

CONOCIMIENTO DE LA LEY DE EUTANASIA EN PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RUBER JUAN BRAVO



Nombre del alumno: Juan Gallardo Tienza.

Nombre del tutor clínico: Dra.Cristina López de la Torre.

Nombre del tutor metodológico: Ignacio Miguel Pardillo Gil.

Hospital: Hospital Universitario Ruber Juan Bravo.

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	1
ABSTRACT AND KEY WORDS	2
INTRODUCCIÓN	3
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	7
<i>Objetivo principal:</i>	7
<i>Objetivos Secundarios:</i>	7
METODOLOGÍA	8
Diseño del estudio	8
Ámbito y Población de estudio.....	8
<i>Criterios de inclusión</i>	8
<i>Criterios de exclusión</i>	8
<i>Cálculo del tamaño muestral</i>	8
Recogida de datos	9
Variables.....	9
Plan de análisis estadístico	10
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	10
RESULTADOS	11
Características sociodemográficas de los encuestados.....	11
Conocimiento sobre la eutanasia y suicidio asistido de los encuestados	14
Comparación conocimiento de la ley de eutanasia con variables sociodemográficas de los encuestados	28
DISCUSIÓN	31
Vinculación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	32
Implicaciones para la práctica clínica	32
Limitaciones, sesgos del estudio y propuestas para futuras investigaciones.....	34
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	42
ANEXO 1: Resolución positiva CEIm.....	42
ANEXO 2: Cuestionario.....	43
ANEXO 3: Variables	53

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: La eutanasia en España se ha convertido en una práctica a la que recurren numerosos enfermos tras la regulación y legalización de ésta en nuestro país. Existe un amplio desconocimiento teórico y práctico en lo relativo a las habilidades del abordaje de la eutanasia, y en general con la labor asistencial en la rama del cuidado al final de la vida. Médicos, enfermeras y sanitarios en general, se encuentran a diario con el problema de tener que informar o incluso realizar la práctica del suicidio asistido a pacientes que lo solicitan, intentando lidiar con el desconocimiento de cómo proceder en cada situación y sintiéndose en diversas ocasiones inseguros ante la falta de formación. El principal objetivo de este estudio es describir el porcentaje del grado de conocimiento de médicos y enfermeras del Hospital Universitario Ruber de Juan Bravo (HURJB) sobre la Ley Orgánica 3/2021 (LORE).

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo mediante una encuesta anónima de 33 preguntas diseñada para evaluar los conocimientos, formación y opiniones de los sanitarios sobre la nueva ley de eutanasia y el suicidio asistido en España.

Se obtuvo como resultado que el 51'3% de los sanitarios refería ser conocedor de la LORE pero el 94'9% de participantes no recibió formación sobre la LORE en su centro de trabajo. Aunque muchos sanitarios consideran necesaria la legislación de la eutanasia y suicidio asistido en España, priorizan la sedación paliativa y los cuidados paliativos como opciones más éticas y humanas para abordar el sufrimiento terminal.

Palabras clave: Eutanasia, Suicidio asistido, LORE.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Introduction: Euthanasia in Spain has become a practice sought by numerous patients following its regulation and legalization in the country. There is significant theoretical and practical knowledge gap regarding the skills needed to address euthanasia and, more broadly, in the provision of end-of-life care. Doctors, nurses, and healthcare professionals frequently face the challenge of informing patients or even performing assisted suicide procedures for those who request it, often struggling with uncertainty about how to proceed in each case and feeling insecure due to a lack of proper training. The primary objective of this study is to describe the level of knowledge among doctors and nurses at the Ruber Juan Bravo University Hospital (HURJB) regarding Organic Law 3/2021 (LORE).

Methodology: an observational, descriptive, cross-sectional and prospective study was carried out using an anonymous survey of 33 questions designed to evaluate the knowledge, training and opinions of healthcare professionals about the new euthanasia law and assisted suicide in Spain.

Results showed that while 51.3% of participants were aware of LORE, 94.9% had not received workplace training on it. Many professionals viewed euthanasia legislation as necessary but prioritized palliative care and sedation as more ethical and humane options for addressing terminal suffering.

Keywords: Euthanasia, Assisted Suicide, LORE.

INTRODUCCIÓN

A partir de la promulgación de la Ley Orgánica 3/2021, que regula la Eutanasia y el Suicidio Asistido en España (1), ha aumentado el interés de muchos pacientes por recurrir a esta vía; pero, verdaderamente se desconoce si los pacientes son conscientes de lo que significa esta vía de "tratamiento" ante el sufrimiento o desean recurrir a ella únicamente ante el desconocimiento de otras posibles terapias existentes. Llegado a tal extremo, lo que realmente el paciente necesita es dar respuesta a sus necesidades físicas, psíquicas, familiares y sociales e incluso espirituales. Cuando el tratamiento curativo llega a su fin, y ya se han agotado todos los medios terapéuticos, comenzarían los cuidados paliativos, facilitando cierto bienestar tanto al paciente como a su entorno familiar e incluso al equipo sanitario (2,3).

Se definen los conceptos de Eutanasia y Suicidio asistido; vocablos aparentemente iguales pero con ciertas connotaciones diferentes. La palabra Eutanasia viene del griego "eu" cuyo significado es bueno y de "thanatos" que significa muerte, por lo que su significado etimológico es "buena muerte". Se trata de una intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura; aunque también definida como muerte sin sufrimiento físico. Con el vocablo Suicidio asistido nos referimos a la situación en la que el sanitario es quien provoca la muerte del enfermo, por petición de éste, facilitando o administrando un fármaco. El fin, en ambos supuestos, es evitar el sufrimiento y el dolor en el paciente; siendo el método el que distingue ambas figuras.

Se ha regulado por vía legislativa la Eutanasia y el Suicidio Asistido; pero, ¿se ha informado y formado al personal sanitario, de los diferentes centros hospitalarios de España, de cómo y cuándo proceder a ofrecer o permitir estas vías terapéuticas? (4). Es esencial formar para informar. El desconocimiento, en el ámbito legal, no exime el cumplimiento de una ley. La formación continua de los profesionales sanitarios es una tarea pendiente en el ámbito que se refiere a la fase del final de la vida del paciente.

Los defensores de la legalización de la eutanasia consideran que es un logro de la sociedad actual para enfatizar la autonomía del paciente. Por el contrario, otros argumentan que la eutanasia viola los pilares de la medicina, entre los que se encuentran el alivio del sufrimiento, la curación y el manejo del dolor, pero nunca causar daño o muerte de manera consciente o intencionada, "Primum non nocere" como bien recoge el Juramento Hipocrático (3).

Desde la experiencia clínica se argumenta que, sin el derecho efectivo a unos cuidados paliativos de calidad, y con el actual déficit en las ayudas a la dependencia, esta ley puede ser un mensaje coactivo para aquellas personas especialmente frágiles y dependientes, que se sienten como una carga para su familia y la sociedad (4).

En los países en los que se permite la muerte médicamente asistida, muestran un aumento impresionante y rápido del suicidio asistido después de la legalización. Esto ha pasado de ser un fenómeno marginal a convertirse en una gran proporción de las muertes en un país. En la actualidad, los pacientes que eligen la muerte médicamente asistida representan el 1,8% de todas las muertes en Suiza, el 3,3% en Canadá e incluso el 4,5% en los Países Bajos. En este momento, la evidencia sugiere que estas cifras seguirán aumentando (Tabla 1).

Aunque existen algunas diferencias, la ley española de eutanasia guarda mayor similitud con las normativas de Países Bajos y Bélgica. Por ello, es probable que en el futuro los casos y estadísticas de eutanasia en España sean comparables a los de estos países (24).

País/Estado Federal	Forma Jurídica	Año de Introducción	Requisito de Enfermedad Terminal (TIR)
Estados Unidos (EE.UU.)	AS (Suicidio asistido)	Oregón (1997), Washington (2008), Montana (2009), Vermont (2013), California (2016), Colorado (2016), Washington DC (2016), Hawái (2019), Maine (2019), Nueva Jersey (2019), Nuevo México (2021)	Sí
Nueva Zelanda	VAE (Eutanasia)	2021	Sí
Australia	VAE	Victoria (2019), Australia Occidental (2021), Tasmania (2022), Queensland (2023), Australia Meridional (2023), Nueva Gales del Sur (2023)	Sí
Suiza	AS	1942 (incluido en el Código de Conducta Médico desde 2004; revisado en 2018 y 2022)	Sí (Eliminado en revisión posterior)
Colombia	VAE	1997 (revisado en 2021)	Sí
Canadá	VAE	2016 (revisado en 2021)	Sí
Países Bajos	VAE	2001	No
Bélgica	VAE	2002	No
Luxemburgo	VAE	2009	No
España	VAE	2021	No
Austria	AS	2022	No
Portugal	AS	2023	No

TABLA 1. REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO POR PAÍS/ESTADO FEDERAL. (6).

Se realizó un estudio transversal efectuado en la población usuaria de un centro de salud de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid, en la que participaron 425 personas seleccionadas mediante un muestreo sistemático aplicado a las hojas de consulta de los profesionales sanitarios. Fueron analizadas 42 variables del cuestionario autoadministrado. El 54% estaban a favor de legalizar la eutanasia y el 42% el suicidio asistido (7).

La evidencia científica estudiada afirma de manera general que, a pesar de que gran parte de los profesionales tienen actitud positiva frente a su colaboración en el proceso, e incluso una cifra considerable de los profesionales desempeñan su labor asistencial en la rama del cuidado al final de la vida, existe un amplio desconocimiento teórico y práctico en lo relativo a las habilidades del abordaje de la eutanasia. Siguiendo la propuesta general de los artículos encontrados, debería incluirse la eutanasia dentro de los programas formativos de los estudios universitarios para las profesiones sanitarias, y con ello garantizar su conocimiento desde antes de su participación asistencial laboral. En definitiva, casi la totalidad de los estudios revisados coinciden en la necesidad de incluir en los planes de estudios universitarios materias que aborden el final de la vida y que resalten la importancia de la eutanasia, especialmente tras la puesta en vigor de la LORE.

El objetivo del presente estudio es la ampliación y/o continuación del estudio realizado en la tesis doctoral "ENCUESTA SOBRE LA LEY DE EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO" de la Dra. Cristina López, dirigida por el Dr. Benjamín Herreros. En ella se refleja el conocimiento del personal sanitario a partir de una encuesta de carácter anónimo y completamente voluntario sobre la nueva Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia (LORE) en varios hospitales de la Comunidad de Madrid.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Menos del 25% de los médicos y enfermeras conoce el contenido de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, por la cual se regula la eutanasia en España (LORE) ⁽³⁵⁾.

Objetivo principal:

Describir el porcentaje de grado de conocimiento de la Ley Orgánica 3/2021 (LORE) de enfermeras y médicos del HURJB.

Objetivos Secundarios:

1. Describir las características sociodemográficas de los encuestados.
2. Describir la opinión y el conocimiento sobre la ley de eutanasia y suicidio asistido.
3. Comparar el conocimiento sobre la ley según sexo, edad, religión, formación y años de experiencia.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Ámbito y Población de estudio

Médicos y enfermeras del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo.

Criterios de inclusión

- Enfermeras con más de 1 año de experiencia.
- Médicos con más de un año de experiencia en el servicio. Se van a analizar los profesionales de los siguientes servicios:
 - Hematología
 - Oncología
 - Cirugía General
 - Unidad de Cuidados Intensivos
 - Medicina del dolor
 - Medicina Interna
 - Neurología

Criterios de exclusión

- Participantes del estudio que respondan a menos del 50% de las preguntas de la encuesta.
- Participantes que no respondan a la parte inicial de la encuesta "datos de interés del encuestado".

