

Original

La eutanasia: un estudio de metodología mixta sobre la experiencia de los referentes en Cataluña



Núria Masnou^{a,b,*}, Anna Quintanas^c, Carla Planas^d y Albert Planes^{e,b}

^a Departamento de Donación y Trasplantes, Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España

^b Comisión de Garantía y Evaluación de Catalunya (CGAC), España

^c Departamento de Filosofía, Universidad de Girona, Observatorio de Ética Aplicada a la Acción Social, Psicoeducativa y Sociosanitaria, Girona, España

^d Comité de Ética Asistencial, Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España

^e Centro de Atención Primaria Santa Eugènia de Berga, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de junio de 2024

Aceptado el 19 de octubre de 2024

On-line el 3 de diciembre de 2024

Palabras clave:

Eutanasia

Suicidio médicamente asistido

Muerte asistida

Final de vida

Prestación sanitaria

Personal sanitario

R E S U M E N

Objetivo: Identificar fortalezas y dificultades en la prestación de ayuda a morir (PAM) a partir de la experiencia de los referentes de eutanasia del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

Método: Estudio de metodología mixta (n = 31) utilizando dos cuestionarios de preguntas cerradas (análisis cuantitativo) y dos entrevistas estructuradas con campos libres (análisis cualitativo), autoadministrados por correo electrónico. Los recibieron todos los referentes del ICS (n = 50). Los primeros cuestionario (n = 31) y entrevista (n = 12) fueron dirigidos a todos los referentes. Los segundos cuestionario (n = 7) y entrevista (n = 6) fueron dirigidos solo a aquellos que también habían intervenido directamente en una PAM. Los resultados se triangularon y se presentan integrados.

Resultados: De la integración de las respuestas cuantitativas y cualitativas emergieron seis bloques temáticos: 1) dedicación y compensación; 2) formación; 3) puntos débiles y dificultades; 4) impacto emocional y psicológico; 5) consideraciones sobre cuestiones de final de vida; 6) motivaciones y consejos de los referentes. Del análisis conjunto se desprendieron propuestas de mejora: compensar la sobrecarga que supone la PAM, mejorar la formación, asegurar que la objeción de conciencia se ajuste a la ley y revisar aspectos de la LORE, como trámites, plazos, interdisciplinariedad, ambigüedades y supuestos excluidos. Se constató la utilidad de la figura del referente, que respetar la autonomía del paciente compensa las emociones negativas de la mayoría de profesionales, y que la PAM favorece la reflexión sobre los fines de la medicina.

Conclusiones: La experiencia de los referentes puede orientar a otros profesionales y sugerir directrices para responsables institucionales y gestores sanitarios.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Euthanasia: a mixed-methods study on referents' experience in Catalonia

A B S T R A C T

Keywords:

Euthanasia

Medically assisted suicide

Assisted death

End of life

Healthcare systems

Healthcare providers

Objective: To identify strengths and challenges in the provision of assistance in dying (PAM) based on the experiences of the Catalan Health Institute (ICS) euthanasia referents.

Method: Mixed-methods study (n = 31), using two closed-ended questionnaires (quantitative analysis) and two structured interviews with open-ended fields (qualitative analysis), self-administered via email. All ICS referents (n = 50) received them. The first questionnaire (n = 31) and interview (n = 12) were addressed to all referents. The second questionnaire (n = 7) and interview (n = 6) were directed only to those who had also directly participated in a PAM. The results were triangulated and are presented as an integrated analysis.

Results: From the integration of quantitative and qualitative responses, six thematic blocks emerged: 1) dedication and compensation; 2) training; 3) weak points and difficulties; 4) emotional and psychological impact; 5) considerations on end-of-life issues; and 6) motivations and advice from contacts. From the joint analysis, proposals for improvement were concluded: compensate for the workload that PAM implies, improve training, ensure that conscientious objection is in accordance with the law, and review aspects of the LORE, as procedures, deadlines, interdisciplinarity, ambiguities, and excluded cases. It was established: the usefulness of the referent role; respecting patient autonomy offsets negative emotions in professionals; PAM promotes reflection on the purposes of medicine.

