestreo, se consigue una visión completa del fenómeno, al incluir todas las categorías profesionales involucradas en el proceso eutanásico, consiguiendo abordar los diferentes puntos de vista sobre la cuestión. La variación de la muestra se asegurará mediante los criterios de inclusión y exclusión descritos en el apartado anterior, seleccionando a aquellos sujetos que se consideren más apropiados.

Los perfiles de los participantes se diseñaron en función de la categoría profesional, el género y el lugar de trabajo. Atendiendo a la variable categoría profesional, se seleccionará al menos seis participantes para la categoría profesional de enfermeras y seis para la de médicos; y otros seis para el perfil de enfermera gestora de casos comunitaria (dentro de la categoría profesional de enfermería), junto con cuatro profesionales sanitarios de personal de recursos específicos de cuidados paliativos, dos docentes de la UIB y dos Gerentes, o tantos participantes como sean necesarios para conseguir la saturación de los datos. La selección de los participantes se realizará en base a la dotación de recursos humanos de enfermeras y médicos los centros de salud de la Gerencia de Atención Primaria y Gerencia de Atención Especializada del IB-SALUT, siendo la muestra segmentada por la variable género según profesión, teniendo en cuenta los datos según el INE de médicos y enfermeros colegiados en España y Baleares

(descritos en el apartado población de estudio del diseño cuantitativo) y los datos del *Protocolo de La enfermera gestora de casos, garantía de coordinación y de continuidad asistencial* (77). La muestra fue balanceada en proporción al número de profesionales en cada categoría. Concretamente, se seleccionaron participantes de la Gerencia de atención Primaria de Mallorca y en cuanto al nivel de la gerencia de atención sanitaria especializada, en concreto, los centros hospitalarios de primer nivel seleccionados han sido HUSE y HUSLL, centros públicos que, atendiendo a los datos del IB-SALUT corresponden a los sectores sanitarios de mayor envergadura; y como hospitales de segundo nivel a los hospitales de atención intermedia de HG (adscrito a la gerencia de HUSE) y HJM (adscrito a la gerencia de HUSLL) (*ver Tabla 2*):

- Enfermeras:

2 enfermeras de la GAPM

1 enfermera de la gerencia de atención especializada hospital de agudos Ponent: HUSE

1 enfermera de la gerencia de atención especializada hospital de agudos Migjorn: HUSLL

2 enfermeras de la gerencia de atención especializada hospital atención intermedia:

Ponent: HG

Migjorn: HJM.

- Enfermeras gestoras de casos comunitarias:

2 enfermeras gestoras de casos de la GAPM

1 enfermera gestoras de casos de atención especializada hospital de agudos Ponent: HUSE

1 enfermera gestoras de casos de atención especializada hospital de agudos Migjorn: HUSLL

2 enfermeras gestora de casos de hospitalización de atención intermedia:

Ponent: HG

Migjorn: HJM.

- Médicos:

2 médicos de la GAPM

1 médico de la gerencia de atención especializada hospital de agudos Ponent HUSE

1 médico de la gerencia de atención especializada hospital de agudos Migjorn: HUSLL

2 médicos de la gerencia de atención especializada hospital atención intermedia

Ponent: HG

Migjorn: HJM.

-Recursos específicos cuidados paliativos:

ESAD:

1 enfermera

1 médico

UCPH:

1 enfermera de Unidad Cuidados Paliativos Hospital General.

1 médico de Unidad Cuidados Paliativos Hospital General.

-Docentes UIB:

1 docente enfermera de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia

1 docente médico de la Facultad de Medicina

- Gerentes:

1 gerente de la GAPM

1 gerente de HUSE

Tabla 2. Perfil de los participantes diseño cualitativo.

PARTICIPANTES	GAPM	HUSE	HUSLL	HG	HJM	ESAD	UCPH	UIB	Total		
									M	F	T
Enfermeras	2	1	1	1	1				2	4	6
EGC	2	1	1	1	1				2	4	6
Médicos	2	1	1	1	1				3	3	6
Recursos específicos paliativos						2	2		1	3	4
Docentes								2	1	1	2
Gerentes	1	1							1	1	2
Total											26

Abreviaturas: GAPM: Gerencia de Atención Primaria Mallorca; HUSE: Hospital Universitario Son Espases; HUSLL: Hospital Universitario Son Llàtzer; HG: Hospital General; HJM: Hospital Joan March; ESAD: Equipo de Soporte Atención Domiciliaria; UCPH: Unidad Cuidados Paliativos Hospitalaria; UIB: Universidad de las Islas Baleares; M: Masculino; F: Femenino; T: Todos; EGC: Enfermera Gestora Casos.

Captación de la muestra

El reclutamiento formal e informal de participantes se llevará a cabo en los lugares de trabajo. Primeramente, el investigador principal presentará el estudio a los respectivos responsables de la GAPM y los respectivos responsables de los hospitales (HUSE, HUSLL, HG y HJM), recursos específicos de cuidados paliativos y UIB. Estos gestores serán también informados de la necesidad de un colaborador, o informante clave, en cada centro, hospital o institución para facilitar la colaboración. El investigador principal de la investigación acudirá personalmente a los lugares de trabajo con el objetivo de captar participantes que cumplan los criterios de inclusión y aprovechar las instalaciones para dar a conocer el estudio y el propósito de este a los profesionales que cumplan con los criterios de inclusión. A quienes tengan interés en participar, se les enviará un correo electrónico (*Anexo 3*) con la hoja de información detallada sobre el estudio, las cuestiones éticas relacionadas con la confidencialidad y el voluntariado, y los datos de la investigadora principal, invitándoles a colaborar. Para conseguir la mayor variabilidad en los discursos, se intentará conseguir la mayor diversidad y equilibrio de profesionales sanitarios.

Además, en ocasiones, el reclutamiento se realizará mediante la estrategia bola de nieve, de los profesionales sanitarios que han participado en el estudio, se contactará con otros profesionales con discursos a favor y en contra de la prestación de eutanasia.

Recogida de datos cualitativos

- a) Técnica documental: La recogida de datos tendrá lugar mediante una técnica documental como es el diario de campo del investigador principal, el proceso se inicia en el momento del planteamiento del estudio, en el cual el investigador principal reflejará su autorreflexión crítica como investigador, junto a notas teóricas y observacionales que surjan durante el desarrollo de la investigación y todo aquello que considere importante para el estudio. Hacer explícita de forma reflexiva en su diario de campo el proceso de sus adscripciones a discursos sociales dominantes o resistentes sobre el fenómeno de estudio, así como sus posibles cambios al conocerlo con mayor profundidad, puede ayudar a comprender no solo cómo opera socialmente el fenómeno, sino también a conocer las posibilidades de cambio y resistencia que sus resultados pueden tener en el mundo académico, profesional o social.
(2).

- b) Tres técnicas conversacionales como son: los grupos focales, grupo de discusión mixto y las entrevistas individuales. Para los grupos focales y de discusión se contará con un moderador externo debido a la inexperiencia como investigadores cualitativos.