Cálculo del tamaño muestral

Se calculó el tamaño muestral con calculadora GRANMO. Aceptando un riesgo alfa de 0.95 para una precisión de +/- 0.05 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.91, se precisó una muestra aleatoria poblacional de 76 sujetos. Se estimó una tasa de reposición del 10%. El total de médicos (56) y enfermeras (38) era de 94.

Tras la recogida de datos en el marco temporal abril 2024 – junio 2024, se llegó a una muestra de 79 médicos/enfermeras del HURJB (35).

Recogida de datos

La encuesta se entregó presencialmente en formato QR en los diferentes servicios y mediante correo electrónico a través del departamento de docencia del HURBJ. Se invitó a los médicos y enfermeras de los diferentes servicios del HURJB, indicados anteriormente, a participar rellenando la encuesta. La recogida de datos se realizó en el marco temporal abril 2024 – junio 2024.

Se les explicó que su participación era totalmente voluntaria y que contestar la encuesta les llevaría 10 minutos aproximadamente. Tuvieron margen de 1 mes para realizar la encuesta, con un recordatorio a los 15 días.

Una vez realizada la encuesta anónima, se recogieron los datos obtenidos en cada una de ellas y se procedió a su análisis.

Variables

Las variables se extraen de las 33 preguntas del cuestionario; primero hay un bloque de 10 preguntas de interés del encuestado en el que se menciona la edad, sexo, religión, formación, años de experiencia, área de trabajo, formación en bioética, formación en paliativos y años de experiencia. Las siguientes cuestiones tratan sobre el conocimiento y opinión frente a la ley y el último bloque de preguntas que recogen la opinión de la eutanasia y el suicidio asistido. La variable principal es la variable "Contenido" que hace referencia al conocimiento del contenido de la ley de eutanasia. El resto de variables son variables secundarias. (Anexo 3).

Plan de análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo calculando frecuencias absolutas y relativas de cada pregunta, además se realizaron gráficos de barras.

Las tablas y gráficos se calcularon por la variable formación (enfermero, médico). Para el análisis de comparación entre el conocimiento de la ley de eutanasia y variables sociodemográficas de los encuestados se utilizó la prueba Chi-cuadrado o prueba de Fisher cuando alguna de las frecuencias observadas en la tabla fuese menor o igual a 5.

Las variables para comparar son todas de tipo cualitativo (contenido, formación, contenido_procedimiento, def_claras, def_suficientes, requisitos_eutanasia, procedimiento_claro, fig_fun_med_respo...).

Se consideró para valores estadísticamente significativos el p valor $<0,05$. Los análisis se realizarán con el programa Jamovi v 2.3.28.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El trabajo se realizó respetando las normativas en materia de bioética según la declaración de Helsinki, el informe de Belmont, el convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina y la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

El estudio se realizó conforme a la legislación de la UE sobre datos personales, en concreto la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Real Decreto 1720/2007, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

RESULTADOS

La totalidad de los individuos a quienes se les ofreció participar en el estudio (n = 79) aceptaron formar parte del mismo, tras leer y firmar el consentimiento informado, condición indispensable para poder completar la encuesta.

Características sociodemográficas de los encuestados

A continuación, se muestran las características personales y profesionales de los encuestados participantes en el estudio (Tabla 2). Se encuestó a un total de 78 profesionales sanitarios, predominando el género femenino (57,7%) seguido del masculino (39,7%). La mayoría de los participantes se encontraban en el grupo de edad de 30 a 39 años (33,3%), seguidos por los de 40 a 49 años (28,2%).

En cuanto a la formación, el mayor porcentaje correspondió a médicos (61,5%), seguido de enfermeras (38,5%). Respecto a los años de experiencia profesional, el 43,6% tenía entre 6 y 15 años, mientras que el 37,2% acumulaba más de 15 años.

Los participantes pertenecían a distintas áreas de trabajo, siendo las más representadas Medicina Interna y Cirugía General (ambas con 17,9%), seguidas de Medicina del Dolor (15,4%) y Cuidados Intensivos (12,8%). En relación con las creencias religiosas, el 67,9% se declaró cristiano y el 32,1% manifestó no tener ninguna religión.

La mayoría de sanitarios participantes afirmaron solo haber recibido formación en bioética y en paliativos durante el grado/carrera. Alrededor del 18% de encuestados realizaron cursos de postgrado en cada una de las áreas, el 1,3% se formó mediante la realización de un máster. Hubo participantes que no tenían ninguna formación en bioética (6,3%) y en paliativos (19%). Con respecto a la formación en Bioética; cinco médicos se formaron haciendo cursos de posgrado, durante el grado/carrera treinta y dos médicos (41%) y veinticuatro enfermeras (30,8%). Cuatro médicos y cuatro enfermeras recibieron formación durante el grado/carrera y haciendo un posgrado. Un médico recibió formación además de durante el grado/carrera, haciendo un máster. Tres médicos y dos enfermeras no recibieron ninguna formación. En cuanto a la formación en Paliativos; siete médicos y una enfermera recibieron formación mediante cursos de posgrado, durante el grado/carrera veintiún médicos especialistas/Residentes (29,9%) y veinte enfermeras

(25,6%). Durante el grado/carrera y mediante posgrado, tres médicos y siete enfermeras. Trece médicos y una enfermera no recibieron ninguna formación en cuidados paliativos.

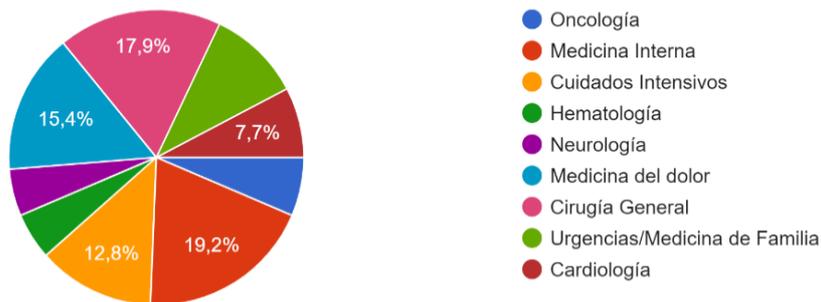
Entre los participantes destacaron los creyentes cristianos (67,9%) respecto a aquellos que no creían ni se sentían identificados con ninguna religión (32,1%).

La mayoría de encuestados había recibido formación en bioética durante el grado o carrera (75,6%), algunos habían hecho cursos de posgrado (6,4%), otros ambas cosas (10,3%). El 1,3% había recibido formación mediante máster y durante el grado/carrera. El resto (6,4%) no tenía ninguna formación en bioética.

El 56,4% de profesionales había recibido formación en paliativos durante el grado/carrera, el 10,3% en cursos de posgrado y el 12,8% en ambas etapas. El 19,2% no tenía ninguna formación en paliativos y el 1,3% había hecho un máster y había recibido formación durante el grado/carrera.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ENCUESTADOS	CATEGORÍA	N	%
Género	Femenino	45	59,2%
	Masculino	31	40,8%
	Otro	2	2,6%
Edad	21-29	17	21,8%
	30-39	26	33,3%
	40-49	22	28,2%
	50-60	11	14,1%
	>60	2	2,6%
Formación	Enfermera	30	38,5%
	Médico especialista/Residente	48	61,5%
Años experiencia	<5 años	14	17,9
	6-15 años	34	43,6
	>15 años	29	37,2
	Otro	1	1,3
Religión	Cristiano	53	67,9
	Ninguna	25	32,1
Formación Bioética	Cursos de Posgrado	5	6,4%
	Durante Grado/Carrera	59	75,6%
	Cursos de Posgrado y durante Grado/Carrera	8	10,3%
	Máster y durante el Grado/Carrera	1	1,3%
	Ninguna	5	6,4%
Formación Paliativos	Cursos de Posgrado	8	10,3%
	Durante Grado/Carrera	44	56,4%
	Cursos de Posgrado y durante Grado/Carrera	10	12,8%
	Máster y durante el Grado/Carrera	1	1,3%
	Ninguna	15	19,2%

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INDIVIDUOS ENCUESTADOS. Elaboración propia



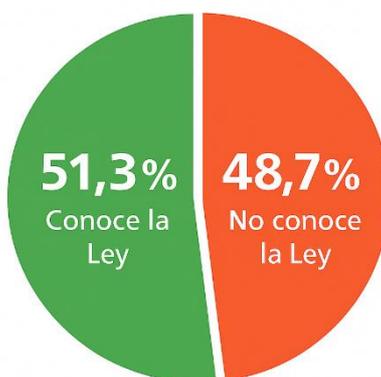
GRÁFICA 1. SERVICIOS SANITARIOS QUE RESPONDIERON LA ENCUESTA. Elaboración propia.

Conocimiento sobre la eutanasia y suicidio asistido de los encuestados

A continuación, se presentan los resultados relacionados con el conocimiento y la percepción de los profesionales sanitarios sobre la Ley de Eutanasia en España, basados en las respuestas obtenidas en la encuesta aplicada.

La mayoría de los encuestados (51,3%) afirmaron conocer el contenido de la Ley de Eutanasia, aunque un porcentaje significativo (48,7%) indicó desconocerlo. En cuanto al conocimiento específico sobre los procedimientos establecidos por la ley, el 75,6% manifestó no estar informado al respecto, mientras que solo el 23,1% afirmó conocerlos.

Conocimiento de la Ley Orgánica 3/20 sobre Eutanasia



GRÁFICA 2. CONOCIMIENTO LORE DE LOS SANITARIOS ENCUESTADOS. Elaboración propia.

Respecto a la elaboración de protocolos relacionados con la ley, el 73,1% de los participantes indicó que no se han desarrollado protocolos en sus centros de trabajo, y solo el 25,6% señaló que sí se han implementado.

Los sanitarios opinaban que es necesaria la formación sobre la nueva ley de eutanasia y tan solo el 2,6% de los participantes la consideraban innecesaria para la realización de su práctica sanitaria habitual.

Más de la mitad de los encuestados, en concreto el 53'8%, opina que las definiciones de la ley no son claras y el 66'7% de los participantes afirma que las definiciones no son suficientes. Veintiuna personas de las que comentaron que las definiciones de la LORE son claras, también estimaban que son suficientes. Sin embargo, es destacable que todos los que opinaron que las definiciones de la ley no son claras (42 personas) indicaron que tampoco son suficientes.

De los que opinaban que los **requisitos de la eutanasia** son suficientes, el 69,6% de ellos también opinaron que las definiciones de la LORE son claras y el 58,3% que son suficientes. De aquellos que afirmaban que los requisitos para solicitar la eutanasia son demasiados y deberían ser menos, el 63,6% de ellos estimaban que las definiciones son claras y el 27,3% que son suficientes. En contraposición, aquellos encuestados que pensaban que los requisitos para solicitar la eutanasia son escasos y deberían ser más, el 18,9% de ellos opinaban que las definiciones de la ley son claras y el 10,8% que son suficientes.

El 92,9% de las 42 personas que opinaban que las definiciones de la LORE no son claras, afirmaban que el procedimiento de la ley tampoco es claro y el 27,6% de las 29 personas que opinaban que las definiciones de la LORE son claras, comentaron que el procedimiento de la ley tampoco es claro.

El 44,7% de enfermeras y el 50% de médicos opinaron que tanto la figura como la función del médico consultor son suficientes pero resultan confusas. El 37,2% de enfermeras y el 60,5% de médicos del total de sanitarios encuestados opinaban que, al igual que con respecto al médico consultor, la figura y función del médico responsable son suficientes pero resultan también confusas.