Conclusions: Euthanasia referents' experiences can guide other professionals and suggest guidelines for institutional leaders and health managers.

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: nmasnou.girona.ics@gencat.cat (N. Masnou).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102435>

0213-9111/© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En junio de 2021 entró en vigor la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE)¹. En Cataluña, para facilitar la implementación² de la prestación de ayuda a morir (PAM) se articuló la red de referentes de eutanasia del Instituto Catalán de la Salud (ICS)³, cuya finalidad es acompañar a los profesionales que reciben las solicitudes.

El objetivo principal de esta investigación es examinar las experiencias de los profesionales de la salud a partir del análisis de la experiencia de los referentes del ICS. El ámbito territorial tiene representatividad, pues en 2022 Cataluña recibió el 30% (175) de todas las solicitudes del Estado español (576)⁴.

Los objetivos específicos fueron: 1) analizar las fortalezas y las debilidades de la PAM, 2) facilitar el aprendizaje de los profesionales desde experiencias pioneras y 3) proponer mejoras para la LORE.

Al iniciar la investigación no se disponía de ningún estudio sobre las experiencias de profesionales con la PAM en el contexto catalán. Según una encuesta (2021) del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña a 15.000 profesionales, el 91,6% eran favorables a la regulación de la eutanasia⁵. Aun así, se partió de la hipótesis de que la PAM generaría un impacto emocional en los profesionales, además de dificultades procedimentales y burocráticas⁶, basándose en lo expresado en un foro de discusión profesional⁷, en el cual uno de los participantes lo describió como un camino complejo «del temor a la paz».

Los estudios en países con mayor experiencia⁸ destacan esta ambivalencia emocional, condicionada por el marco legislativo y el modo de implementación de la prestación. Algunas investigaciones cualitativas en médicos canadienses⁹ y holandeses^{10,11} constatan estados emocionales concordantes con cada fase del proceso, concluyendo que la satisfacción profesional al respetar la autonomía del paciente compensa las incomodidades. Un estudio cualitativo¹² recoge las experiencias de profesionales en Cataluña, identificando distintas fuentes de malestar (administrativas, morales, psicológicas, psicosociales y estructurales). El presente estudio, realizado simultáneamente, tiene un objetivo más amplio: identificar las dificultades de la PAM, pero también sus fortalezas, y elaborar propuestas de mejora.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal de metodología mixta¹³. Al no disponer inicialmente de estudios previos sobre experiencias de profesionales con la PAM, se incorporó la metodología cualitativa¹⁴ con enfoque fenomenológico¹⁵ para poder contrastar y matizar los datos cuantitativos¹⁶. Para el diseño de la parte cuantitativa se utilizaron distintas variables: numéricas, dicotómicas, categóricas verbales, de puntuación continua en una escala de 0 a 5, y escalas tipo Likert.

Lugar y periodo del estudio

Se llevó a cabo en Cataluña desde octubre de 2022 hasta diciembre de 2023. El 17-4-2023 se envió un correo electrónico a todos los referentes del ICS con el enlace a los dos cuestionarios (véase el [Material suplementario, Cuestionario S1](#)) y a las dos entrevistas

estructuradas (véase el [Material suplementario, Entrevista S2](#)), depositados en una cuenta de Microsoft Forms custodiada por el ICS.

Muestreo

El muestreo fue intencional: se escogieron los referentes del ICS por su visión amplia de la PAM. Algunos también habían intervenido directamente en algún proceso de eutanasia. Los 50 referentes de eutanasia del ICS, que constituían el universo total disponible, recibieron por correo electrónico los dos cuestionarios y las dos entrevistas; de estos, los que respondieron conformaron la muestra del estudio.

Características de la muestra

Los primeros cuestionario (n=31) y entrevista (n=12) fueron dirigidos a todos los referentes. Los segundos cuestionario (n=7) y entrevista (n=6) fueron dirigidos solo a aquellos que también habían intervenido directamente en una PAM.

Las variables sociodemográficas de los participantes y del universo de la muestra se presentan en la [tabla 1](#). La muestra refleja adecuadamente las características del universo en términos de ámbito asistencial, sexo y profesión ([Tabla 1](#)).