Se llevarán a cabo, como técnicas primarias:

-Tres grupos focales representados en total por 9 participantes, formados cada uno de los grupos focales por tres figuras profesionales diferentes: enfermeras, enfermeras gestoras de casos y médico del IB-SALUT de Mallorca de distintas gerencias y áreas de salud. La selección de participantes será a través de los informantes clave. Mediante los grupos focales por figuras profesionales obtendremos información valiosa que puede diferir de la obtenida en el grupo de discusión mixto, debido al controvertido ámbito de la eutanasia, esperamos obtener percepciones u opiniones sobre el rol de las enfermeras en el protocolo de eutanasia.

- Un grupo de discusión mixto que será representado en total por 9 participantes y estará formado por un total de tres profesionales de cada una de las mismas categorías, que serán las mismas figuras que los grupos focales: enfermeras, enfermeras gestoras de casos y médicos del IB-SALUT de Mallorca de diferentes gerencias y áreas de salud, para explorar las construcciones sociales grupales y el rol de enfermería en el proceso de ayuda a morir en Mallorca.

Las entrevistas con los grupos focales y el grupo de discusión mixta tendrán una duración máxima de 90 minutos y serán orientados por un moderador externo, debido a la inexperiencia del equipo como investigadores cualitativos (*Anexo 5*). Se llevarán a cabo en aulas que garanticen unas condiciones mínimas de intimidad y comodidad, se garantiza además la confidencialidad y el anonimato en la elaboración de los informes. El papel del equipo investigador en el grupo de discusión será el de observadores, tomando notas sobre los aspectos no verbales. La principal ventaja del grupo focal es el uso intencionado de la interacción para generar datos (79). Los grupos serán grabados con grabadora de voz, posteriormente la información será transcrita y luego analizada.

- Como técnica secundaria: se programarán mínimo 6 entrevista personales semiestructuradas hasta conseguir la saturación de los datos. Se realizarán a enfermeras, enfermeras gestoras de

casos, médicos, personal de recursos específicos en cuidados paliativos, docentes de la UIB y gestores de la sanidad pública. El muestreo será de carácter intencional y los sujetos de estudio serán reclutados mediante una estrategia de bola de nieve, serán seleccionados a raíz de los grupos de discusión, aquellos participantes que presenten mayor capacidad crítica y discursiva.

Los guiones de las entrevistas constarán de preguntas exploratorias en función de preguntas que no hayan emergido en los grupos focales y/o de discusión, para cubrir los aspectos considerados relevantes por la literatura y los investigadores, es decir: opiniones, barreras, satisfacción, motivación, perspectivas, expectativas, impacto en el bienestar emocional y ético de los profesionales y estrategias para favorecer el trabajo en equipo y la comunicación de los profesionales que participan en el estudio, lo cual posibilitará la exploración en profundidad de la temática. Todo ello tras asegurar el anonimato y la confidencialidad de los datos y sin restringir la conversación, se irán focalizando los temas, de los generales a los específicos, de forma gradual, intentado crear un ambiente distendido. Al igual que en los grupos focales, la información obtenida en este ambiente privado puede aportar información de sumo interés. La entrevista puede ser flexible, con final abierto a preguntas y la oportunidad de explorar cuestiones que surgen espontáneamente. El investigador puede variar el orden y redacción de las preguntas, dependiendo de la dirección de la entrevista y pudiendo solicitar información adicional (80). Las entrevistas serán realizadas por dos investigadores expertos en los centros correspondientes. Se prestará especial atención en garantizar un ambiente cómodo y seguro, libre de interrupciones, con un promedio de duración de 60 minutos. Las entrevistas serán audio-grabadas con grabadora de voz y transcritas literalmente para su posterior análisis. Se predefinieron previamente normas de transcripción y acuerdos de confidencialidad.

Se seguirá un modelo de recogida de datos convergente paralelo y una vez recogidos, se realizará la integración y la reanálisis de estos.

Análisis de los datos cualitativos

El proceso de análisis se iniciará durante el acceso al campo y tendrán su origen en el diario de campo, los grupos focales, el grupo de discusión mixto y las entrevistas semiestructuradas. Consta de tres fases (74, 80, 81):

1. Fase de preliminar: consiste en buscar temas emergentes mediante la búsqueda bibliográfica, siguiendo ideas, intuiciones, elaborando tipologías, desarrollando conceptos y proposiciones teóricas para desarrollar una lista de ideas. Esta primera fase se dará por finalizada cuando se alcance la saturación de los datos.
2. Fase descriptiva de codificación: se basa en reunir y analizar todos los datos referentes a las ideas, conceptos o temas de la investigación. Se identificarán fragmentos en los textos que permitan visualizar patrones explicativos. Estos fragmentos recibirán el nombre de citas e irán acompañadas de un código que será el elemento más cercano a los datos y que representará la temática de la cita. Con la finalidad de que los códigos empiecen a dar respuesta a los objetivos planteados en este proyecto, éstos serán agrupados en categorías y subcategorías, que agruparán códigos que tengan una significación similar.
3. Fase de interpretativa: interpretar y dar significado a los datos según el contexto en el que fueron recogidos. Se relacionarán los códigos con las categorías y subcategorías entre sí, buscando diferencias y similitudes, distinguiendo si los datos fueron solicitados o no, la influencia que haya podido tener el observador, las fuentes de los datos y la propia autorreflexión crítica de la investigadora principal, poniéndolos en diálogo con los conceptos desarrollados por Scoot Reeves.

Para llevar a cabo el análisis de los datos, se usarán técnicas de razonamiento mixtas: La inducción para sugerir códigos de la información de los participantes (investigación de campo) y deducción para crear códigos, categorías y subcódigos procedentes del marco teórico (80, 82).

Como herramienta para realizar este proceso de análisis cualitativo se utilizará el programa informático ATLAS.ti (74).

Rigor metodológico:

En primer lugar, el ejercicio de reflexividad, de posicionalidad y el marco teórico escogido, atendiendo al enfoque epistemológico y ontológico del mismo, acompañarán todas las fases del proyecto. Además, se analizarán los datos hasta la saturación (83).

Los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo y por ende su rigor metodológico son la dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (84):

1. La dependencia, que es el grado en el que los investigadores recogen datos similares en la investigación de campo y efectúan los mismos análisis, originando resultados equivalentes.
2. La credibilidad, la cual se consigue cuando los investigadores a través de la observación y las conversaciones recogen la información que aportan participantes, aproximándose a lo que ellos verdaderamente piensan. Y se consensua entre los propios investigadores, mediante estrategias de validación, verificación y triangulación de las técnicas empleadas, para asegurar la relevancia, validez y coherencia.
3. Auditabilidad o confirmabilidad, es la capacidad de que otro investigador pueda seguir la pista de lo que ha hecho el investigador principal, se consigue mediante el registro de las ideas del investigador principal en relación con el estudio, para evitar posibles prejuicios. Para ello sería necesario, por ejemplo, una correcta selección de los participantes y la transcripción adecuada los datos.
4. Transferibilidad o aplicabilidad, se refiere a poder extrapolar los resultados a otras poblaciones (validez). Para ello se debe describir con detalle el lugar y las características del estudio y de la muestra, eligiendo previamente una muestra representativa de la población.

6.5. Cronograma:

Este estudio tiene una duración prevista de 14 meses. Se presenta el cronograma del proyecto, ver *Tabla 3*.