Con respecto a la figura y funciones de la comisión de garantías; dos enfermeras y tres médicos opinaban que son claras, aunque insuficientes. Tres enfermeras y trece médicos opinaban que son confusas e insuficientes. Diecinueve enfermeras y dieciocho médicos afirmaron que son confusas

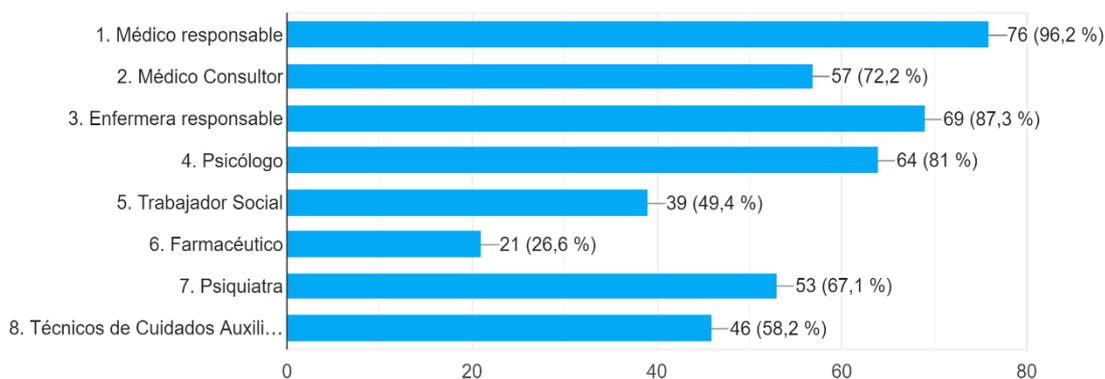
pero suficientes. Cuatro enfermeras y ocho médicos comentaban que tanto la figura como las funciones son suficientes y claras.

Refiriéndonos a la figura y funciones de la enfermera; cinco enfermeras y ocho médicos especialistas opinaban que son suficientes y claras. Dieciséis enfermeras y diecinueve médicos opinaban que son suficientes, aunque resultan confusas. Dos enfermeras y dos médicos afirmaron que, aunque son claras son insuficientes. Seis enfermeras y trece médicos comentaban que son insuficientes y confusas.

En relación a la figura y funciones del equipo asistencial; cinco enfermeras y seis médicos opinaban que son suficientes y claras. Dieciocho enfermeras y veinte médicos referían que aunque resultan confusas pero son suficientes. Dos enfermeras y tres médicos afirmaban que son claras pero insuficientes. Cuatro enfermeras y trece médicos comentaron que son insuficientes y confusas.

Resumiendo lo expuesto anteriormente, resulta que un 60,3% de los encuestados, refirieron que el procedimiento de la LORE no está claro. La mayoría opina que la **figura y funciones del médico responsable y del médico consultor** son suficientes, pero resultan confusas. Con respecto a la **figura y funciones de la comisión de garantías**, el 48,7% de los encuestados opinaron que son suficientes, pero resultan confusas, aunque el 21,8% opinó que son insuficientes y confusas. Menos de la mitad de los participantes opinaron que la **figura y funciones de la enfermera** son suficientes y confusas; el 25'6% del total opinó que son insuficientes y confusas pero el 17,9% señaló que son suficientes y claras. La mitad de los participantes declararon como suficientes pero confusas a la **figura y funciones del equipo asistencial**, pero el 23,1% la señalaron como insuficientes y confusas y el 15,4% como suficientes y claras.

Se preguntó sobre qué profesionales consideraban que deberían participar en el proceso de la prestación de ayuda a morir, permitiendo que señalaran varias opciones y estas fueron las respuestas obtenidas:



GRÁFICA 3. PROFESIONALES QUE DEBERÍAN PARTICIPAR EN EL PROCESO DE PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Elaboración propia.

Exponer que a 2 (6,9%) enfermeras y 3 (6,9%) médicos del total de encuestados, desde la aprobación de la LORE le habían solicitado la prestación de ayuda a morir.

Como ya se ha expuesto anteriormente, se les preguntó si tras la aprobación de la LORE, algún paciente les había solicitado información sobre la ley. 27 (39,7%) enfermeras y 38 (55,9%) médicos respondieron que no frente a 2 (22,2%) enfermeras y 7 (77,8%) médicos que respondieron que, en alguna ocasión, les habían pedido información.

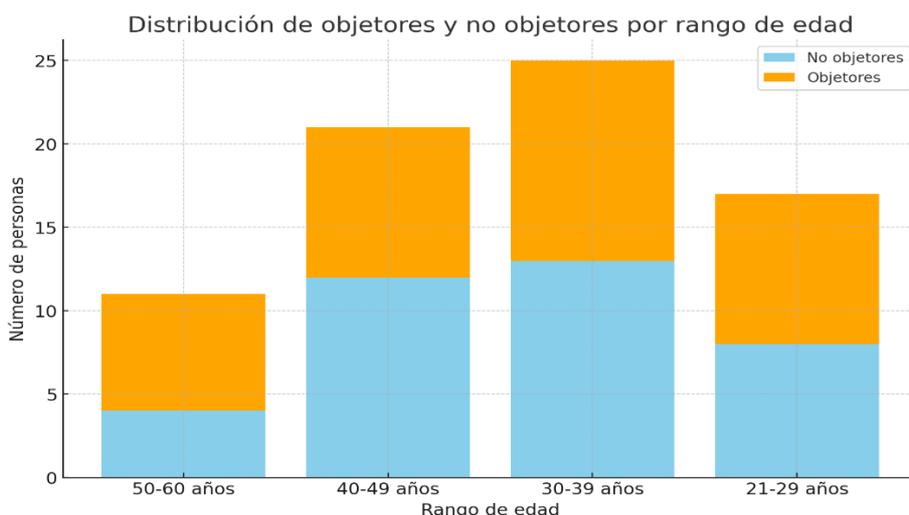
Se preguntó a los sanitarios encuestado sobre si sabrían cómo llevar a cabo el procedimiento en caso de que un paciente solicitara la prestación de ayuda para morir desde la aprobación de la LORE. 28 (43,8%) enfermeras y 34 (53,1%) médicos respondieron que no frente a 2 (14,3%) enfermeras y 11 (78,6%) médicos que respondieron que afirmativamente.

A la mayoría de los sanitarios participantes nunca le habían solicitado la prestación de ayuda a morir ni tampoco información sobre la LORE. Afirmaron que, si algún paciente le solicitase, tras la aprobación de la ley, prestación de ayuda a morir, no sabrían cómo llevar a cabo el procedimiento; aunque el 17,9% de ellos señaló que sí sabría cómo actuar.

El 95% de los encuestados (29 enfermeras y 42 médicos) no habían participado nunca en la prestación de ayuda a morir de un paciente. Solo el 3,3% de enfermeras y el 6,7% de médicos habían sido partícipes en alguna ocasión de este acto.

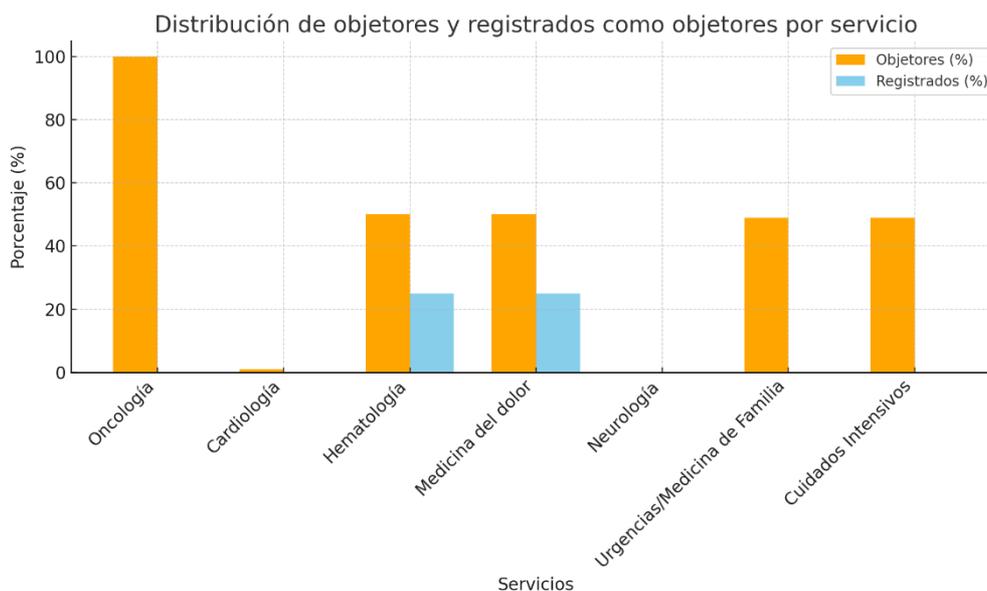
De los encuestados que respondieron a la pregunta cuyo tenor literal es "¿Considera que usted es objetor de conciencia sobre la Ley?", el 48,7% (38) lo hicieron afirmativamente; 60,5% (23) de ellos eran médicos especialistas y 39,5% (15) enfermeras. El mayor número de objetores corresponde a sanitarios entre 30-39 años.

De las once personas comprendidas entre 50-60 años, cuatro (36,4%) de ellas afirmaron no ser objetores y siete (63,6%) confirmaron serlo. De las veintidos personas comprendidas entre 40-49 años, trece (59,1%) de ellas afirmaron no ser objetores con respecto a nueve (40,9%) que respondieron que sí lo eran. De las veintiseis personas comprendidas entre 30-39 años, catorce (53,8%) de ellas afirmaron no ser objetores con respecto a doce (46,2%) que confirmaron serlo. De las diecisiete personas comprendidas entre 21-29 años, ocho (47,1%) de ellas afirmaron no ser objetores y el resto, nueve (52,9%) confirmaron serlo.



GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN OBJETORES Y NO OBJETORES POR RANGO DE EDAD. Elaboración propia.

Se ha de destacar que la totalidad de sanitarios del servicio de oncología afirmaron ser objetores, pero ninguno de ellos estaba registrado como objetor. En el servicio de cardiología la mayoría de encuestados, a excepción de uno, no eran objetores. En el servicio de Hematología, al igual que en el de Medicina del dolor, la mitad de los encuestados eran objetores y de hecho la mitad de los que eran objetores estaban registrados como tal. En neurología la totalidad de personas que respondieron a la encuesta no eran objetores. En los servicios de Urgencias/Medicina de Familia y de Cuidados Intensivos, menos del 50% de sanitarios encuestados eran objetores y ninguno de ellos estaba registrado como objetor.



GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN DE OBJETORES Y REGISTRADOS COMO OBJETORES POR SERVICIO. Elaboración propia.

De las cincuenta y tres personas que dijeron ser cristianas, treinta y una de ellas eran objetores, pero tan solo once se habían registrados como objetores.

Los motivos principales que señalaron por los que los sanitarios se declaraban objetores eran (orden de mayor a menor importancia): porque atenta contra los principios deontológicos de la profesión, desconocimiento del procedimiento, defensa de la vida, creencias religiosas, contrario al juramento hipocrático, miedo a denuncias, temor al desprestigio profesional, motivos morales y culpabilidad posterior.

Sesenta y ocho sanitarios, que representan el 87,2% del total de encuestados, afirmaron que desconocían la composición de la Comisión de Garantía y Evaluación. También es destacable que un 82,1% del total de sanitarios que rellenaron la encuesta, se mostraron como no conocedores de las funciones de la Comisión.