Análisis de las variables

Los datos cuantitativos se analizaron con Microsoft Excel y los datos cualitativos en tres fases: 1) identificación y etiquetaje de unidades de significado, 2) elaboración de categorías y subcategorías, y 3) agrupación en áreas temáticas. Los datos se triangularon e integraron, agrupando resultados comunes, redefiniendo bloques temáticos y resaltando diferencias o especificaciones cualitativas.

Tratamiento de los datos

Para acceder a los formularios, los referentes debían otorgar el consentimiento informado. Los datos se codificaron inmediatamente después de ser recogidos.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, de Girona, con la correspondiente autorización de la institución (ICS). El ICS fue el responsable del tratamiento de los datos según la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre, y el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo, de 27 de abril de 2016, de protección de datos.

Resultados

Los resultados del análisis de los datos cuantitativos y cualitativos se presentan integrados, divididos en seis bloques temáticos. Si no se indica lo contrario, se hace referencia a los datos cuantitativos. Las especificaciones extraídas de la parte cualitativa se reseñan explícitamente. Las [tablas 2 a 4](#) contienen los datos resultantes de los cuestionarios, y en las [tablas S1 y S2 del Material suplementario](#) se exponen las narrativas de la parte cualitativa (entre paréntesis,

Tabla 1
Características del universo y de la muestra

Características del universo (n = 50)		Características de la muestra (n = 31)	
Profesión	Medicina (56%) Enfermería (30%) Trabajo social (8%) Farmacología (2%) Dirección asistencial (4%)	Sexo	Mujeres (70%) Hombres (30%)
Ámbito	Atención primaria (66%) Atención hospitalaria (30%) Centro corporativo (4%)	Especialidad	Medicina familiar y comunitaria (40%) Medicina intensiva (4%) Geriatría (2%) Medicina paliativa (2%) Neurología (2%) Farmacología clínica (2%) No especificada (48%)
Características de la muestra (n = 31)		Características de la muestra (n = 31)	
Cuantitativa (n = 31)		Cualitativa (n = 12)	
Cuestionario 1: n = 31	Para todos los referentes	Entrevista 1: n = 12	Para todos los referentes
Cuestionario 2: n = 7	Solo para referentes que hubieran realizado una PAM	Entrevista 2: n = 6	Solo para referentes que hubieran realizado una PAM
Profesión	Medicina (61%) Enfermería (26%) Trabajo social (13%)	Profesión	Medicina (75%) Enfermería (25%) Trabajo social (0%)
Ámbito	Atención primaria (68%) Atención hospitalaria (32%)	Ámbito	Atención primaria (67%) Atención hospitalaria (33%)
Especialidad	Medicina familiar y comunitaria (33%) Geriatría (7%) Medicina intensiva (7%) Medicina paliativa (4%) Neurología (4%) Farmacología clínica (4%) Medicina interna (4%) No especificada (mayoría de enfermería y trabajo social) (37%)	Especialidad	Medicina familiar y comunitaria (50%) Neurología (18%) Medicina intensiva (8%) Paliativos (8%) Farmacología clínica (8%) No especificada (personal de enfermería) (8%)
Sexo	Mujeres (81%) Hombres (19%)	Sexo	Mujeres (67%) Hombres (33%)
Edad y experiencia	Más de 40 años de edad (87%) Más de 20 años de experiencia profesional (71%)	Edad y experiencia	Más de 40 años de edad (84%) Más de 20 años de experiencia profesional (71%)

PAM: prestación de ayuda a morir.

el código ID del referente, la profesión y el sexo). Las puntuaciones sobre 5 indican la media de las puntuaciones que los participantes dieron a un continuo numérico de 0 a 5, donde el 0 indica ausencia, el 1 es el nivel más bajo y el 5 es el nivel más alto.

Dedicación y compensación

Según los referentes, la PAM exige un alto nivel de compromiso profesional (4,7), y puntuaron el compromiso de los profesionales asesorados con un 4,2.

El 70% consideraron que su tarea debería haberse compensado. Únicamente el 52% recibió compensación, principalmente flexibilidad horaria y descarga asistencial. El 32,3% habrían preferido compensación económica o días de permiso. En la parte cualitativa, la mayoría constataron falta de apoyo institucional (véase [Tabla S2 del Material suplementario](#)). Los hombres recibieron un 36% más compensaciones que las mujeres.