Tabla 3. Cronograma del proyecto.

ACTIVIDADES	MESES													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Revisión Bibliográfica	■	■												
Contactos y permisos			■	■										
Recogida de datos					■	■	■	■						
Análisis y Transcripción					■	■	■	■	■					
Análisis					■	■	■	■	■	■	■	■		
Resultados							■	■	■	■	■	■		
Conclusiones											■	■	■	■
Divulgación											■	■	■	■

- Fase I conceptual (2 meses): en esta fase se planteará la pregunta sobre la que se investigará y se buscará bibliografía relacionada que justifique la necesidad de realizar el estudio, también se formularán los objetivos e hipótesis.
- Fase II metodológica (6 meses): fase de captación de la muestra, solicitud de permisos al Comité de Ética de la Investigación de las Islas Balears y planteamiento del diseño del estudio con el que alcanzar los objetivos, responder a la pregunta de investigación y cumplir los principios éticos de toda investigación. Se calculará tamaño muestral y se redactarán las variables independientes y dependientes del estudio, se procederá a la recogida los datos

mediante la encuesta en línea, el diario de campo, los grupos focales, grupo de discusión mixto y entrevistas semiestructuradas.

- Fase III análisis (8 meses): se procederá al análisis de los datos desde el inicio del proceso de recogida de estos, los datos cuantitativos mediante el software SPSS y el de los cualitativos con el programa Atlas.ti.
- Fase IV conclusiones y difusión (4 meses): para finalizar se redactarán y discutirán los resultados y conclusiones. Posteriormente se procederá a la divulgación de estos a: los gestores de la institución mediante un informe final; a los profesionales sanitarios mediante sesiones o talleres en los centros de trabajo; a la comunidad científica en conferencias, seminarios y/o congresos, a través de comunicaciones orales, posters, publicación de artículos en revistas científicas, etc. y para la divulgación de la información que pueda interesar a la población general, utilizaremos medios como notas de prensa o información digital (redes sociales).

7. CONSIDERACIONES FINALES

7.1. Limitaciones e implicaciones

El uso de una encuesta autoadministrada en línea como uno de los métodos de recogida de datos del estudio, puede presentar ciertas limitaciones. En cuanto a la elaboración de las preguntas, al ser simples y cerradas a las opciones de respuesta establecidas, existe la imposibilidad de explicar las preguntas, puede haber problemas en la interpretación de estas o posible confusión terminológica y además no se puede garantizar que el participante responda el solo a las preguntas. Se intentará paliar parcialmente este sesgo mediante el guion de encuesta en línea a enfermeras y médicos (*Anexo 2*), en el cual se hará una descripción de varios conceptos presentes en la encuesta.

Otra posible limitación pudiese ser una baja tasa de respuesta en la recogida de datos mediante la encuesta, puesto que depende de la voluntariedad de los profesionales, para ello se ampliará la muestra mediante el contacto con los participantes a través de la base de datos de los colegios de enfermería y medicina, se promocionará la participación a través de las diversas redes sociales de los colegios oficiales y habrá un incentivo a la respuesta en el correo electrónico de información al participante (*Anexo 1*).

A pesar de contar con un equipo investigador, en cuanto a la parte del estudio de la entrevista semiestructurada, podría existir un sesgo del entrevistador al emplear preguntas o frases que condicionen la respuesta del individuo, por ello, es necesario el proceso de reflexión y posicionalidad (2). Para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno en el que se entrenarán las técnicas de entrevista, donde se trabajará la empatía, escucha activa y la relación de confianza. Para ello, con el desarrollo de las preguntas previas a la entrevista, se busca conseguir que cualquier respuesta sea adecuada y minimizar así ese riesgo de juicio externo.

En cuanto a los entrevistados, al tratarse de un tema que genera tanta controversia, en la parte de la recogida de datos con los grupos focales, grupo de discusión y entrevistas, los entrevistados pueden caer en el sesgo de deseabilidad social y adaptar el discurso al contexto actual, ya que las enfermeras, enfermeras gestoras de casos y médicos podrían orientar sus respuestas para dar una buena imagen de sí mismos al entrevistador o a los propios compañeros, de tal forma que, podrían modificar las respuestas que realmente sienten u opiniones a favor de la que se considera más valorada o correcta.

Otras limitaciones en cuanto a los participantes podrían darse durante el reclutamiento en bola de nieve, para lo cual se valorará la heterogeneidad del grupo para evitar un sesgo del reclutamiento y que, al aportar exclusivamente una visión comunitaria, perdemos la visión global del estudio. Se precisaría una muestra a nivel nacional en estudios futuros.

Según el CEAIB (19): la implementación y formación de la *LORE* en España y a nivel autonómico ha podido verse afectada por la pandemia COVID-19, momento exento de sosiego y posibilidad de reflexión, con una intensa saturación asistencial para los profesionales sanitarios y la población, para a mayores poder llegar a abarcar la gran cantidad de dificultades y dilemas éticos que por sí misma entraña la Ley. Según la encuesta realizada por el Consejo General de Enfermería (85): “*Radiografía de la situación profesional y emocional de la profesión enfermera*” en relación a la pandemia Covid-19, con una muestra de 19.200 profesionales de todas las áreas geográficas de España, tratándose del mayor macro estudio de la historia de la Organización Colegial, ha permitido conocer la sobrecarga asistencial que ha supuesto la pandemia, siendo una puntilla para unas condiciones laborales ya de por sí bastante

precarias, con ratios enfermera/paciente muy por debajo de la media europea. Respecto a la sobrecarga laboral, los resultados reflejan que el 71,2% de las enfermeras aseguró que la pandemia les obligó a trabajar bajo mucha o bastante más presión y el 20% afirmaron que estuvieron absolutamente desbordadas.

En cuanto a las implicaciones, hay que destacar que, al ser una nueva prestación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y ya que el estudio está enfocado principalmente en la perspectiva de los profesionales de la salud involucrados en el proceso eutanásico, el mismo estudio, contribuirá simultáneamente a nivel profesional e institucional a intentar provocar una reflexión crítica de los profesionales sanitarios y gestores para introducir el cambio que se necesita para implementar el desarrollo de la figura de la enfermería durante el procedimiento eutanásico y desarrollar políticas de salud para mejorar la atención al paciente. Debemos desarrollar estudios futuros, de metodología mixta, que se centren en las barreras que existen para adquirir los conocimientos necesarios en torno a la eutanasia, para poder profundizar y dar solución a esos límites, trabajando en la formación de los profesionales y en demostrar que la enfermería tiene altas capacidades para poder aportar una importante visión biopsicosocial al usuario que plantea la prestación y un soporte emocional y profesional a nuestros compañeros médicos, fomentando el diálogo interprofesional abierto y brindando apoyo para las toma de decisiones éticas y desarrollando nuevas competencias para los profesionales presentes y futuros pudiendo abordar, con las mejores garantías posibles, los nuevos retos poblacionales relacionados con el contexto eutanásico, así como para el progreso de la regularización de tales prácticas en muchos países. Al tratarse de una prestación tan reciente, la falta de experiencia de los profesionales requiere de estudios futuros, puesto que las opiniones de los participantes podrían variar en el tiempo, dependiendo de sus experiencias profesionales y la formación específica que hayan recibido. Además, podrían involucrarse en futuras investigaciones al resto de componentes de los equipos sanitarios, como trabajadores sociales y en un breve periodo de tiempo se incorporarán a la GAPM también psicólogos (ya presentes en el recurso ESAD), ya que podrían aportar otras perspectivas importantes para la temática de estudio.