VARIABLES CONOCIMIENTO	CATEGORÍA	N	%	IC (95%)
Contenido	No	38	48,7%	0,37 – 0,60
	Si	40	51,3%	0,40 – 0,63
Conten Proced	No	59	75,6%	0,66 – 0,85
	Si	18	23,1%	0,14 – 0,34
	Otro	1	1,3%	
Elaboración Protocolos	No	57	73,1%	0,63 – 0,83
	Si	20	25,6%	0,17 – 0,37
	Otro	1	1,3%	
Formación LORE	No	74	94,9%	0,87 – 0,99
	Si	4	5,1%	0,01 – 0,13
Necesaria Formación	No	2	2,6%	0,003 – 0,091
	Si	75	96,2%	0,91 - 1
	Otro	1	1,3%	
Def claras	No	42	53,8%	0,46 – 0,7
	Si	30	38,5%	0,3 – 0,5
	Otro	6	7,7%	
Def suficiente	No	52	66,7%	0,59 – 0,81
	Si	21	26,9%	0,19 – 0,41
	Otro	5	6,4%	
Requisitos Eutanasia	Son demasiados, deberían ser menos	12	15,4%	0,09 – 0,3
	Son escasos, deberían ser más	37	47,7%	0,39 – 0,63
	Son suficientes	24	30,8%	0,22 – 0,45
	Otro	5	6,4%	
Procedimiento claro	No	47	60,3%	0,53 – 0,76
	Si	25	32,1%	0,24 – 0,47
	Otro	6	7,7%	

TABLA 3. CONOCIMIENTO DE LA EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO DE LOS ENCUESTADOS. Elaboración propia.

VARIABLES CONOCIMIENTO	CATEGORÍA	N	%	IC (95%)
Fig. Fun. Médico responsable	Son claras, pero insuficientes	4	5,1%	0,01 – 0,1
	Son insuficientes y confusas	17	21,8%	0,14 – 0,35
	Son suficientes y claras	8	10,3%	0,05 – 0,21
	Son suficientes, pero resultan confusas	43	55,1%	0,47 – 0,71
	Otro	6	7,7%	
Fig. Fun. Méd. consultor	Son claras, pero insuficientes	5	6,4%	0,02 – 0,15
	Son insuficientes y confusas	18	23,1%	0,15 – 0,36
	Son suficientes y claras	12	15,4%	0,09 – 0,27
	Son suficientes, pero resultan confusas	38	48,7%	0,40 – 0,64
	Otro	5	6,4%	
Fig. Fun. Comisión	Son claras, pero insuficientes	5	6,4%	0,02 – 0,15
	Son insuficientes y confusas	17	21,8%	0,14 – 0,35
	Son suficientes y claras	13	16,7%	0,40 – 0,64
	Son suficientes, pero resultan confusas	38	48,7%	0,1 – 0,28
	Otro	5	6,4%	
Fig. Fun. Enfermera	Son claras, pero insuficientes	4	5,1%	0,01 – 0,13
	Son insuficientes y confusas	20	25,6%	0,17 – 0,39
	Son suficientes y claras	14	17,9%	0,11 – 0,30
	Son suficientes, pero resultan confusas	36	46,2%	0,37 – 0,61
	Otro	4	5,1%	

CONTINUACIÓN TABLA 3. CONOCIMIENTO DE LA EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO DE LOS ENCUESTADOS. Elaboración propia.

VARIABLES CONOCIMIENTO	CATEGORÍA	N	%	IC(95%)
Fig. Fun. Equipo asistencial	Son claras, pero insuficientes	5	6,4%	0,02 – 0,15
	Son insuficientes y confusas	18	23,1%	0,15 – 0,36
	Son suficientes y claras	12	15,4%	0,09 – 0,27
	Son suficientes, pero resultan confusas	39	50%	0,41 – 0,64
	Otro	4	5,1%	
Ayuda morir info	No	68	87,2%	0,79 – 0,94
	Si	9	11,5%	0,05 – 0,21
	Otro	1	1,3%	
Ayuda morir procedimiento	No	64	82,1%	0,72 – 0,90
	Si	14	17,9%	0,10 – 0,28
Ayuda morir partic	No	74	94,9%	0,87 – 0,99
	Si	4	5,1%	0,01 – 0,12
Objetor	No	40	51,3%	0,40 – 0,63
	Si	38	48,7%	0,37 – 0,60
Registro objetor	No	64	82,1%	0,72 – 0,90
	Si	14	17,9%	0,10 – 0,28
Comp. Comisiones	No	68	87,2%	0,78 – 0,94
	Si	10	12,8%	0,06 – 0,22
Función Comisión	No	64	82,1%	0,73 – 0,91
	Si	13	16,7%	0,09 – 0,27
	Otro	1	1,3%	

CONTINUACIÓN TABLA 3. CONOCIMIENTO DE LA EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO DE LOS ENCUESTADOS. Elaboración propia.

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a las opiniones de los profesionales sanitarios encuestados sobre la eutanasia, el suicidio asistido y su regulación legal en España, recogidos en la Tabla 4.

VARIABLES OPINIÓN	CATEGORÍA	n (%)	IC(95%)
Eutanasia Opinión	Es algo inmoral y esta ley la está normalizando.	4 (5.1)	0,0143 - 0,128
	Es algo inmoral, pero esta ley es adecuada porque permite la objeción de conciencia	14 (17.9)	0,10 – 0,286
	Es una práctica correcta y esta ley era necesaria	33 (42.3)	0,316 – 0,546
	Es una práctica correcta, pero la regulación legal no era prioritaria, era más prioritario mejorar los cuidados paliativos	26 (33.3)	0,23 – 0,45
	Otro	1 (1.3)	
Suic. Asist. Opinión	Es algo inmoral y esta ley la está normalizando.	10 (12.8)	0,06 – 0,229
	Es algo inmoral, pero esta ley es adecuada porque permite la objeción de conciencia	15 (19.2)	0,11 – 0,305
	Es una práctica correcta y esta ley era necesaria	25 (32.1)	0,225 – 0,446
	Es una práctica correcta, pero la regulación legal no era prioritaria, era más prioritario mejorar los cuidados paliativos	26 (33.3)	0,237 – 0,46
	Otro	2 (2.6)	
Suic. Asist vs Eutanasia	El moralmente similar a la eutanasia.	44 (56.4)	0,467 – 0,699
	El moralmente mejor que la eutanasia.	15 (19.2)	0,116 – 0,308
	El moralmente peor que la eutanasia.	16 (20.5)	0,127 – 0,323
	Otro	3 (3.8)	
Sedac Paliativa vs Eutanasia	El moralmente similar a la eutanasia.	28 (35.9)	0,257 – 0,481
	El moralmente mejor que la eutanasia.	48 (61.5)	0,506 – 0,731
	El moralmente peor que la eutanasia.	1 (1.3)	0,0003 – 0,07
	Otro	1 (1.3)	

TABLA 4. OPINIÓN DE LA EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO DE LOS ENCUESTADOS. Elaboración propia.

VARIABLES OPINIÓN	CATEGORÍA	n (%)	IC(95%)
Sedac. Paliativa vs Suicidio Asist.	Es moralmente similar al suicidio asistido.	23 (29.5)	0,20 – 0,41
	Es moralmente mejor que el suicidio asistido.	53 (67.9)	0,573 – 0,789
	Es moralmente peor que el suicidio asistido.	1 (1.3)	0,0003 – 0,07
	Otro	1 (1.3)	
Aprobación Ley	No	35 (44.9)	0,34 - 0,57
	Si	42 (53.8)	0,428 – 0,659
	Otro	1 (1.3)	

CONTINUACIÓN TABLA 4. OPINIÓN DE LA EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO DE LOS ENCUESTADOS. Elaboración propia.

Treinta y tres (42,3%) participantes afirmaron que la *eutanasia* es una práctica correcta y esta ley era necesaria; veintiséis (33,3%) argumentaron que, aunque es una práctica correcta, la regulación legal no era prioritaria, al ser más adecuado mejorar los cuidados paliativos. Catorce (17,9%) opinaron que la eutanasia es algo inmoral pero que la ley es adecuada ya que permite la objeción de conciencia.

De los que opinaban esto último expuesto, quince (19,2%) personas eran partidarias de lo mismo para el suicidio asistido. Veinticinco (32,1%) personas afirmaban que el suicidio asistido es una práctica correcta y esta ley era necesaria y veintiséis (33,3%) personas afirmaban que es una práctica correcta pero la regulación legal no era prioritaria, era más adecuado mejorar los cuidados paliativos.

De los que opinaban que la eutanasia es una práctica correcta y esta ley era necesaria, veinticuatro (75%) personas afirmaban que el suicidio asistido es también una práctica correcta y esta ley era necesaria. De aquellas personas que opinaban que la eutanasia es algo inmoral pero adecuada porque permite la objeción de conciencia, Doce (85,7%) afirmaron que el suicidio asistido es algo inmoral pero adecuado por el mismo motivo. De los que opinaban que la regulación de la eutanasia es una práctica correcta pero que su regulación no era prioritaria porque era más necesario mejorar los cuidados paliativos, veinte (76,9%) opinaban lo mismo para el suicidio asistido.



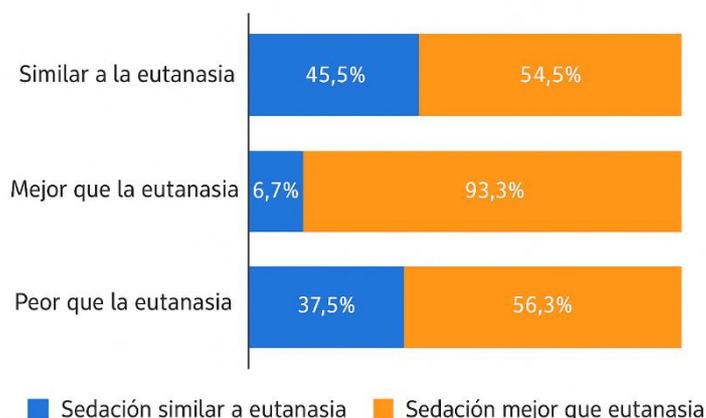
GRÁFICA 6. OPINIÓN LEY EUTANASIA – SUICIDIO ASISTIDO. Elaboración propia.

El 56,4% de los participantes señalaban el suicidio asistido como una práctica moralmente similar a la eutanasia. El 19,2% opinaban que el suicidio asistido es moralmente mejor que la eutanasia y el 20,5% que es moralmente peor.

De los que opinaron que el *suicidio asistido* es moralmente similar a la eutanasia, veinte (45,5%) personas opinaban que la sedación paliativa es moralmente similar a la eutanasia y veinticuatro (54,5%) afirmaban que es moralmente mejor que la eutanasia. De los que opinaban que el suicidio asistido es moralmente mejor que la eutanasia, catorce (93,3%) personas referían que la sedación paliativa es moralmente mejor que la eutanasia y una (6,7%) que es moralmente similar a la eutanasia.

Dentro de los que pensaban que el suicidio asistido es moralmente peor que la eutanasia, nueve (56,3%) personas opinaban que la sedación paliativa es moralmente mejor que la eutanasia y seis (37,5%) afirmaban que es moralmente similar a la eutanasia.

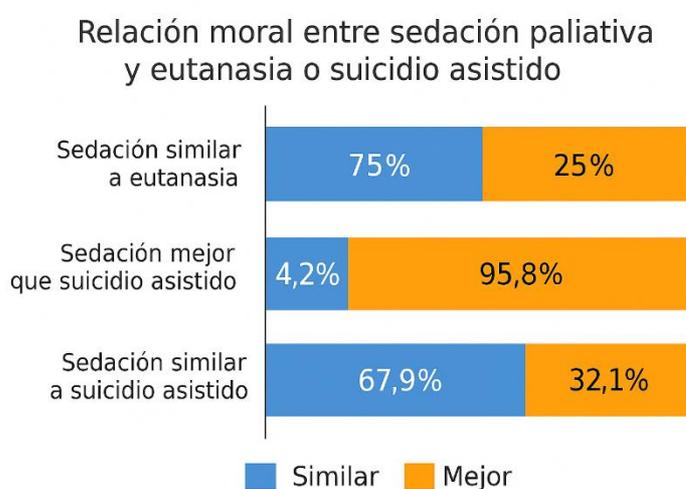
Relación moral entre sedación paliativa y eutanasia según opinión sobre el suicidio asistido



GRÁFICA 7. RELACIÓN MORAL ENTRE SEDACIÓN PALIATIVA Y EUTANASIA SEGÚN OPINIÓN SOBRE EL SUICIDIO ASISTIDO. Elaboración propia.