Formación

Gracias a la formación específica recibida, se consideraron preparados para actuar como referentes (4,0), y objetivaron una formación deficitaria en los profesionales asesorados (1,9).

Los referentes puntuaron su formación universitaria en atención al final de la vida con 0,9, y durante la especialización con 2,4. El 93,6% consideraron importante la formación en gestión emocional y bioética para una asistencia de calidad al final de la vida, y puntuaron la formación en gestión emocional de los profesionales

Tabla 2
Tipos de consultas que recibieron los referentes (n = 31)

Tipos de consultas	N.º de consultas
Gestión de la documentación y procedimientos	110
Falta de tiempo	81
Temor a asumir una PAM	77
Apoyo emocional al profesional	74
Uso de los fármacos	70
Dudas legales	69
Dudas éticas	65
Dificultades para contactar con un médico consultor	62
Reticencias a asumir una PAM	60
Falta de apoyo institucional	53
Objeción de conciencia	53
Actitud de los familiares o entorno del paciente	53
Conflictos en relación con los propios valores personales del profesional	51
Conflictos entre el principio de autonomía del paciente, beneficencia y no maleficencia	49
Dudas deontológicas	44
Actitud del paciente	37
Incomodidad causada por la proximidad de la muerte del paciente	37
Falta de recursos materiales	35
Dificultades para contactar con un referente	32
Dudas del profesional en relación con sus creencias religiosas	24

PAM: prestación de ayuda a morir.

asesorados con 2,6. Respecto a las diferencias por profesión, enfermería otorgó mayor importancia a la formación en PAM (5) que medicina (4,2) y trabajo social (2,7).

Tabla 3
Emociones de los referentes durante la prestación de ayuda a morir y una vez finalizada esta (n = 31)

Emociones positivas y negativas de los propios referentes ^a	Durante la PAM	Una vez finalizada la PAM
<i>Emociones positivas</i>		
Empatía	3,6	3,3
Satisfacción profesional	3,4	3,2
Satisfacción personal	3,3	3,0
Serenidad	2,7	3,0
Gratitud	2,6	2,8
Paz	2,6	2,9
Satisfacción por compasión	2,5	2,4
Alivio	2,3	2,6
<i>Emociones negativas</i>		
Angustia personal	1,8	0,6
Estrés moral como profesional	1,7	0,7
Incertidumbre sobre si la PAM se podría desarrollar correctamente	1,6	0,8
Soledad	1,3	0,8
Temor	1,1	0,4
Fatiga por compasión	1	0,5
Desconcierto	0,9	0,5
Sorpresa	0,9	0,5
Tristeza	0,8	0,4
Sensación de fracaso por muerte previa del paciente	0,7	1
Rabia	0,6	0,3
Sentimiento de culpa por realizar una PAM	0,2	0,3

PAM: prestación de ayuda a morir.

^a Puntuación media en una escala de 0 a 5, donde el 0 indica ausencia, 1 es el nivel más bajo y 5 es el nivel más alto.

Puntos débiles y dificultades

1) De carácter laboral, logístico o legal

Los referentes atendieron demandas principalmente sobre gestión documental/procedimental, falta de tiempo, dudas ético-legales y uso de fármacos (Tabla 2).

En la parte cualitativa, surgieron propuestas de modificación de la LORE en un futuro: flexibilización de plazos, revisar supuestos excluidos y casos ambiguos, y dar mayor protagonismo al personal de enfermería (véase Tabla S2 del Material suplementario). Además, se identificaron problemas organizativos, como la coordinación entre atención primaria y hospitalaria, o la logística para la donación de órganos.

2) De carácter emocional, personal o social

El temor a asumir una PAM y el apoyo emocional ocuparon la tercera y la cuarta posiciones dentro de las peticiones de ayuda de los profesionales (Tabla 2). También aparecieron en la franja alta las reticencias iniciales de algunos profesionales. En la parte cualitativa, algún referente las relacionó con la falta de tiempo. También explicitaron malestar por la poca implicación de profesionales concretos (véase Tabla S2 del Material suplementario), por desacuerdos entre el médico responsable y el consultor, y por temer que alguna solicitud denegada desembocara en suicidio (véase Tabla S2 del Material suplementario).