En el contexto educativo y en la práctica clínica, las conclusiones derivadas de este estudio deberían aumentar los conocimientos y habilidades específicas sobre la *LORE* a los actuales y futuros profesionales, así como inquietudes a las instituciones académicas. El equipo

investigador de este estudio aboga por la formación sobre el cuidado y el propio autocuidado tanto previa, como continuada sobre el cuidado y el propio autocuidado para los profesionales que están en contacto directo y constante con las situaciones finales de vida y el sufrimiento. Ayudando a enfermeras y médicos a reconocer sus puntos de vista sobre las normas legales vigentes y las directrices claras sobre su trabajo, así como para discutir los aspectos éticos de la muerte asistida. La perspectiva de enfermería amplía el debate sobre la eutanasia al proporcionarle conocimientos críticos muy necesarios sobre la educación en cuidados paliativos, las habilidades de comunicación, la ubicación de las emociones, la toma de decisiones y las pautas éticas. Además, no incluir en este estudio a los estudiantes de enfermería y medicina, limita conocer cuál podría ser la tendencia en las futuras generaciones de profesionales sanitarios, sería apropiado incluir a estudiantes en próximos estudios.

Otro punto fuerte, sería que a nivel social el estudio puede hacer ser más consciente a la sociedad de los conflictos éticos identificados en la población y las necesidades actuales de la población en la ética del final de la vida.

7.2. Cuestiones éticas

Para garantizar los principios éticos de la parte cualitativa de esta investigación, se realizará una explicación minuciosa previa acerca de las características del proyecto, objetivos y alcances del proyecto y metodología mediante una hoja de información (*Anexo 3*), de la cual recibirán una copia. Los participantes deberán firmar el consentimiento informado de forma libre y voluntaria (*Anexo 4*), pudiendo ser revocado en cualquier momento. Se velará por garantizar la seguridad y mantener la intimidad y confidencialidad de la información personal de los participantes de la investigación según la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de 1999, de Protección de Datos de Carácter Personal*, destinada solo a fines científicos. Se garantizará el anonimato y confidencialidad de los datos, los cuales serán de uso exclusivo de la investigación.

El estudio se diseñó de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki y se solicitará aprobación por la Dirección de Enfermería y el Comité de Investigación de cada una de las gerencias incluidas (Gerencias de asistencia sanitaria primaria y gerencias de atención sanitaria especializada). Además, se solicitará la evaluación por el *Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares* (IB 4026/19 PI, diciembre 2019).

Sus autores no reportarán conflicto de intereses.

7.3. Transferencia y difusión

Los resultados del presente estudio serán de gran interés para el debate constante sobre la eutanasia, así como para el progreso de la participación de la enfermería, su visibilidad y regularización en muchos otros países.

Con la estrategia de difusión del resultado del proyecto se espera llegar a cuatro tipos de audiencias diferentes:

La primera audiencia de interés serán los profesionales sanitarios de la institución, es decir del IB-SALUT, presentaremos los resultados del estudio mediante la redacción de un informe final. Mostraremos las conclusiones mediante sesiones informativas o talleres en los centros sanitarios.

En cuanto a la audiencia de la comunidad científica, se expondrán los resultados del estudio en reuniones científicas como: conferencias, seminarios, jornadas y/o congresos; a través de comunicaciones orales, posters y publicación de artículos de divulgación científica en revistas científicas revisadas por pares, etc.

Por último, se hará difusión en las instituciones y organismos pertinentes, a través de los responsables de las gerencias de asistencia sanitaria primaria y especializada y de la Universidad de las Illes Balears, para dar a conocer los resultados e impulsar un cambio, si fuese preciso.

8. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- 1- Hamui Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. Investigación educ. médica [Internet]. 2013;2(8):211-16. [citado 22 abril 2022] DOI: [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72714-5](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72714-5)
- 2- Bover A. Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. Enferm Clín. [Internet]. 2013;23(1):33-37. [citado 23 abril 2022]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.007>

3- Bethea DP, Holland CA Jr, Reddick BK. Storming the gates of interprofessional collaboration. *Nursing Management*. 2014;45(9):40–45.

DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000453272.11253.01>

4- Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Systematic Reviews* [Internet]. 2017;6(6):CD000072. DOI:10.1002/14651858.CD000072.pub3.

5- Busquets Surribas M. La relevancia ética del cuidado enfermero en la eutanasia y suicidio asistido. *Enferm Clín*. [Internet]. 2021;31(5): 266-267. DOI: 10.1016/j.enfcli.2021.08.001.

6- Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clín*. 2014;24(1):79–89.

7- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, número 72, (25 de marzo de 2021). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628

8- Berghs M, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. *J Med Ethics*. 2005;31(8):441-446. DOI:10.1136/jme.2004.009092.

9- Crusat Abelló E, Fernández Ortega P. Nurses knowledge and attitudes about euthanasia at national and international level: A review of the literatura. *Conocimientos y actitudes de las enfermeras en torno a la eutanasia a nivel internacional y nacional: revisión de la literatura* *Enferm Clín*. (Engl Ed). 2021;31(5):268-282. DOI:10.1016/j.enfcle.2021.01.005.

10- Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Med Clín (English Edition)*. 2018;151(5),171-190. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2018.05.043>

- 11 -Enfermedades no transmisibles [Internet]. Organización Mundial de la Salud . 2021 [citado 25 abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable->
- 12- Cidoncha Moreno MA. Enfermería, cronicidad e investigación en Osakidetza. Nure investig. 2014; (68).
- 13- García Viniegras CRV, Rodríguez López G. Calidad de vida en enfermos crónicos. Rev haban cienc méd [Internet]. 2007;6(4) [citado 28 abril 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002&lng=es.
- 14- Busquets Alibés E. La ética en la cronicidad. Bioética & debat. 2014;20(71):2.
- 15- Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enferm Clin. 2014;24(1):23–34.
- 16- Suicidio [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 30 abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- 17- Báez Rodríguez AM, Ayala Quiñones A, Ortega Pedro M. Gómez Perdomo J. (2012). Panorama Cuba y salud, 7(3), 20-27. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2012/pcs123d.pdf>
- 18- Rodríguez Calvo MS, Soto JL, Martínez_Silva IM, Vázquez Portomeñe, Muñoz Barús JI. Attitudes towards physician-assisted suicide and euthanasia in Spanish university students. Rev Bioét. [Internet]. 2019;27(3):490-499 [citado 30 abril 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273333>
- 19- Comité de Ética Asistencial de las Islas Baleares. Informe sobre los aspectos éticos que deben estar incluidos en la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. [Citado 18 mayo 2022]. Disponible en: http://www.caib.es/sites/planificaciosanitaria/ca/informes_etica_asistencial_ib/archivopub.d_o?ctrl=MCRST2245ZI356032&id=356032