De aquellos que opinaban que la sedación paliativa es moralmente similar a eutanasia, veintiuno (75%) de ellos afirmaba que la sedación paliativa es moralmente similar al suicidio médicamente asistido y siete (25%) que es moralmente mejor que el suicidio asistido. De aquellos que opinaban que la sedación paliativa es moralmente mejor que el suicidio médicamente asistido, cuarenta y seis personas (95,8%) afirmaban que la sedación paliativa es moralmente mejor que el suicidio médicamente asistido y dos (4,2%) que es moralmente similar.

Cuarenta y ocho personas (61,5%) afirmaban que la sedación paliativa es moralmente mejor que la eutanasia. Cincuenta y tres personas (67,9%) señalaron que la sedación paliativa es moralmente mejor que el suicidio médicamente asistido.



GRÁFICA 8. RELACIÓN MORAL ENTRE SEDACIÓN PALIATIVA Y EUTANASIA O SUICIDIO ASISTIDO. Azul: sedación paliativa moralmente similar a suicidio asistido. Naranja: sedación paliativa moralmente mejor que suicidio asistido. Asistido. Elaboración Propia.

Más de la mitad (53,8%) de los sanitarios encuestados opina que la aprobación y regulación de la LORE en España ha sido correcta. y 44,9% de ellos opina que no lo ha sido.

Respecto a las funciones de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS), sesenta y cuatro de los encuestados (84,2%) señalaron que deberían supervisar todas las solicitudes de la eutanasia. El 13,2% señaló que los CEAS solo deben intervenir cuando los profesionales sanitarios o los pacientes tengan dudas éticas.

Las causas que fueron señaladas, como principales, para llevar a una persona a solicitar la prestación a morir fueron (de mayor a menor importancia):

- Sentir sufrimiento insoportable.
- Perder autonomía física.
- Depender de otras personas para cubrir sus necesidades básicas.
- Sentir que es una carga para su familia.
- Sentir un síntoma físico insoportable.
- Miedo a la pérdida completa y definitiva de las capacidades cognitivas.
- No encontrarle sentido a la vida.
- Sentirse deprimida.
- Saber que su enfermedad es degenerativa e incurable.

Comparación conocimiento de la ley de eutanasia con variables sociodemográficas de los encuestados

A continuación, se presentan los resultados relacionados con el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la Ley de Eutanasia en España, según las características sociodemográficas de los sanitarios obtenidas en la encuesta aplicada.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA		CONOCEN N(%)	NO CONOCEN N(%)	P	ESTADÍSTICO
Género	Mujer	26 (66,7%)	19 (51,4%)	0,174	X ² (1,84)
	Hombre	13 (33,3%)	18 (48,6%)		
Edad	21-29	10 (25%)	7 (18,4%)	0,179	
	30-39	11 (27,5%)	15 (39,5%)		
	40-49	9 (22,5%)	13 (34,2%)		
	50-59	9 (22,5%)	2 (5,3%)		
	>60	1 (2,5%)	1 (2,6%)		
Religión	Cristiano	26 (65%)	27 (71,1%)	0,50	X ² (1,39)
	Ninguna	14 (35%)	11 (28,9%)		
Formación	Enfermera	12 (30%)	18 (47,4%)	0,092	X ² (4,71)
	Médico Esp./Res.	28 (70%)	20 (56,2%)		

Años experiencia	< 5	11 (27,5%)	3 (8,1%)	0,036	X ² (6,66)
	6-15	13 (32,5%)	21 (56,8%)		
	>15	16 (40%)	13 (35,1%)		
Centro de trabajo	Cardiología	1 (2,5%)	5 (13,5%)	0,025	
	Cirug. Gral.	8 (20%)	6 (16,2%)		
	Intensivos	8 (20%)	2 (5,4%)		
	Hematología	2 (5%)	2 (5,4%)		
	Med.Interna	8 (20%)	6 (16,2%)		
	Med. Dolor	3 (7,5%)	9 (24,3%)		
	Neurología	4 (10%)	0		
	Oncología	4 (10%)	1 (2,7%)		
	Familia/Urgencias	2 (5%)	6 (16,2%)		

TABLA 5. COMPARACIÓN CONOCIMIENTO LEY EUTANASIA CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ENCUESTADOS. Se calculó Test exacto de Fisher para las variables Edad y Centro de trabajo. Elaboración propia.

Veintiséis (66,9%) de los encuestados que refirieron ser conoceros de la ley eran mujeres y trece (33,3%) eran hombres. No se observó asociación significativa entre el género y el conocimiento de la ley.

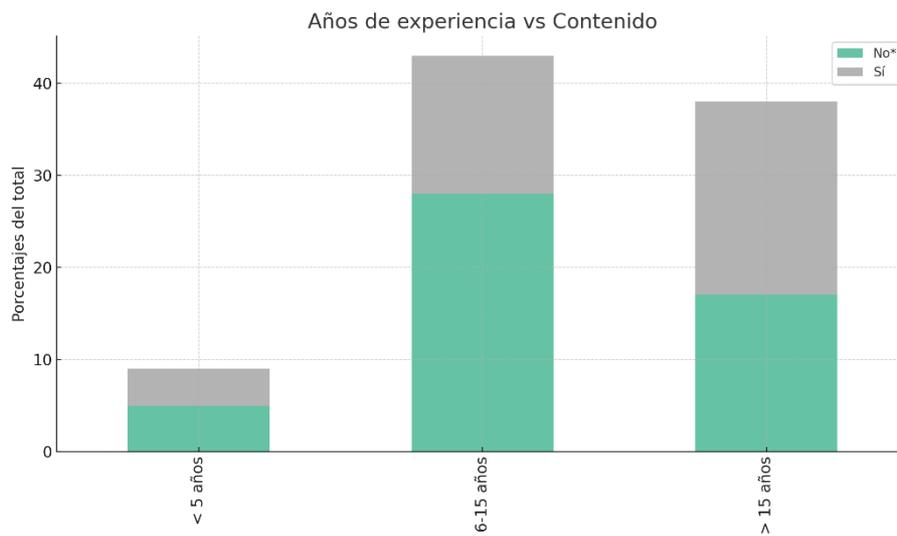
De los encuestados que refirieron ser conoceros de la ley, el 25% tenía entre 21-29 años, el 27,5% tenía entre 30-39 años, el 22,5% tenía entre 40-49 años, otro 22,5% tenía entre 50-60 años y un 2,5% tenía >60 años. No se observó asociación significativa entre la edad y el conocimiento de la ley.

El 62,5% de profesionales conocedores de la ley refirió ser cristiano y el 71,1% de los que no conocían la ley eran cristianos. El 35% de los conocedores de la ley no tenían ninguna filiación religiosa. No se observó asociación significativa entre la religión y el conocimiento de la ley.

Había más médicos, según los datos obtenidos, que conocían la ley (70%) que enfermeras (30%). No se observó asociación significativa entre la formación y el conocimiento de la ley.

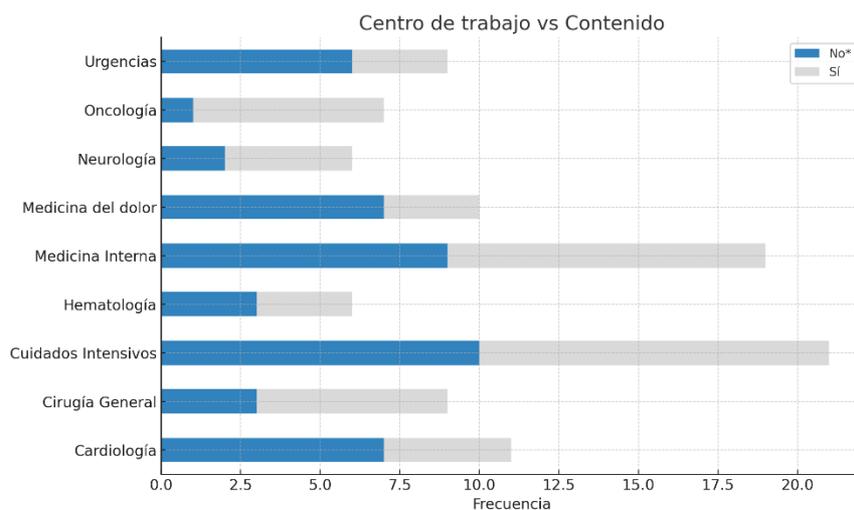
De los sanitarios conocedores de la ley, el 40% tenía >15 años de experiencia laboral, el 32,5% tenía entre 6-15 años de experiencia y el 27,5% tenía <5 años de experiencia. El 56,8% de los que no eran

concedores de la ley tenían entre 6-15 años de experiencia laboral. Se observó asociación significativa. El conocimiento de la ley varía según la experiencia profesional. Personas con distintos años de experiencia difieren en su nivel de conocimiento.



Gráfica 10. Comparación conocimiento ley eutanasia según años de experiencia. Elaboración propia.

Los servicios con mayor conocimiento sobre la ley fueron Cirugía General, Cuidados Intensivos y Medicina Interna representaban el 20% cada uno del total de sanitarios concedores de la ley. Los servicios en los que menos se conocía le ley fueron Hematología (5%) y Cardiología (2,5%). Se observó asociación significativa entre el centro de trabajo de los sanitarios encuestados y el conocimiento de la ley.



Gráfica 12. Comparación conocimiento ley eutanasia según centro de trabajo. Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El estudio realizado en el HURJB revela que el conocimiento sobre la LORE es limitado entre los profesionales sanitarios. Este hallazgo responde directamente al objetivo principal del trabajo: describir el grado de conocimiento de la LORE entre médicos y enfermeras. El 51,3% declaró conocerla, mientras que el 94,9% indicó no haber recibido formación al respecto por lo que no se confirma la hipótesis planteada (menos del 25% de los médicos y enfermeras conoce el contenido de la Ley de eutanasia).

Con respecto a los objetivos secundarios del presente estudio, los resultados muestran una mayor proporción de médicos que de enfermeras concedores de la Ley de Eutanasia, lo que podría atribuirse a su papel central en las decisiones clínicas, que los impulsa a seguir de cerca la normativa bioética. Aunque cabe mencionar que esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.092$).

La mayoría de quienes conocían la ley eran mujeres, y una parte considerable de los encuestados se identificó como Cristiana, lo que refleja la feminización actual de las profesiones sanitarias más que una diferencia de interés por la ley. En cuanto al hecho de que la mayoría de encuestados fuesen cristianos, parece reproducir la demografía religiosa nacional, sin evidenciar influencia doctrinal directa sobre el conocimiento legal. Posteriormente, la ausencia de protocolos y la percepción de ambigüedad en la LORE indican un desfase entre la aprobación de la norma y su implementación, subrayando la necesidad de formación institucional.

Finalmente, cerca de la mitad de sanitarios encuestados se consideraron objetores de conciencia, destacando más médicos que enfermeras. Casi la mitad del personal sanitario se declaró objetor de conciencia, lo que refleja una polarización ética ante la aplicación de la ley. La mayor proporción de médicos objetores podría vincularse a su rol más directo en la toma de decisiones clínicas sobre eutanasia. Este hallazgo no implica necesariamente un rechazo a la norma, sino una tensión entre deber profesional y convicciones personales. La objeción de conciencia, en este contexto, subraya la importancia de equilibrar el respeto a la autonomía del paciente con la libertad moral del profesional.