3) Impacto emocional y psicológico

Un 77% experimentaron un nivel medio-bajo de incomodidad o inseguridad (2) durante el proceso de asesoramiento, el 13% incomodidad nula y el 10% alta. El nivel fue más alto durante los primeros momentos o días desde la petición de apoyo. En ninguna fase la media superó el 2: desde 1,6 al inicio hasta 1,2 el día de la administración de los fármacos y 0,7 después del cierre. Las causas principales de dicha incomodidad fueron las reticencias iniciales de

algunos profesionales asesorados, la falta de tiempo y de apoyo institucional, y la complejidad de la gestión documental. En la parte cualitativa, la incomodidad o inseguridad se atribuyó a no saber cómo evolucionaría la prestación ni cuál sería el desenlace (véase Tabla S1 del Material suplementario).

Cuando se preguntó a los referentes sobre sus emociones positivas y negativas, en el cómputo global predominan las positivas: empatía, satisfacción profesional y personal, paz y serenidad (Tabla 3; véase Tabla S1 del Material suplementario). Según los referentes, también habría sido así para los profesionales asesorados. En algunos casos especificaron que el nivel final de satisfacción o serenidad varió según cada profesional y las particularidades de cada PAM (véase Tabla S1 del Material suplementario). Respeto a las diferencias por profesión, se reportó mayor empatía por parte de enfermería (4,3) que de medicina (3,3) y trabajo social (1,5); en cambio, se reportó mayor estrés moral por parte de medicina (3) que de enfermería (1,8) y trabajo social (2,7).

Los referentes observaron emociones negativas más intensas en los profesionales asesorados (angustia, estrés moral o temor) debido a aspectos específicos de cada caso: muertes prematuras o dificultades burocráticas (véase Tabla S1 del Material suplementario). Consideraron que estas emociones disminuyeron significativamente después del cierre. Los referentes que han realizado una PAM también reportan agotamiento físico y psicológico tras la prestación (véase Tabla S1 del Material suplementario).

Las fases emocionales, de los propios referentes y de lo que percibieron en los profesionales asesorados, son:

- Primeros momentos o días tras la solicitud: mayor angustia, inquietud e inseguridad (véase Tabla S1 del Material suplementario).
- Periodo intermedio: cierta inseguridad, estrés y cambios de estado anímico (véase Tabla S1 del Material suplementario).
- Día de administración de los fármacos: ambivalencia emocional, empatía y tristeza; mayor afectación en profesionales de enfermería (véase Tabla S1 del Material suplementario).

Tabla 4

Aspectos que los referentes creen que han ayudado a los profesionales a gestionar la carga emocional de la prestación de ayuda a morir (n = 31)

Aspectos ^a	Puntuación
El deber de respetar la autonomía del paciente	4
La empatía	3,8
El deber de proteger la dignidad del paciente	3,7
El apoyo de los referentes	3,6
Apelar a la responsabilidad o al compromiso profesional	3,3
La compasión	3,3
La formación recibida	2,8

^a Puntuación media en una escala de 0 a 5, donde el 0 indica ausencia, 1 es el nivel más bajo y 5 es el nivel más alto.

- Después de la PAM: sensación de paz y satisfacción por respetar la voluntad del paciente; agotamiento físico y mental (véase [Tabla S1 del Material suplementario](#)).

Los aspectos que según los referentes facilitaron la gestión de la carga emocional a los profesionales asesorados fueron el respeto a la autonomía del paciente (4,0), la empatía (3,8), proteger la dignidad del paciente (3,7), y compasión y compromiso profesional (3,3) ([Tabla 4](#)). Para el 93% de los referentes encuestados, las emociones negativas quedaron compensadas por el hecho de poder respetar la voluntad del paciente.