- 20- Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición cuidados paliativos [Internet]. OMS; 2021 [citado 11 Abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>
- 21- Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. Aten Primaria. 2003;32:1–8. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)78848-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)78848-9)
- 22- De Miguel Sánchez C, López Romero A. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregon y Australia (I). Revista Med Paliat. 2006;13(4):207-15.
- 23- Servicio de Salud de las Islas Baleares. Programa de Cuidados Paliativos de Las Islas Baleares 2019-2023. Palma, 2019.
- 24- Pérez AV, Pinzón Flórez C, Sierra Matamoros FA, Fuentes Pachón JC, Castillo Cañón C, Avellaneda P. et al. Guía de práctica clínica para la atención de paciente en Cuidado paliativo. Sistema general de seguridad social en salud. 2016: 215-221.
- 25- Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC). Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Cuadernos de Bioética [Internet]. 2021;22(3):605-612. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87522184009>
- 26- Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. (BOE núm. 81, de 5 de abril de 2006, pp. 13198-200).
- 27- Cabeza de Vaca Pedrosa MJ, Vizcaya Rojas MA, Novalbos Ruíz JP. Contenido de las declaraciones de las voluntades vitales anticipadas en el hospital universitario Puerta del Mar de Cádiz y conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios de los servicios implicados en el final de la vida. [Tesis Doctoral en Internet]. Cádiz: Universidad de Cádiz; Junio 2017 [citado 29 abril 2022]. Disponible en: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/20236/DEFINITIVA%20TESIS%20%20%20MJ%20CABEZA%20DE%20VACA%20PEDROSA.pdf?sequence=1>

- 28- Bedrikow R. La eutanasia desde la perspectiva de la bioética y la clínica ampliada. *Rev. Bioét.* 2020;28(3):449-54. DOI: 10.1590/1983-80422020283406.
- 29- Azulay Tapiero A.. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?. *An. Med. Interna (Madrid)* [Internet]. 2001 diciembre;18(12):650-654 [citado 30 abril 2022]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009&lng=es.
- 30- Gómez Vírseda C, de Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. *BMC Med Ethics.* 2020;21(1):50. DOI:10.1186/s12910-020-00495-1.
- 31- Busquets Surribas M. El lugar de la eutanasia en una atención ética y de calidad. *Revista de la asociación Derecho a Morir Dignamente.* 2018;78:27-32.
- 32- Consejería de Salud y Consumo. Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia de las Islas Baleares. Palma, 2021.
- 33- Velasco Bernal C, Trejo-Gabriel-Galan JM. Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos [Euthanasia laws in Spain and in the world: Medical aspects]. *Aten Primaria.* 2022;54(1):102170. DOI:10.1016/j.aprim.2021.102170.
- 34- Cayetano Penman J, Malik G, Whittall D. ‘Nurses’ Perceptions and Attitudes About Euthanasia: A Scoping Review.’. *J Holist Nurs.* 2021;39(1):66-84. DOI:10.1177/0898010120923419.
- 35- Emanuel EJ, Onwuteaka Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA.* 2016.5;316(1):79-90. DOI: 10.1001/jama.2016.8499.
- 36- Francke AL, Albers G, Bilsen J, de Veer AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision

making and the performance of euthanasia. *Patient Educ Couns.* 2016;99(5):783-9. DOI: 10.1016/j.pec.2015.11.008.

37- Van Bruchem-van de Scheur GG, Van der Arend AJ, Spreuwenberg C, Abu-Saad HH, ter Meulen RH. Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurse. *J Adv Nurs.* 2007;58(1):44–52. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04224.x>

38- De Hert M, Van Bos L, Sweers K, Wampers M, De Lepeleire J, Correll CU. Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering(UMS). *PLoS One.* 2015 Dec 23;10(12):e0144749. DOI: 10.1371/journal.pone.0144749.

39- Lavoie M, Godin G, Vézina Im LA. et al. Psychosocial determinants of physicians' intention to practice euthanasia in palliative care. *BMC Med Ethics.* 2015;16:6. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6939-16-6>.

40- Lavoie, M. et al. Psychosocial determinants of nurses' intention to practise euthanasia in palliative care, *Nursing Ethics.* SAGE Publications Ltd. 2016;23(1),48–60. DOI: 10.1177/0969733014557117.

41- Freeman LA, Pfaff KA, Kopchek L, Liebman J. Investigating palliative care nurse attitudes towards medical assistance in dying: An exploratory cross-sectional study. *J Adv Nurs.* 2020;76(2):535-545. DOI: 10.1111/jan.14252.

42- Wilson DM, Triscott J, Cohen J, MacLeod R. Educational needs of healthcare professionals and members of the general public in Alberta Canada, 2 years after the implementation of medical assistance in dying. *Health & social care in the community,* 2019;27(5):1295–1302. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12766>

43- Actitudes de las enfermeras de las Islas Baleares ante la eutanasia [Internet]. Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares. 2021 [citado 20 mayo de 2022]. Disponible en:

<https://infermeriabalear.com/es/2022/03/24/mayoria-enfermeras-encuesta-defiende-eleccion-morir/>

44- Terkamo Moisio A, Kvist T, Kangasniemi M, Laitila T, Ryyänen OP, Pietilä AM. Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines. *Nursing ethics*, 2017;24(1),70–86. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733016643861>.

45- Elmore J, Wright DK, Paradis M. Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics*. 1 de diciembre de 2018;25(8):955-72.

46- Cvik Cruz JA, Andrade X (dir). Necesidad de tipificar la eutanasia o muerte asistida como un justificante, en el Código Orgánico Integral Penal. [Tesis de grado para la obtención de título de Abogado en Internet]. [Ecuador]: Universidad San Francisco de Quito; 2015 [citado 20 abr 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/2WkO2nN>

47- Dierckx de Casterlé B, Denier Y, De Bal N, Gastmans C. Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium. *J Adv Nurs* [Internet]. noviembre de 2010 [citado 27 de abril de 2022];66(11):2410-2.

48- Demedts D, Roelands M, Libbrecht J, Bilsen J. The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018;25(7):400-10. DOI:10.1111/jpm.12475.

49- Pesut B, Thorne S, Stager ML, Schiller CJ, Penney C, Hoffman C, et al. Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. *Policy, Polit Nurs Pract*. 1 de agosto de 2019;20(3):113-30.

50- Suva G, Penney T, McPherson CJ. Medical Assistance in Dying: A Scoping Review to Inform Nurses' Practice. *J Hosp Palliat Nurs*. 1 de febrero de 2019 ;21(1):46-53.