Estos resultados no se han podido comparar con otros estudios pues actualmente no existe bibliografía en relación a este tema en la Comunidad de Madrid. Otros estudios realizados en otras comunidades, como el de [Meneses Ramírez et al. \(2022\)](#) (5), también reflejan una falta generalizada

de formación en eutanasia entre el personal sanitario español. Esto sugiere que el patrón observado en el HURJB es representativo de un problema nacional.

Vinculación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Desde el punto de vista de la salud pública y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), este estudio se vincula directamente con el ODS 3 (Salud y Bienestar), al evidenciar fallas en el acceso equitativo a una muerte digna conforme a la ley. La eutanasia, si bien legal, debe estar acompañada de garantías efectivas de seguridad, formación y respeto a los derechos humanos.

Implicaciones para la práctica clínica

El sufrimiento insoportable, la pérdida de autonomía física, y la dependencia de terceros son las principales razones que llevan a los enfermos a contemplar la idea de terminar con su vida. Estas afirmaciones resaltan la importancia de abordar no solo los aspectos médicos de la enfermedad, sino también los emocionales/psicológicos, familiares y morales, proporcionando un apoyo integral que permita a los pacientes mantener una calidad de vida digna, incluso en las etapas más difíciles de su enfermedad. La causa más mencionada, con un 87.2% los encuestados, es el "Sentir un sufrimiento insoportable". Esto indica que el sufrimiento emocional y/o dolor físico extremo es el factor predominante que impulsa a las personas enfermas a considerar el suicidio asistido o la eutanasia. El 29.5% de los encuestados indicó la causa "Sentirse deprimida" como una de las razones para llevar a cabo ese procedimiento, lo que sugiere que la depresión, aunque relevante, no es la causa principal para la mayoría de los encuestados. Según los resultados obtenidos, los sanitarios opinaban que el conocimiento del diagnóstico terminal por sí solo, no es el factor decisivo para solicitar la eutanasia/suicidio asistido, sino el sufrimiento y la pérdida de autonomía que conlleva la enfermedad.

En un modelo sanitario correctamente organizado debería existir una unidad de cuidados paliativos en la que se atendiera de forma individualizada a toda persona que se encuentre en situación terminal de enfermedad o ancianidad. Los cuidados paliativos significarían la adecuación del esfuerzo terapéutico, la mejora del tratamiento sintomático y la satisfacción de los pacientes con enfermedades avanzadas.

En España, muchos médicos y asociaciones sanitarias antes de que se aprobase la ley de eutanasia, reclamaban la necesidad de implantar una ley de cuidados paliativos apelando a las diversas ocasiones en que no habían podido prestar la atención necesaria a pacientes con dolores insoportables por falta de recursos y personal cualificado.

Los cuidados paliativos tienen como finalidad velar por la vida del enfermo hasta que este llega a su fin, aliviar el sufrimiento y proporcionar los medios para una muerte digna. "Paliar" significa mitigar el sufrimiento reafirmando la importancia de la vida, pero aceptando que la muerte es una realidad.

Se dice que la eutanasia es aquella práctica que tiene como fin evitar alargar el dolor y el sufrimiento; ¿pero este es el mejor y único medio para evitarlos? Es cierto que la eutanasia evita el sufrimiento; pero esto tiene un coste, la vida del enfermo. El fin es mitigar el sufrimiento y el dolor, pero no la vida de la persona, objetivo principal de los cuidados paliativos.

Un pronóstico de vida limitado permite remitir al paciente a un área sanitaria específica donde se pueda hacer una valoración multidimensional de la persona y ayudarla hasta el fin de su vida. Esta área sería la unidad de cuidados paliativos que cuenta con profesionales sanitarios como médicos, enfermeras, auxiliares, etc.; siendo recomendable contar con otros profesionales como pueden ser asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, asesores espirituales, abogados y voluntarios.

El cuidado de la vida es por tanto la primera responsabilidad que el médico experimenta en su encuentro con el enfermo y no puede reducirse a curar al enfermo; sino también cuando la curación es imposible o improbable, el acompañamiento médico es un deber ineludible, porque lo contrario constituiría un abandono inhumano del enfermo.

La gran mayoría de los encuestados valora la importancia de una supervisión exhaustiva por parte de los Comités de Ética en todas las solicitudes de eutanasia, lo que refleja una preocupación general por garantizar que este proceso se maneje con el mayor cuidado y responsabilidad posible. Las opiniones minoritarias sugieren que algunos consideran suficiente la intervención en casos específicos o que el proceso actual podría beneficiarse de una mayor agilidad. Tanto la composición

como las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación eran desconocidas para más del 80% de los sanitarios encuestados del HURJB.

Los derechos a no sufrir inútilmente y a decidir sobre sí mismo y sus intervenciones, amparan al paciente a renunciar a medidas extraordinarias en materia de procesos con fines terapéuticos, para poder acabar con su sufrimiento; siempre y cuando no se oculte o se sospeche una voluntad suicida.

Una vez regulada la eutanasia en España, muchos pacientes sienten la necesidad de acabar con su sufrimiento por lo que optan por acogerse a su derecho de solicitar la prestación de ayuda a morir (PAM). Al igual que en muchos artículos publicados recientemente y con resultados extrapolables a la población general se puede entrever al igual que comprobamos con este estudio, que la formación de sanitarios en la puesta en práctica de la ley ha sido nula y muchos médicos y enfermeras desconocen la forma y los protocolos que deben seguir para poder ayudar a esas personas que le solicitan la PAM o información sobre la misma (34).

Se debe asumir que en la vida de todo ser viviente, el dolor y la muerte son paradójicamente acompañantes íntegros de la vida misma. Es por ello que no debemos confundirlos con obstáculos, sino como dimensiones o etapas de la vida que aparecen con mayor o menor frecuencia en la vida del ser humano.

El estudio evidencia una falta generalizada de formación en la implementación de la LORE. Se sugiere incorporar la eutanasia en la formación universitaria y en protocolos institucionales. También se propone revisar los procedimientos de objeción de conciencia para evitar ambigüedades operativas.

Limitaciones, sesgos del estudio y propuestas para futuras investigaciones

En el presente estudio se utilizó una muestra no probabilística. Si bien se logró reunir un número adecuado de participantes, no se aplicó un muestreo aleatorio estricto, lo que podría limitar la representatividad de los resultados obtenidos y, por ende, la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros hospitales o contextos sanitarios.

La participación voluntaria en la encuesta introduce un posible sesgo de autoselección. Es previsible que hayan respondido con mayor frecuencia aquellos profesionales con un interés más marcado o con opiniones más definidas sobre la eutanasia, circunstancia que puede influir en el perfil y la distribución de las respuestas.

Otro aspecto relevante es la formación y el acceso limitado a información sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE). La ausencia de protocolos específicos o de una formación estructurada en el centro sanitario puede haber contribuido al bajo nivel de conocimiento reportado entre los encuestados, repercutiendo en la calidad y profundidad de las respuestas.

En cuanto al tamaño de la muestra por especialidad médica, algunos servicios contaron con muy pocos participantes —por ejemplo, neurología o hematología—, lo que restringe la solidez de los análisis diferenciados por especialidad y reduce la validez interna de las conclusiones extraídas.

Asimismo, se detectó un sesgo relacionado con el rango etario: el grupo más representado fue el de 30-39 años, que a su vez mostró la mayor tasa de objeción de conciencia. Esta sobrerrepresentación puede limitar la interpretación generacional y distorsionar la percepción del fenómeno en otros grupos de edad menos presentes en la muestra.

Finalmente, se propone que futuras investigaciones aborden este tema mediante metodologías mixtas, incorporando entrevistas en profundidad y análisis longitudinales que permitan evaluar la evolución del conocimiento y la implementación de la ley a lo largo del tiempo. Esta aproximación enriquecería la comprensión del fenómeno y contribuiría a elaborar recomendaciones más ajustadas a la realidad asistencial.

Entre las implicaciones prácticas, se recomienda incorporar contenidos específicos sobre la LORE en los programas de formación continua y de grado, así como diseñar protocolos institucionales claros. Adicionalmente, conviene revisar el proceso de objeción de conciencia y su registro, con el fin de evitar ambigüedades operativas y garantizar la transparencia tanto para los profesionales como para los pacientes.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo fue describir el porcentaje de conocimiento sobre la Ley Orgánica 3/2021 (LORE) entre médicos y enfermeras del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo. Se ha logrado cumplir este objetivo mediante la recogida de datos a través de una encuesta, constatando el nivel de conocimiento declarado por los profesionales sanitarios.

Respecto al primer objetivo secundario, que consistía en describir las características sociodemográficas de los encuestados, se ha cumplido mediante el análisis de variables como edad, sexo, formación, años de experiencia y creencias religiosas, reflejando la diversidad del perfil profesional de los participantes.

En relación con el segundo objetivo secundario, se ha descrito la opinión y el conocimiento de los profesionales sanitarios acerca de la eutanasia y el suicidio asistido, incluyendo sus percepciones sobre la claridad de la ley y su posicionamiento personal frente a estas prácticas.

Finalmente, el tercer objetivo secundario, que buscaba comparar el nivel de conocimiento sobre la ley según variables como sexo, edad, religión, formación y años de experiencia, se ha cumplido a través del análisis estadístico correspondiente, permitiendo identificar asociaciones relevantes entre dichas variables y el grado de conocimiento declarado por los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado. 2021;72(25/03/2021). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3/con>
2. Casado González M. La eutanasia representa una práctica contraria a la ética médica. Asociación española de derecho sanitario. 2018. Disponible en: <https://www.aeds.org/noticias-aeds/2018/03/06/dr-casado-la-eutanasia-representa-una-practica-contraria-a-la-etica-medica/>
3. Bosshard G, Jermini D, Eisenhart D, Bar W. Assisted Suicide Bordering on Active Euthanasia. *Int J Leg Med*. 2003;117(2):106–8. doi:10.1007/s00414-002-0346-3.
4. Altisent R, Nabal M, Muñoz P, Ferrer S, Delgado-Marroquín MT, Alonso A. Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? *Atención Primaria*. 2021;53(5):102057. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102057
5. Meneses Ramírez S, Hernández Xumet JE. ¿Los profesionales sanitarios están preparados para la eutanasia? *Rev Cuidar*. 2022;2:67-87. DOI: 10.25145/j.cuidar.2022.02.05.
6. GÜth U, Weitkunat R, McMillan S, Schneeberger AR, Battegay E. Cuando no existe causa de muerte: es hora de que la OMS cierre la brecha de clasificación de la CIE para la Ayuda Médica para Morir. *EClinicalMedicine*. 2023;65:102301. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102301.
7. Ortiz-Gonçalves B, Santiago-Sáez A, Albarrán Juan E, Labajo González E, Perea-Pérez B. Elaboración de un cuestionario sobre conocimientos y actitudes de la población madrileña frente al final de la vida. *Gaceta Sanitaria*. 2018;32(4):373-376. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.09.009
8. Ortiz-Gonçalves B, Albarrán Juan E, Labajo González E, Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. *Gaceta Sanitaria*. 2018;32(4):333-338. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.09.011
9. Trejo-Gabriel-Galán JM. Variabilidad geográfica del número de eutanasias en España un año después de su legalización. *Gaceta Sanitaria*. 2023;37(Enero):373-376. DOI: 10.1016/j.gaceta.2022.102251