4) Consideraciones sobre cuestiones de final de vida

En la parte cualitativa se valoraron los aprendizajes extraídos de la PAM: mayor concienciación sobre los límites de la medicina y el carácter inevitable de la muerte, constatación de que el sufrimiento físico y psicológico no siempre se puede evitar o paliar, respetar la diversidad de formas de afrontar la muerte y que es posible morir en paz (véase [Tabla S2 del Material suplementario](#)).

Casi todos creen que la LORE promueve una medicina más respetuosa con la autonomía del paciente, aunque en términos generales aún se requiere equilibrar el enfoque tradicional de «salvar vidas» con una atención al bienestar integral del paciente, incluyendo hacerse cargo del sufrimiento físico y psicológico (véase [Tabla S2 del Material suplementario](#)).

5) Motivaciones y consejos de los referentes

En la parte cualitativa, la mayoría indicó que su motivación para ser referente provenía de su interés por mejorar la atención al final de la vida y respetar la voluntad del paciente. Esta última se reforzó constatando la firmeza de las decisiones (véase [Tabla S2 del Material suplementario](#)). Otras fuentes motivacionales fueron la formación recibida, la red de referentes y la oficina PAM (véase [Tabla S2 del Material suplementario](#)). No obstante, piden sustituir el voluntarismo por compensaciones y reconocimiento institucional (véase [Tabla S2 del Material suplementario](#)).

Como recomendaciones para futuros referentes señalan centrarse en las necesidades del paciente, ofrecer apoyo continuado a los profesionales asesorados y formación continuada. Algunos subrayan la importancia de la preparación emocional (véase [Tabla S2 del Material suplementario](#)) mediante sesiones previas con psicología o espacios de autocuidado y apoyo mutuo.

Discusión

De los resultados obtenidos emergieron propuestas de mejora. En primer lugar, es necesario potenciar la formación en PAM, en atención al final de la vida, en bioética y en gestión emocional de

los profesionales, para facilitar las relaciones con los pacientes y su entorno, así como también entre el equipo asistencial. En los aspectos laboral, logístico y legal es fundamental materializar el apoyo institucional a los profesionales, compensando la PAM, creando espacios de intercambio de experiencias y facilitando el acceso a apoyo psicológico. Asimismo, debería mejorarse la coordinación entre la atención primaria y la atención hospitalaria, y asegurar que la objeción de conciencia se ajuste a la ley. Además, se sugiere optimizar la opción de autoadministración para el suicidio médicamente asistido, y revisar la LORE para simplificar trámites, fomentar la interdisciplinariedad y debatir sobre la flexibilización de plazos, los supuestos no incluidos y los casos ambiguos. Por último, se debe garantizar el acceso a una atención integral, a cuidados paliativos y a ayudas socioeconómicas para que la PAM sea solo una opción más.

En una sociedad con un tabú arraigado sobre la muerte¹⁷⁻¹⁹, donde se anticipaba que la PAM sería un desafío, los referentes han facilitado la tarea de los profesionales responsables de llevarla a cabo.

El desequilibrio entre género y profesión, tanto en el universo como en la muestra, dificulta una comparación fiable. Aun así, se observaron algunas diferencias, como la mayor compensación recibida por los hombres o la mayor empatía sentida por enfermería, que deberían estudiarse con más profundidad.

Se constataron algunas conclusiones convergentes con el otro estudio ya publicado¹⁰: la diversidad causal del malestar de los profesionales y las emociones concordantes con cada fase del proceso. Según los resultados del presente estudio, el punto álgido se sitúa al inicio y no el día de la administración de los fármacos. Esta diferencia podría deberse a las características de los sujetos participantes en nuestro trabajo: por un lado, la mayoría de los referentes no habían realizado una PAM, y además la voz de enfermería^{20,21} quedó infrarrepresentada.

Los estudios similares realizados en otros países muestran resultados parecidos en la ambivalencia emocional^{6,9,22}, con emociones específicas en cada fase⁸, predominio global de las emociones positivas²³ y compensación de las incomodidades al respetar la decisión del paciente⁷. Otros también recogen problemas sobre la objeción de conciencia²⁴, la formación deficitaria²⁵ y la falta de tiempo y de apoyo institucional²⁶.