51- Simón Lorda P. Muerte digna en España. *Revista DS Derecho y Salud*. 2008;16(2), 75-94. Disponible en: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/simonp_muerte_digna_en_espana_ds_2008.pdf

- 52- Constitución Española. (1978). Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- 53- Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid, 1989.
- 54- Código Deontológico de la Organización Médica Colegial de España. Madrid, 1978.
- 55- Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia. Nº 122/000060. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. Nº 77-1 (30-1-2017).
- 56- Arimany Manso J, Martín Fumadó C. Aspectos médico-legales de la ley de regulación de eutanasia en España. Revista Española de Medicina Legal. 2021;47(3): 89-91. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2021.04.002>
- 57- Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987, de 27 de octubre. Boletín Oficial del Estado núm. 271, de 12 de noviembre de 1987.
- 58- Melore Aguilar N. El paradigma crítico y los aportes de la investigación acción participativa en la transformación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales. Cuestiones Pedagógicas. 2012;21:339-355.
- 59- Loza Ticona RM, Mamani Condori JL, Mariaca Mamani JS, Yanqui Santos FE. Paradigma sociocrítico en investigación. Psiquemag [Internet]. 2020;9(2):30-9 [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/216>
- 60- Maldonado JE. Metodología de la investigación social: Paradigmas: Cuantitativo, sociocrítico, cualitativo, complementario. Ediciones de la U; 2018.
- 61- Cuahonte Badillo LC, Hernández Romero G. Una interpretación socio-crítica del enfoque educativo basado en competencias. Perspectivas docentes. 2015;57:26-34.

62- Sundberg K, Reeves S, Josephson A, Nordquist J. Framing IPE. Exploring meanings of interprofessional education within an academic health professions institution. *Journal of Interprofessional Care*. 2019;33:1-8. DOI: 10.1080/13561820.2019.1586658.

63- Scott Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice, *Journal of Interprofessional Care*. 2018;32(1):1-3. DOI: 10.1080/13561820.2017.1400150.

64- Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. En: Denzin NK, Lincoln YS (eds). *Handbook of qualitative research* (2a edición). Thousand Oaks: Sage; 2000. p.163-188.

65- Lorenzini Elisiane. Investigación de métodos mixtos en las ciencias de la salud. *Rev Cuid* [Internet]. 2017 Dic;8(2):1549-1560 [citado 3 Junio 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000201549&lng=en.

66- Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=31304>

67- Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=49015&L=0>

68- Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=49010&L=0>

69- Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.* [Internet]. 2017 Mar;35(1): 227-232 [citado 15 mayo 2022]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=es.

- 70- Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed). Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates. 1988.
- 71- Pogranyivá AH, Matanza CN. Introducción a la investigación sociosanitaria: diseño de estudios cualitativos características generales y conceptos básicos de la investigación cualitativa (1.ª parte). Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología. 2016(67):50-7.
- 72- Rawls AW. Harold Garfinkel, Ethnomethodology and Workplace Studies. Organ Stud. 2008;29(5):701–32.
- 73- Firth A. Ethnomethodology. In: Handbook of Pragmatics. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 1995. p. 269–78.
- 74- Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar CG. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. Ediciones. Pamplona; 2012.
- 75- Romero J.J. Etnometodología: una explicación de la construcción social de la realidad. Reyes. 1 de octubre de 1991 (56): 83-114.
- 76- Batres-Sicilia JP, Álvarez-Tello M, Gallardo-Santos P. De la precisión de los cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía. Adm Sanit. 2009;7:313-22.
- 77- Miguélez-Chamorro A, Gomila-Mas M, Villafáfila-Gomila CJ, Albertí-Homar F, Román-Medina I, Sansó-Martínez N, et al. La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial [Internet]. Consellería Salut Servei Salut Illes Balears. 2017. p. 1-55. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1052/enfermera-gestora-casos-es.pdf>
- 78- Coyne I. Muestreo en investigación cualitativa. Muestreo intencionado y teórico: ¿Fusión o límites claros?. J Adv Enfermeras. 1997;26:623-60.

79- Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. Enfermería clínica. 2003 Jan 1;13(2):112-7.

80- Berenguera A, Fernández de Sanmamed M, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. REcuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol); 2014.

81- Fernández L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? Bitlletí LaRecerca. 2006.

82- Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. BMJ. 2000;320(7227):114-6.

83- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez D, & Saura, S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol). 2014.

84- Salgado Lévano AC, Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit: Revista Peruana de Psicología [Internet]. 2007;13:71-78. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601309>

85- Consejo General de Enfermería. Radiografía de la situación emocional y profesional de la profesión enfermera en España [Internet]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/documentos-de-interes/otros-documentos/send/69-otros-documentos/1635-resumen-ejecutivo-de-la-radiografia-de-la-situacion-emocional-y-profesional-de-la-profesion-enfermera>

ANEXOS

Anexo 1. Correo electrónico invitación participación encuesta en línea

Estimado/a compañero,

Mi nombre es Margarita Gómez Pérez, estudiante del *Máster Universitario de Investigación en Salud y Calidad de Vida de la, Universidad de las Islas Baleares*.

Me pongo en contacto con usted con el cometido de hacerle llegar el estudio de investigación que estamos llevando a cabo a nivel multicéntrico en las Islas Baleares, titulado: *“Actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería y medicina en cuanto al rol de enfermería en situaciones de eutanasia en las Islas Baleares”*, dirigido a enfermeras y médicos en el que se le invita a participar.

Dicho estudio se compone de una encuesta de 10 minutos de duración y se miden diferentes variables sociodemográficas y otras en relación con el proceso de eutanasia. Les pediría un poco de su tiempo para participar en el estudio según su experiencia, será de gran ayuda su opinión y participará en la mejora del rol de enfermería en el proceso de ayuda a morir. Además, podrá tener la oportunidad de participar en un sorteo para conseguir un vale por valor de 300 euros como ayuda económica para acudir a una jornada/congreso nacional o internacional.

Les adjunto el link de la encuesta:

<https://xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx>

Una vez obtenidos los datos y analizados, me pondré en contacto con ustedes para informarles de los resultados obtenidos.

Gracias de antemano.

Un saludo, Margarita Gómez Pérez

Anexo 2. Guion de encuesta en línea a enfermeras y médicos del IB-SALUT

Título del estudio: “*Actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería y medicina en cuanto al rol de enfermería en situaciones de eutanasia las Islas Baleares*”.

Descripción general del estudio

El estudio el que va a participar pretende conocer las actitudes y los conocimientos sobre la Ley Orgánica 3/20221, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, con el objetivo de potenciar la implicación de la enfermería en la prestación de eutanasia y poder aportar nuevas habilidades y conocimientos para los profesionales sanitarios presentes y futuros.

Definiciones aclaratorias para realización de la encuesta en línea:

- Prestación de ayuda para morir: acción derivada de proporcionar los medios necesarioa a una persona que cumple los requisitos previstos por la Ley y que ha manifestado el deseo de morir. Puede llevarse a cabo en dos modalidades:
 - La administración directa al paciente por el profesional sanitario competente.
 - La prescripción o el suministro al paciente a cargo del profesional sanitario de una sustancia, de manera que se la pueda administrar él mismo para causarle la muerte.
- Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente del participante, manifiesta en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que se lleve a cabo la prestación de ayuda para morir.
- Enfermedad grave, crónica e imposibilitante: limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de modo que no le permiten valerse por sí mismo y también sobre la capacidad de expresión y relación y que lleve asociado un sufrimiento físico y/o psíquico constante e intolerable.
- Enfermedad grave e incurable: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos y/o psíquicos constante e insoportable sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con pronóstico de vida limitado y en un contexto de fragilidad progresiva.
- Cuidados paliativos: abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias frente a los problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a la enfermedad en riesgo de muerte, al prevenir y aliviar el sufrimiento, mediante la

identificación precoz, la evaluación y el tratamiento impecables de dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