10. Rivas Sucaria HC, Manrique Rabeloa CM, Flores Núñez AM, Rodríguez Eguizabala JL. Eutanasia y suicidio asistido, entre la ley y la política: España y Latinoamérica. *Atención Primaria*. 2022;54(11):e373-e376. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102472
11. Velasco Bernal C, Trejo-Gabriel-Galán JM. Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos. *Atención Primaria*. 2022;54(1):e373-e376. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102170
12. Valcárcel García M. El control de los objetores de conciencia tras la nueva ley de la eutanasia. *Bioderecho.es*. 2022;15(Enero-Junio). DOI: 10.6018/bioderecho.520541
13. Junta de Andalucía. La Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir analiza la evolución y el futuro de esta asistencia. Junta de Andalucía [Internet]. 2023 Dec 5 [cited 2024 Aug 20]. Available from: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/actualidad/noticias/detalle/464170.html>
14. Novoa-Jurado A, Melguizo-Jiménez M. La Medicina de Familia ante la ley sobre la ayuda médica para morir: responsabilidad y garantías. *Aten Primaria*. 2021;53(5):102058. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102058
15. Linde P. El Tribunal Superior de Justicia de Barcelona estudia revocar una solicitud aprobada, algo inédito en España. *Salud mental, cambios de opinión, la familia: hasta dónde llega la eutanasia*. *El País*. 2024 Aug 11. Available from: <https://elpais.com>
16. Linde P. La jueza paró la eutanasia de la mujer de Barcelona al no ver "un padecimiento grave y crónico". *El País*. 2024 Aug 14. Available from: <https://elpais.com>
17. EFE. La jueza da luz verde a la eutanasia de la joven de 24 años que paralizó su padre [Internet]. *EFE.com*. 2025 Mar 17 [cited 2025 Apr 10]. Available from: <https://efe.com/cataluna/2025-03-17/la-jueza-da-luz-verde-a-la-eutanasia-de-la-joven-de-24-anos-que-paralizo-su-padre/>

18. Álvarez Montero S. Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia. *Aten Primaria*. 2009;41(7):405-410. DOI: 10.1016/j.aprim.2009.01.004
19. Dugdale LS, Lerner BH, Callahan D. Pros and Cons of Physician Aid in Dying. *Yale J Biol Med*. 2019 Dec 20;92(4):747-750. PMID: 31866790; PMCID: PMC6913818.
20. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *Int J Public Health*. 2014 Feb;59(1):143-56. doi: 10.1007/s00038-013-0461-6.
21. Del Yerro Álvarez MJ. Euthanasia: What we know about assisted suicides within the first year since legalisation in Spain. *Olive Press News Spain* [Internet]. Available from: <https://www.theolivepress.es>.
22. Carenity. Assisted dying: What patients and their families really want [Internet]. Available from: <https://www.carenity.co.uk/condition-information/magazine/procedures-and-paperwork/assisted-dying-what-patients-and-their-families-really-want-639>.
23. Parra Jounou I, Triviño-Caballero R, Cruz-Piqueras M. For, against, and beyond: healthcare professionals' positions on Medical Assistance in Dying in Spain. *BMC Med Ethics*. 2024;25(1):69. doi:10.1186/s12910-024-01069-1.
24. Benrimoh D, Perreault A, Van Den Eynde F. Euthanasia requests in a psychiatric emergency room in Canada: A case series. Part 1 of the McGill University psychiatric euthanasia case series. *Int J Law Psychiatry*. 2017 Nov-Dec;55:37-44. doi:10.1016/j.ijlp.2017.01.004.
25. Velasco Bernal C, Trejo-Gabriel-Galán JM. Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos. *Revista* [Internet]. 2021 Nov 16;54(1):102170. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102170.

26. Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. Medicolegal aspects of euthanasia regulation law in Spain. *Span J Leg Med*. 2021 Jul-Sep;47(3):89-91. doi: 10.1016/j.remle.2021.04.001.
27. Ribeiro LC, Lima RC, Nascimento Júnior J. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Apr;47(2):305-12. doi: 10.1590/S0080-62342013000200027.
28. Carenity. Euthanasia and assisted dying legalised in Spain: Where are we now with death with dignity laws? [Internet]. Available from: <https://www.carenity.co.uk/condition-information/magazine/news/euthanasia-and-assisted-dying-legalised-in-spain-where-are-we-now-with-death-with-dignity-laws-1268>
29. Crusat-Abelló E, Fernández-Ortega P. Conocimientos y actitudes de las enfermeras en torno a la eutanasia a nivel internacional y nacional: revisión de la literatura. [Internet]. 2020 Feb 19 [cited 2021 Jan 16]; Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista>.
30. Carod Martínez G. La eutanasia en España. Estudio sociológico sobre la legalización y regulación de la prestación de ayuda para morir. *Rev Derecho UNED*. 2022;29:34287. doi: 10.5944/rduned.29.2022.34287.
31. Bogado F. Conocimientos y actitudes acerca de la eutanasia y el suicidio asistido en estudiantes y profesionales del área de salud del Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay. *Med Clin Soc*. 2020;4(1):10-17.
32. Sánchez IM. Implicaciones para los profesionales sanitarios de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *DS: Derecho y salud*. 2022;32(1):12-38.

33. Onieva-Zafra MD, Fernández-Muñoz JJ, Parra-Fernández ML, Romero-Blanco C, Fernández-Martínez E. Adaptación y validación al español de la Escala de Actitudes ante la Eutanasia. *Palliat Med.* 2020 Aug;27(5):1201-1212. doi: 10.1177/0969733019864162.
34. García-Moyano L, Bernat-Adell MD, Ballester-Arnal R, Gil-Juliá B. Validation and adaptation of the Spanish version of the Euthanasia Attitude Scale (EAS-ES-R) for healthcare professionals. *BMC Nurs.* 2024;23(1):59. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-02176-5>
35. Cristina López et al. Tesis doctoral "Encuesta sobre la ley de eutanasia y suicidio asistido". Noviembre2024. No publicada.

ANEXO 1: Resolución positiva CEIm



24/40

MODELO DE EVALUACIÓN ÉTICA. INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña. Ana María Gómez Pedrero, Secretaria del Comité Ético de Investigación con Medicamentos, del Hospital Universitario Fundación Alcorcón,

CERTIFICA

que este Comité ha evaluado la propuesta para que se realice el estudio con título:
Conocimiento de la ley de eutanasia y suicidio asistido en personales sanitarios del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo
y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

El Investigador se compromete a responder a los informes de seguimiento que desde el CEIm se les requiera.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado por el investigador principal:

D./Dña: **Gallardo Tienza, Juan**

Lo que firmo en Alcorcón,

**ANA MARIA
GOMEZ
PEDRERO - DNI
46853095W**

Firmado digitalmente por ANA MARIA GOMEZ PEDRERO - DNI 46853095W
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES, o=CONSEJERÍA DE SANIDAD DE MADRID, ou=CERTIFICADO ELECTRONICO DE EMPLEADO

PUBLICO, serialNumber=46853095W, sn=GOMEZ PEDRERO, givenName=ANA MARIA, cn=ANA MARIA GOMEZ PEDRERO - DNI 46853095W
Fecha: 2024.04.29 14:45:09 +02'00'

Fdo.: Dña. Ana María Gómez Pedrero
Secretaria Técnica CEIm HUFA

En el caso de que algún miembro participe en el ensayo o declare algún conflicto de interés, se ausentará durante la evaluación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: "Conocimiento de la ley de eutanasia y suicidio asistido en personales sanitarios del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo".

Investigador Principal: Juan Gallardo Tienza

Objetivo del Estudio: El objetivo principal de este estudio es evaluar el nivel de conocimiento que tienen los médicos y enfermeras del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo sobre la nueva Ley de Eutanasia en España (LORE). La información recopilada ayudará a comprender la percepción y comprensión de los profesionales de la salud sobre esta legislación reciente.

Procedimiento de Participación: La participación en este estudio implica completar una encuesta que consta de preguntas relacionadas con la Ley de Eutanasia en España (LORE). La encuesta será anónima y se recopilará de manera electrónica. La duración estimada para completar la encuesta es de 10 minutos.

Voluntariedad de Participación: La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a rechazar participar en cualquier momento, sin que ello afecte su relación con el Hospital Universitario Ruber Juan Bravo o con el equipo de investigación. Su decisión de participar o no participar no tendrá consecuencias negativas para usted.

Confidencialidad y Tratamiento de Datos: Toda la información recopilada en este estudio será tratada de forma confidencial y se utilizará únicamente para fines de investigación. No se compartirá información personal identificable con terceros. Los datos serán almacenados de forma segura y solo tendrán acceso a ellos el investigador principal y su equipo. Los resultados del estudio se presentarán de manera agregada, sin revelar la identidad de los participantes individuales.

Consentimiento: Al completar y enviar la encuesta, usted otorga su consentimiento para participar en este estudio de investigación. Entiende los objetivos del estudio, el procedimiento de participación, la voluntariedad de su participación y el tratamiento confidencial de sus datos.

Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o desea obtener más información, puede comunicarse con el investigador principal a través del correo electrónico jgtienza@gmail.com

Acepto participar en el estudio de investigación descrito anteriormente:

Sí, acepto participar.

No, no deseo participar.

Fecha:

Nombre del Participante:

Firma:

DATOS DE INTERÉS DEL ENCUESTADO:

GÉNERO: Masculino ___ Femenino ___

EDAD

1. 21-29

2. 30-39

3. 40-49

4. 50-60

5. >60

FORMACIÓN

1. Médico especialista

2. Enfermera
3. Residente

CENTRO DE TRABAJO

1. Público
2. Privado
3. Concertado
4. Público con gestión privada

TAMAÑO HOSPITAL

1. < 200
2. 200-500
3. > 500

AÑOS DE EXPERIENCIA

1. < 5 años
2. 6-15 años
3. > 15 años

ÁREA DE TRABAJO

1. Oncología
2. Medicina Interna
3. Cuidados Intensivos
4. Hematología
5. Neurología
6. Medicina del dolor
7. Cirugía General

FORMACIÓN EN BIOÉTICA (puede señalar más de una)

1. Ninguna
2. Durante el grado/carrera

3. Cursos de posgrado
4. Máster

FORMACIÓN EN PALIATIVOS (puede señalar más de una)

1. Ninguna
2. Durante el grado/carrera
3. Cursos de posgrado
4. Máster

RELIGIÓN

1. Cristiano
2. Musulmán
3. Otra (especificar): _____
4. Ninguna

CONOCIMIENTO Y OPINIÓN FRENTE A LA LEY:

1) ¿Conoce el contenido de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, por la cual se regula la eutanasia en España?

1. Sí
2. No*

*A fin de contestar esta encuesta, puede consultar el contenido de la Ley al final de este documento.

2) Desde la aprobación de la Ley, ¿ha recibido formación sobre ella en su centro de trabajo?

1. Sí
2. No

3) ¿Conoce el contenido de los procedimientos y protocolos (Manual Buenas Prácticas y Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho) elaborados por el Ministerio para la puesta en práctica de la Ley?

1. Sí
2. No

4) ¿En su centro de trabajo se han elaborado protocolos/procedimientos para la puesta en práctica de la Ley?

1. Sí
2. No

5) ¿Cree necesaria la formación sobre la LORE por parte de su centro de trabajo?

1. Sí
2. No

**6) ¿Qué contenido debería tener la formación sobre la LORE para los profesionales sanitarios?
(puede señalar más de una)**

1. Explicaciones conceptuales.
2. Requisitos para solicitar la eutanasia.
3. Procedimiento de puesta en práctica.
4. Puesta en práctica de los procedimientos (fármacos, etc.)
5. Objeción de conciencia.
6. Habilidades de comunicación y para deliberación
7. Otros _____

7) ¿Considera que las definiciones que aparecen en la Ley son claras?

1. Sí
2. No

8) ¿Considera que las definiciones de la Ley son suficientes?