Conclusiones

La red de referentes ha facilitado la adaptación de los profesionales a la PAM, no solo en la gestión documental y procedimental, sino también favoreciendo la transición emocional «del temor a la paz». Se constataron fortalezas, como el alto nivel de compromiso profesional de los referentes y de la mayoría de los profesionales asesorados; también el hecho de propiciar una reflexión general sobre la muerte apropiada y la atención sanitaria al final de la vida, y una resignificación y actualización de los fines de la medicina.

Como posibles propuestas de mejora, en el ámbito institucional, destacan: 1) velar para dimensionar la PAM en su justa medida; 2) mitigar los déficits formativos de los profesionales (PAM, final de vida, bioética y gestión emocional); 3) mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, y 4) garantizar una atención integral con acceso a cuidados paliativos y a ayudas socioeconómicas para que nadie recurra a la PAM por falta de medios. Se señala la necesidad de revisar distintos aspectos de la LORE y su implementación: simplificar la gestión documental y procedimental, potenciar la interdisciplinariedad^{18,19}, debatir sobre la posibilidad de flexibilizar los plazos, los supuestos excluidos y los casos ambiguos (como pacientes con diagnóstico psiquiátrico y personas de edad avanzada con sensación de vida completada)²⁷⁻²⁹.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Un estudio sobre la experiencia de profesionales con la PAM en Cataluña identifica distintas fuentes de malestar, algunas propias de cada etapa, y la literatura sobre otros países también subraya esta multicausalidad y la complejidad de la gestión emocional.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Es el primer estudio sobre la experiencia en la PAM de los referentes de eutanasia del Instituto Catalán de la Salud, a partir de la cual se aportan evidencias sobre sus fortalezas y propuestas de mejora.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

La visión global de los referentes de eutanasia del Instituto Catalán de la Salud puede servir de guía tanto para profesionales de la PAM como para quienes diseñan las políticas y los planes sanitarios.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

El repositorio del ICS utilizado no dispone de una aplicación que permita compartir públicamente las bases de datos que contiene. No obstante, la versión anonimizada puede solicitarse a la investigadora principal del estudio: Núria Masnou Burralló (nmasnou.girona.ics@gencat.cat).

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

N. Masnou y A. Planas contribuyeron al diseño del estudio, fueron el nexo entre los investigadores y los participantes, llevaron a cabo la recopilación y el análisis de los datos, revisaron críticamente el contenido de la redacción del trabajo y realizaron correcciones y aportaciones a todas las partes del estudio, así como a la versión final para la publicación, aportando su experiencia profesional en el ámbito del fenómeno de estudio. A. Quintanas y C. Planas concibieron y diseñaron el estudio, revisaron la literatura especializada, participaron en la recopilación de datos, tanto cualitativos como cuantitativos, los analizaron e interpretaron, y redactaron los esbozos y la versión final para la publicación.

Agradecimientos

A los referentes de eutanasia del Instituto Catalán de la Salud, a la Fundación Víctor Grífols y Lucas por la financiación de la inves-

tigación y a todos los profesionales que deciden acompañar a las personas en situaciones difíciles.

Financiación

Este estudio ha sido financiado, en el marco de las becas de investigación en bioética, por la Fundación Víctor Grífols y Lucas (BEC-2022-009).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102435>.