- Comisión de Garantía y Evaluación: órgano de naturaleza administrativa que regula el procedimiento de eutanasia, garantizando la seguridad clínica y jurídica de la ley de eutanasia, el cual tiene la decisión final sobre la prestación.
- Objeción de conciencia sanitaria: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en la ley de la eutanasia que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

Marque con una (X) la opción que corresponda:

1. **Género:** Masculino ___ Femenino___ Otro___

2. **Edad:** ___ años

3. **Categoría profesional:**

Enfermera___ Médico___

4. **Tipo de contrato:**

Eventual___ Interino___ Estatutario fijo___ Otro___

5. **Años de experiencia laboral:** ____

6. **Ámbito laboral:**

Atención Primaria (AP) ___

Atención Hospitalaria Aguda (AHA) ___

Atención Hospitalaria Atención Intermedia (AHAI) ___

Recursos específicos en Cuidados Paliativos:

ESAD___

Unidad Cuidados Paliativos Hospitalaria___

Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP)___

Equipos de soporte hospitalario (ESH)___

Universidad (marque una o las dos opciones):

Docencia ___ / Investigación___

Gestión ___

Otros ___

7. Religión:

¿A qué nivel se considera una persona religiosa?:

No soy religioso___

Ligeramente religioso___

Moderadamente religioso___

Muy religioso___

No lo sé___

Prefiero no contestar___

¿Cuál es su religión?:

Cristianismo___ Islamismo___ Hinduismo___ Budismo___ Judaísmo___ Otra___ Sin
religión___ Prefiero no contestar___

8. Formación Bioética:

¿Considera que ha recibido formación suficiente sobre bioética durante o en el post grado/diplomatura/licenciatura? Si___ No___

¿Cree que es importante para afrontar posibles conflictos morales durante la práctica profesional? Si___ No___

¿Desearía recibir más formación para ampliar sus conocimientos sobre bioética por parte de su institución? Si___ No___

9. Formación Cuidados Paliativos:

¿Considera que ha recibido formación suficiente sobre cuidados paliativos durante o en el post grado/diplomatura/licenciatura? Si___No___

¿Desearía recibir más formación para ampliar sus conocimientos sobre cuidados paliativos por parte de su institución? Si__No__

10. Formación Eutanasia:

¿Considera que ha recibido formación suficiente sobre eutanasia durante o en el post grado/diplomatura/licenciatura? Si__No__

¿Considera que ha recibido formación suficiente sobre eutanasia durante su actividad laboral? Si__No__

¿Participaría en un programa formativo específico por parte de su institución para ampliar conocimientos sobre la prestación de ayuda a morir? Si__ No__

¿En qué aspectos de la eutanasia estaría interesado en recibir formación?

Aspectos relacionados con el contenido y desarrollo de la ley__

Habilidades de acompañamiento emocional durante el proceso al paciente y familia__

Aspectos éticos__

No estoy interesado__

¿Interés en leer el texto de la Ley Orgánica 3/2021 Reguladora de la Eutanasia (LORE)?

Si, lo he leído__

No, pero tengo interés en leerlo__

No, y no tengo interés en leerlo__

11. Periodicidad de atención a pacientes con enfermedades graves:

¿Con qué frecuencia asiste a personas con una enfermedad grave, crónica e incapacitante?

Diariamente__ Semanalmente__ Mensualmente__ Semestralmente__ Anualmente__

Nunca__

¿Con qué frecuencia asiste a personas con una enfermedad grave e incurable?

Diariamente__ Semanalmente__ Mensualmente__ Semestralmente__ Anualmente__
Nunca__

12. Conocimientos sobre el Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia en las Islas Baleares:

¿Cuáles cree que es uno de los requisitos para que una persona reciba la eutanasia según el Protocolo?

Tener la nacionalidad española y ser mayor de edad__

Dar su autorización exclusivamente verbal__

Haber formulado una única solicitud de manera voluntaria, consciente e informada__

Pacientes que no se encuentren en pleno uso de sus facultades__

Señale la correcta en cuanto a la garantía en el acceso a la prestación de la eutanasia:

La prestación de ayuda para morir está incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública__

Se realizará exclusivamente en centros sanitarios públicos, excluyendo centros sanitarios privados__

Podrán intervenir equipos profesionales que incurran en conflictos de intereses__

El solicitante puede aplazar el momento de la prestación (eutanasia) desde la primera solicitud un plazo de 24 meses, en caso de superarlo, se consideraría revocación de la solicitud y habría que iniciar de nuevo el proceso__

¿Quién cree que es el profesional que debe facilitar la información sobre el procedimiento de eutanasia según el Protocolo?

Solamente el médico responsable__

Solamente el médico consultor__

Únicamente el médico de atención primaria__

Únicamente el médico de atención hospitalaria__

Exclusivamente la enfermera de atención primaria__

Exclusivamente la Enfermera gestora de casos__

Conjuntamente el médico, enfermera y/u otros profesionales del equipo asistencial__

¿Señale la pregunta falsa sobre la Comisión de Garantía y Evaluación?

Una de sus funciones es resolver reclamaciones del médico responsable y médico consultor__

Resuelve las dudas que puedan surgir durante la aplicación de la Ley__

Detecta posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones prevista en la ley__

Existirá una única Comisión de Garantía y Evaluación en España__

Tiene un carácter multidisciplinar y está formada con un número mínimo de 7 miembros, entre los que se incluyen enfermeras, médicos, y juristas__

¿Conoce qué profesional/profesionales es/son el/los encargado/s de llevar a cabo la prestación en la modalidad de administración directa de los fármacos letales en la modalidad de eutanasia administrada por el profesional sanitario según el Protocolo?

Médico responsable__

Médico consultor__

Médico de atención primaria__

Medico atención hospitalaria__

Enfermera de atención primaria__

Enfermera de atención hospitalaria__

Enfermera gestora de casos__

Dupla (médico y jurista) de la Comisión de Garantía y Evaluación__

Por el médico responsable y profesionales sanitarios del Servicio de Salud con formación en el manejo de los fármacos específicos para prestar la eutanasia__

13. ¿Cuál considera que es el rol de enfermería en el Protocolo de Implementación de la Prestación de la Eutanasia en las Islas Baleares?

Asesoramiento sobre las posibilidades que tienen las personas dependiendo del marco legal__

Ayudar en la priorización de necesidades del paciente y su registro en la historia clínica del usuario__

Contribuir en la toma de decisiones__

Colaboración en el proceso deliberativo__

Administración de fármacos prescritos por el médico responsable para llevar a cabo la prestación de eutanasia__

Atención posterior a la eutanasia a los familiares del paciente en el duelo__

Todas las anteriores__

¿Considera que la enfermera debería tener mayor participación asistencial en todo el proceso asistencial de la LORE?:

Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a__

Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a__

No, con toda seguridad__

No lo sé__

Prefiero no contestar__

14. Objeción de conciencia:

¿Ha contemplado usted la posibilidad de solicitar la objeción de conciencia?

Si, con total seguridad__

Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a__

Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a__

No, con toda seguridad__

No lo sé__

Prefiero no contestar__

¿En qué acción concreta solicitaría la objeción de conciencia?