1. Sí
2. No

9) Los requisitos para solicitar la eutanasia en la Ley:

1. Son suficientes.
2. Son demasiados, deberían ser menos.
3. Son escasos, deberían ser más

10) ¿Considera que el procedimiento de la Ley es claro?

1. Sí
2. No

11) La figura y funciones del médico responsable:

1. Son suficientes y claras.
2. Son suficientes, pero resultan confusas.
3. Son claras, pero insuficientes.
4. Son insuficientes y confusas.

12) La figura y funciones del médico consultor:

1. Son suficientes y claras.
2. Son suficientes, pero resultan confusas.
3. Son claras pero insuficientes
4. Son insuficientes y confusas.

13) La figura y funciones de la comisión de garantías:

1. Son suficientes y claras.
2. Son suficientes, pero resultan confusas.
3. Son claras pero insuficientes
4. Son insuficientes y confusas.

14) La figura y funciones de la enfermera:

1. Son suficientes y claras.
2. Son suficientes, pero resultan confusas.
3. Son claras pero insuficientes

4. Son insuficientes y confusas.

15) La figura y funciones del equipo asistencial:

1. Son suficientes y claras.
2. Son suficientes, pero resultan confusas.
3. Son claras pero insuficientes
4. Son insuficientes y confusas.

16) ¿Qué profesionales considera que deben participar en el proceso de la prestación de ayuda para morir? (puede señalar más de una):

1. Médico responsable
2. Médico Consultor
3. Enfermera responsable
4. Psicólogo
5. Trabajador Social
6. Farmacéutico
7. Psiquiatra
8. Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería

17) Desde la aprobación de la Ley: ¿algún paciente le ha solicitado la prestación de ayuda a morir?

1. Sí
2. No

18) Desde la aprobación de la Ley: ¿algún paciente le ha solicitado información sobre la Ley?

1. Sí
2. No

19) Desde la aprobación de la Ley: si un paciente le solicitara la prestación de ayuda para morir ¿sabría cómo llevar a cabo el procedimiento?

1. Sí
2. No

20) Desde la aprobación de la Ley: ¿ha participado en la prestación de ayuda para morir de un paciente?

1. Sí
2. No

21) ¿Considera que usted es objetor de conciencia sobre la Ley?

1. Sí
2. No

22) ¿Se ha registrado como objetor?

1. Sí
2. No

23) ¿Cuál sería el motivo o los motivos principales para objetar? (puede señalar más de una)

1. Defensa de la vida.
2. Creencias religiosas.
3. Atenta los principios deontológicos de la profesión.
4. Va en contra del juramento hipocrático.
5. Desconocimiento del procedimiento.
6. Miedo a una denuncia.
7. Temor al desprestigio profesional.
8. Otros (especificar)_____

24) Respecto a los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria de los centros sanitarios:

1. No deben tener ninguna función de la puesta en práctica de la eutanasia.
2. Deberían supervisar todas las solicitudes de eutanasia.
3. Sólo deben intervenir cuando los profesionales o los pacientes tengan dudas éticas.

4. Otro (indicar)_____

25) ¿Conoce la composición de la Comisión de Garantía y Evaluación?

1. Sí
2. No

26) ¿Conoce las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación?

1. Sí
2. No

OPINIÓN EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO.

27) ¿Cuáles cree que son las causas principales que llevan a una persona enferma a pedir terminar con su vida? (puede señalar más de una):

1. Depender de otras personas para cubrir sus necesidades básicas
2. Sentir un sufrimiento insoportable
3. Sentir un síntoma físico insoportable
4. Sentir que es una carga para su familia
5. Perder la autonomía física (independencia)
6. Sentirse deprimida
7. El miedo a la pérdida completa y definitiva de las capacidades cognitivas
8. No encontrarle sentido a la vida
9. Otro _____

28) La eutanasia:

1. Es algo inmoral y esta ley la está normalizando.
2. Es algo inmoral, pero esta ley es adecuada porque permite la objeción de conciencia.
3. Es una práctica correcta y esta ley era necesaria.
4. Es una práctica correcta, pero la regulación legal no era prioritaria, era más prioritario mejorar los cuidados paliativos.

29) El suicidio médicamente asistido:

1. Es algo inmoral y esta ley la está normalizando.
2. Es algo inmoral, pero esta ley es adecuada porque permite la objeción de conciencia.
3. Es una práctica correcta y esta ley era necesaria.
4. Es una práctica correcta, pero la regulación legal no era prioritaria, era más prioritario mejorar los cuidados paliativos.

30) El suicidio médicamente asistido:

1. El moralmente similar a la eutanasia.
2. Es moralmente mejor que la eutanasia.
3. Es moralmente peor que la eutanasia.

31) La sedación paliativa:

1. El moralmente similar a la eutanasia.
2. Es moralmente mejor que la eutanasia.
3. Es moralmente peor que la eutanasia.

32) La sedación paliativa:

1. El moralmente similar al suicidio médicamente asistido.
2. Es moralmente mejor que al suicidio médicamente asistido.
3. Es moralmente peor que al suicidio médicamente asistido.

33) ¿Cree que ha sido correcta la aprobación y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en España?

1. Sí
2. No

ANEXO 3: Variables

VARIABLE	CATEGORÍA/UNIDAD DE MEDIDA	EXPLICACIÓN
Género	Masculino/Femenino	
Edad	21-29,30-39,40-49,50-60, >60	
Formación	Médico especialista /Residente, Enfermera	
Años_Experiencia	<5, 6-15, >15	
Área_Trabajo	Oncología, Med. Interna, Cuidados Intensivos, Hematología, Neurología, Med. Del dolor, Cirugía general, Urgencias/Med. Familia, Cardiología	
Formación_Bioética	Ninguna, Durante grado/carrera, Cursos Posgrado, Máster	
Formación_Paliativos	Ninguna, Durante grado/carrera, Cursos Posgrado, Máster	
Religión	Cristiano, Musulmán, Ninguna, Otro	
Contenido (Variable principal)	Sí/No	Evalúa si conoce el contenido de la Ley 3/2021

Formación_Ley_Eutanasia	Sí/No	Evalúa si ha recibido formación sobre la ley en su centro de trabajo
Contenido_procedimiento	Sí/No	Evalúa si conoce el contenido de los procedimientos y protocolos elaborados por el Ministerio para la puesta en práctica de la ley (Manual Buenas Prácticas y Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho)
Elaboración_protocolos	Sí/No	Evalúa si se han elaborado en su centro de trabajo protocolos/procedimientos para la puesta en práctica de la LORE

Necesaria_ formación	Sí/No	Indica si el encuestado considera necesaria formación sobre la LORE en su centro de trabajo
Contenido_ formación	Explicaciones conceptuales, Requisitos para solicitar eutanasia, Procedimientos de puesta en práctica, Puesta en práctica de los procedimientos, Objeción de conciencia, Habilidades de comunicación para la deliberación, Otro	Evalúa qué contenido debería tener la formación sobre la LORE
Def_ claras	Sí/No	Evalúa si las definiciones que aparecen en la LORE son claras.
Def_ suficientes	Sí/No	Evalúa si las definiciones que aparecen en la LORE son suficientes.
Requisitos_ eutanasia	Suficientes, Demasiados y deberían ser menos, Escasos y deberían ser más	Evalúa cómo son los requisitos de la LORE

Procedimiento_claro	Sí/No	Evalúa la claridad del procedimiento de la LORE.
Fig_fun_med_respo	Suficientes y claras, Suficientes pero resultan confusas, Claras pero insuficientes, Insuficientes y confusas	Indica cómo es la figura y funciones del médico responsable en la LORE.
Fig_fun_med_consultor	Suficientes y claras, Suficientes pero resultan confusas, Claras pero insuficientes, Insuficientes y confusas	Indica cómo es la figura y funciones del médico consultor en la LORE.
Fig_fun_comisión	Suficientes pero resultan confusas, Claras pero insuficientes, Insuficientes y confusas	Indica cómo es la figura y función de la comisión de garantías en la LORE.
Fig_fun_enfermera	Suficientes pero resultan confusas, Claras pero insuficientes, Insuficientes y confusas	Indica cómo es la figura y función de la enfermera en la LORE.
Fig_fun equip_asistencial	Suficientes pero resultan confusas, Claras pero insuficientes, Insuficientes y confusas	Indica cómo es la figura y función del equipo asistencial en la LORE.

Profesionales_presta_ayuda_morir	Médico responsable, Médico consultor, Enfermera responsable, Psicólogo, Trabajador social, Farmacéutico, Psiquiatra, TECAE	Evalúa qué profesionales consideran que deben participar en el proceso de la prestación de ayuda para morir
Ayuda_morir_solicitud	Sí/No	Indica si algún paciente le ha solicitado la prestación de ayuda para morir.
Ayuda_morir_info	Sí/No	Indica si algún paciente le ha solicitado información sobre la LORE.
Ayuda_morir_procedimiento	Sí/No	Evalúa si sabría cómo llevar a cabo el procedimiento si un paciente le solicitara la prestación de ayuda para morir.

Ayuda_morir_participación	Sí/No	Indica si el encuestado ha participado desde la aprobación de la LORE en la prestación de ayuda a morir de un paciente.
Objetor	Sí/No	Indica si el encuestado es objetor de conciencia.
Registro_objetor	Sí/No	Indica si está registrado como objetor.
Motivos_objeción	Defensa de la vida, Creencias religiosas, Atenta los principios deontológicos de la profesión, Va en contra del juramento hipocrático, Desconocimiento del procedimiento, Miedo a una denuncia, Temor al desprestigio profesional, Otro	Razones de objeción a la eutanasia.

Ceas_funciones	No deben tener ninguna función de la puesta en práctica de la eutanasia, Deberían supervisar todas las solicitudes de eutanasia, Sólo deberían intervenir cuando los profesionales o los pacientes tengan dudas éticas, Otro	Evalúa la opinión sobre la funciones de los CEAS.
Composición_comisiones	Sí/No	Indica si se conoce la composición de la Comisión de Garantía y Evaluación.
Func_comisión	Sí/No	Indica si se conocen las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación.

<p>Causas_solicitud_ayuda_morir</p>	<p>Depender de otras personas para cubrir sus necesidades básicas, Sentir un sufrimiento insoportable, Sentir un síntoma físico insoportable, Sentir que es una carga para su familia, Perder la autonomía física, Sentirse deprimida, El miedo a la pérdida completa y definitiva de las capacidades cognitivas, No encontrarle sentido a la vida, Otro</p>	<p>Evalúa cuáles son las principales causas que llevan a una persona enferma a pedir terminar con su vida</p>
<p>Eutanasia_opinión</p>	<p>Es algo inmoral y esta ley la está normalizando, Es algo inmoral pero esta ley es adecuada porque permite la objeción de conciencia, Es una práctica correcta y esta ley era necesaria, Es una práctica correcta pero la regulación legal no era prioritaria y era más prioritario mejorar los cuidados paliativos</p>	

Suicidio_asistido_opinión	Es algo inmoral y esta ley la está normalizando, Es algo inmoral pero esta ley es adecuada porque permite la objeción de conciencia, Es una práctica correcta y esta ley era necesaria, Es una práctica correcta pero la regulación legal no era prioritaria y era más prioritario mejorar los cuidados paliativos	
Suicidio_asistido_vs_eutanasia	Similar, moralmente mejor, moralmente peor	Comparación entre suicidio asistido y eutanasia.
Sedación_paliativa_vs_eutanasia	Similar, moralmente mejor, moralmente peor	Comparación entre sedación paliativa y eutanasia.
Sedación_paliativa_vs_suicidio_asistido	Similar, moralmente mejor, moralmente peor	Comparación entre sedación paliativa y suicidio asistido.

Aprobación_ley	Sí/No	Indica si ha sido correcta la aprobación y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.
----------------	-------	---