Bibliografía

1. Gobierno de España. Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia. BOE-A-2021-4628. 2021. p. 34037-49.
2. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Model per al desplegament de la prestació de l'eutanàsia. 2021. (Consultado el 2-1-2024.) Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Vida_saludable/Etapes_de_la_vida_final-vida/eutanasia/model-desplegament-prestacio-eutanasia.pdf.
3. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Informe anual sobre l'aplicació de la Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia durant l'any 2022 a Catalunya. 2023. (Consultado el 8-1-2024.) Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells.comissions/comissio-garantia-i-avaluacio-catalunya/informes/memoria-pram-es-22.pdf.
4. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Informe de evaluación anual 2022 sobre la prestación de ayuda a morir. 2023. (Consultado el 15-8-2024.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia.2022.pdf>.
5. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Informació sobre l'eutanàsia per als professionals de la salut. 2023. (Consultado el 10/03/2024.) Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida-final-vida/eutanasia/professionals/>.
6. López-Matons N, Terribas i Sala N, Costas-Muñoz E. Ley de regulación de la eutanasia: perspectiva de los profesionales asistenciales. Gac Sanit. 2022;36:87.
7. COMG. Cicle eutanàsia 15 de març 2022. 2022. (Consultado el 8-10-2023.) Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ySf8jWk0rFA&t=2s>.
8. Dholakia SY, Bagheri A, Simpson A. Emotional impact on healthcare providers involved in medical assistance in dying (MAiD): a systematic review and qualitative meta-synthesis. BMJ Open. 2022;12:e058523.
9. Beuthin R, Bruce A, Hopwood MC, et al. Rediscovering the art of medicine, rewards, and risks: physicians' experience of providing medical assistance in dying in Canada. SAGE Open Med. 2020;8:1-9.
10. van Marwijk H, Haverkate I, van Royen P, et al. Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. Palliat Med. 2007;21:609-14.
11. Evenblij K, Pasman HRW, van der Heide A, et al. Physicians' experiences with euthanasia: a cross-sectional survey amongst a random sample of Dutch physicians to explore their concerns, feelings, and pressure. BMC Med Ethics. 2019;20:177.
12. Verdaguer M, Beroiz-Groh P, Busquet-Duran X, et al. La ley de eutanasia y experiencias profesionales: tensiones en la práctica clínica. Gac Sanit. 2024 Mar 11;S0213-9111:00020-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102373>. Online ahead of print.
13. de Haan M, van Eijk-Hustings Y, Vrijhoef HJ. Using mixed methods in health services research: a review of the literature and case study. J Health Serv Res Po. 2021;26:141-7.
14. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89:1245-51.
15. Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. Perspect Med Educ. 2019;8:90-7.
16. Palinkas LA, Aarons GA, Horwitz S, et al. Mixed method designs in implementation research. Adm Policy Ment Health. 2011;38:44-53.
17. Àries P. La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales. Eur J Sociol. 1967;8:169-95.
18. Massé MC, de la Torre J, editores. Los profesionales sanitarios ante la muerte. Madrid: Dikynson; 2020.
19. Glaser BG, Strauss AL. Time for dying. Chicago: Aldine; 1968.
20. Elmore J, Wright DK, Paradis M. Nurses' moral experiences of assisted death: a meta-synthesis of qualitative research. Nurs Ethics. 2018;25:955-72.
21. Velasco Sanz TR, Cabrejas Casero AM, Rodríguez González Y, et al. Opinions of nurses regarding euthanasia and medically assisted suicide. Nurs Ethics. 2022;29:1721-38.

22. Kelly B, Handley T, Kissane D, et al. "An indelible mark": the response to participation in euthanasia and physician-assisted suicide among doctors: a review of research findings. *Palliat Support Care*. 2020;18:82–8.
23. Haverkate I, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. The emotional impact on physicians of hastening the death of a patient. *Med J Austral*. 2001;175:519–22.
24. Piili RP, Louhiala P, Vänskä J, et al. Ambivalence toward euthanasia and physician-assisted suicide has decreased among physicians in Finland. *BMC Med Ethics*. 2022;23:71.
25. Winters JP, Pickering N, Jaye C. Winging it: a qualitative study of knowledge-acquisition experiences for early adopting providers of medical assistance in dying. *Palliat Care Soc Pract*. 2022;16:1–12.
26. de Boer ME, Depla MFIA, den Breejen M, et al. Pressure in dealing with requests for euthanasia or assisted suicide. Experiences of general practitioners. *J Med Ethics*. 2019;45:425–9.
27. Ramos-Pozón S, Terribas-Sala N, Falcó-Pegueroles A, et al. Persons with mental disorders and assisted dying practices in Spain: an overview. *Int J Law Psychiatry*. 2023;87:101871.
28. Pifarre J, Esquerda M, Torralba F, et al. Persons with mental disorders and assisted dying practices in Spain: in response to Ramos et al. *Int J Law Psychiatry*. 2024;94:101980.
29. Stolz E, Mayerl H, Gasser-Steiner P, et al. Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (50+) in Austria: the role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation. *BMC Med Ethics*. 2017;18:71.