A todo el proceso__

A parte del proceso (puede marcar una, las dos o ninguna opción):

Administración directa de los fármacos__

Acompañamiento durante el proceso de eutanasia__

Anexo 3. Hoja de información al participante

Estimado/a compañero,

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que estamos desarrollando titulado: *“Actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería y medicina en cuanto al rol de enfermería en situaciones de eutanasia en las Islas Baleares”*.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda juzgar si quiere participar o no en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa, y en caso de que, tras la información recibida, le surjan dudas, puede contactar con el equipo de investigadores a través del correo electrónico de la investigadora principal y le aclararemos las dudas que le puedan surgir:

Margarita Gómez Pérez

margarita.gomez2@estudiant.uib.cat

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso suponga ninguna consecuencia para usted.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Propósito de la investigación

El estudio en el que va a participar pretende conocer las actitudes y los conocimientos sobre la *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*, con el objetivo de potenciar la implicación de la enfermería en la prestación de eutanasia y poder aportar nuevas habilidades y conocimientos para los profesionales sanitarios presentes y futuros.

Descripción de la investigación

La metodología que se utilizará será un enfoque mixto. Los datos cuantitativos se recopilarán mediante una encuesta anónima en línea a profesionales de enfermería y médicos del *Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUT)*, colegiados en el Colegio Oficial de Enfermería de

las Islas Baleares y en el Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares. Los datos del diseño cualitativos, se obtendrán a través de grupos focales y grupos de discusión mixtos, formados por enfermeras, enfermeras gestoras de casos y médicos del IB-SALUT y en algunos casos, mediante entrevistas personales semiestructuradas a enfermeras y médicos del IB-SALUT en Mallorca.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Formarán parte del procedimiento aquellos profesionales involucrados en la toma de decisiones de la prestación de ayuda a morir (enfermeras y médicos). Podrán participar en esta investigación aquellas profesionales con un mínimo de experiencia de un año en el IB-SALUT y que acepten firmar el consentimiento informado de forma voluntaria (adjuntamos consentimiento).

La recogida de información mediante los grupos focales, grupos de discusión y las entrevistas serán audio-grabados con grabadora de voz y transcritas literalmente posteriormente para su posterior análisis y establecer conclusiones. Se predefinieron previamente normas de transcripción y acuerdos de confidencialidad y anonimato en la elaboración de los informes. Ambos se llevarán a cabo en aulas que garanticen unas condiciones mínimas de intimidad y comodidad. Los grupos focales y de discusión mixto tendrán una duración aproximada de unos 90 minutos, las entrevistas de 60 minutos.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio directo en este estudio, tampoco recibirá ningún beneficio económico, al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

Por otra parte, queremos informarle de que este proyecto cuenta con el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears, así como del Comité de Investigación de cada una de las gerencias incluidas (Gerencias de Atención Primaria y de los hospitales correspondientes).

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de*

Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora principal del estudio.

AGRADECIMIENTO

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar su consulta al equipo investigador en cualquier momento durante su participación en él. Le adjuntamos en el correo electrónico la hoja de consentimiento informado.

Sea cual sea su decisión, el equipo investigador quiere agradecerle su tiempo y atención, usted está contribuyendo al mejor conocimiento y cuidado sobre el contexto eutanásico, lo que en el futuro puede beneficiar a multitud de personas y podría tener un impacto social para mejorar los cuidados en nuestra sociedad.

Quedamos a su disposición ante cualquier duda.

Un cordial saludo,

Margarita Gómez Pérez

Enfermera, estudiante del *Máster Universitario en Investigación en Salud y Calidad de Vida.*

Universidad de las Islas Baleares.

Anexo 4. Documento de consentimiento informado para grupos focales, grupos de discusión mixtos y entrevistas individuales semiestructuradas

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Título del estudio: “*Actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería y medicina en cuanto al rol de enfermería en situaciones de eutanasia en las Islas Baleares*”

Investigador principal: Margarita Gómez Pérez. *Alumna del Máster de Investigación en Salud y Calidad de vida, Universidad de las Islas Baleares.*

Para poder explorar las actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería y medicina respecto al rol de enfermería en situaciones de eutanasia en las instituciones sanitarias del IB-SALUT, realizaremos grupos focales, grupos de discusión y en algunos casos entrevistas semiestructuradas, de no más de 90 minutos en caso de los grupos focales y de discusión, y 60 minutos para las entrevistas. Los datos serán audio-grabados para posteriormente transcribirlos y analizarlos, por ello es necesario el consentimiento de los participantes, manteniéndose en todo momento el anonimato.

Yo (nombre y apellidos)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y sobre las técnicas de recogida de datos
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He podido comunicarme con la investigadora principal, Margarita Gómez Pérez
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta sobre mi trabajo.

Entiendo que si decido retirarme del estudio los resultados tengo derecho a solicitar que todos mis datos e informaciones entregadas sean eliminados

Por consiguiente:

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y la utilización de mis datos en las condiciones que se detallan en la hoja de información.

- Acepto, en función de la metodología, a participar en un grupo focal o de discusión mixto de 90 minutos de duración máximos, en el que un observador tomará notas.
- Acepto, en función de la metodología, a participar en una entrevista individual de una duración aproximada de una hora, audio-grabada y en la que el entrevistador tomará notas.

Firma del participante
principal

Firma de la investigadora

Nombre y DNI:

Nombre y DNI:

Fecha:

Fecha:

Anexo 5. Guion de grupos focales y grupos de discusión mixtos a profesionales sanitarios

1. Introducción: Recepción y saludo a las personas a entrevistar

- Presentación del entrevistador y del observador: quiénes somos y a qué institución pertenecemos.
- Agradecimiento por aceptar la participación en el estudio.
- Justificación y objetivos del estudio y la entrevista: de qué se va a hablar y qué se espera obtener del proyecto.
- Resolver dudas.
- Solicitar permiso para grabar el grupo de discusión y garantizar el compromiso de confidencialidad y anonimato, así como el consentimiento informado y el permiso para publicación de los resultados.
- Presentación de las personas entrevistadas.

2. Debate a fondo: De acuerdo con lo recogido en la revisión de la literatura, se plantearán inicialmente unas preguntas de carácter exploratorio y suficientemente abiertas para favorecer la discusión.

- ¿Algún paciente os ha expresado que deseaba morir? ¿Cuál fue vuestra implicación en el proceso?.
- ¿Y el impacto a emocional?. ¿Hubo algún problema, conflicto ético?. ¿Recordáis algún momento especialmente difícil?.
- ¿La implantación del Protocolo en Baleares como está yendo? ¿Cómo influye en vuestro trabajo?
- ¿Qué problemas veis sobre el rol de enfermería?
- ¿Cómo os ha afectado esto personal y profesionalmente?
- ¿Creéis que hay una buena comunicación entre los diferentes miembros del equipo asistencial durante el proceso?
- ¿Hay algo más que les gustaría comentar?

3. Clausura

- Breve resumen de las aportaciones.
- Ofrecer a los participantes si desean hacer alguna aportación final.
- Informar sobre qué se hará con los resultados.
- Agradecer la participación.