



UNIVERSIDAD DE GRANADA

Facultad de Ciencias de la Salud

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

EN LA PRESTACIÓN DE

AYUDA A MORIR.

Presentado por:
D^a. Nuga Santana Millares

Tutora:
Dra. Jacqueline Schmidt Rio-Valle

Curso académico 2023/2024
Convocatoria ordinaria de junio

Firma (1): **NUGA SANTANA MILLARES**
En calidad de: **Solicitante**



ÍNDICE

ABREVIATURAS.	2
RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN.	5
2. METODOLOGÍA.	7
2.1. Bases de datos y estrategia de búsqueda.	8
2.2. Selección de estudios. Criterios de elegibilidad y exclusión.	8
2.3. Extracción de datos.	8
2.4. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo.	9
3.1. Selección de estudios.	9
3.2. Reconocimiento de la OC y su regulación.	11
3.3. OC institucional.	12
3.4. Motivaciones y consecuencias de la OC.	13
3.5. Necesidades en el contexto de la OC.	15
4. CONCLUSIONES.	16
5. BIBLIOGRAFÍA.	17
6. ANEXOS.	21

Firma (1): NUGA SANTANA MILLARES
En calidad de: Solicitante



ABREVIATURAS.

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme español.

CE: Constitución Española.

CDM: Código de Deontología Médica.

CDEE: Código Deontológico de la Enfermería Española.

CINAHL: Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete.

CE: Constitución Española.

CEBM: Centre of Evidence-Based Medicine de Oxford.

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.

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

MVA: Muerte voluntaria asistida.

OC: Objeción de conciencia.

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis.

SSTSJ: Sentencias del Tribunal Superior de Justicia.

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional.



RESUMEN

Introducción: La objeción de conciencia en la prestación de la ayuda a morir es una cuestión relevante debido al incremento de países en los que se ha legalizado. Consecuencia de ello es la implicación de los profesionales sanitarios en procesos éticamente complejos y exigen políticas adaptadas.

Objetivo: Sintetizar la evidencia publicada recientemente sobre la objeción de conciencia en el ámbito de la prestación de la ayuda a morir.

Metodología: Revisión bibliográfica basada en la metodología PRISMA utilizando CINAHL, Pubmed y Scopus, entre enero y marzo de 2024, empleando como palabras claves: “conscientious objection”, “conscientious refusal to treat”, “voluntary assisted dying”, “euthanasia”, “mercy killing” y “medical assistance dying” combinadas mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. Se realizó la lectura crítica y evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos según CASPe.

Resultados: Se seleccionaron 17 artículos para su revisión. La evidencia apunta al necesario establecimiento de condiciones y límites para el ejercicio de la objeción de conciencia. Los motivos de la objeción son diversos: religiosos, morales, sociales y psicológicos. Destacando la laguna de formación bioética en el ámbito sanitario.

Conclusión: La objeción de conciencia ha de regularse de tal manera que garantice el respeto de la conciencia del objetor y el derecho del paciente, contemplando alternativas operativas. Asimismo, es necesaria la formación ética de los sanitarios para permitir la reflexión informada y así analizar las motivaciones que subyacen a la objeción.

Palabras clave: objeción de conciencia, profesionales sanitarios, eutanasia, muerte asistida, asistencia médica para morir.



ABSTRACT

Introduction: Conscientious objection is an important question in the medical assistance dying because in the last years more countries are legalizing this practice. In consequence the health professionals have been involved in ethically complex process and they ask for political measures.

Objective: To synthesize the recent evidence about conscientious objection in the medical assistance dying in the sanitary context.

Methodology: A bibliographic search based in PRISMA methodology using CINAHL, Pubmed and Scopus, between January and March 2024, using as key words: “conscientious objection”, “conscientious refusal to treat”, “voluntary assisted dying”, “euthanasia”, “mercy killing” and “medical assistance dying”, mixing them with Boolean operator “AND” and “OR”. CASPe was used for the critical reading and the methodological quality assessment of the included studies.

Results: Seventeen articles was selected for researching. Evidence says is necessary to establish limits and conditions for the exercise of the conscientious objection. There are different reasons for the conscientious objection: religious, morals, socials and psychological. Bioethics education lack about this question is obvious on the healthcare field.

Conclusions: Conscientious objection regulation must guarantee the objector conscience and the patient rights, including operational alternatives. Also, bioethics education is necessary for healthcare professionals to allow the reflection about this topic and to analyze the objectors reasons.

Key words: conscientious objection, health professionals, euthanasia, assisted dying, medical assistance dying.



1. INTRODUCCIÓN.

La objeción de conciencia (OC) tiene un largo recorrido histórico en España, se contempla desde 1978 en la CE en su artículo 30.2 relacionada con el servicio militar obligatorio. Hasta 2001, cuando se suspendió la obligatoriedad del servicio militar, esta cuestión se circunscribe únicamente al ámbito militar y es a partir de ese año cuando la OC pasa a ser controversia del área sanitaria (Valcárcel, 2022). Este debate reaparece en 2010 con la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, y nuevamente en 2021 con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Aunque la OC está relacionada con el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa del artículo 16 de la CE, esta solo alude a la OC en el ámbito militar, lo que plantea si la Constitución contempla un derecho general a la OC amparado en el derecho de libertad ideológica y religiosa o si es un derecho de configuración legal que requiere de reconocimiento explícito en una ley (Comité de Bioética de España, 2011).

Según el **Diccionario panhispánico del español jurídico** (s.f., definición 1), la OC es el “derecho a oponer excepciones al cumplimiento de deberes jurídicos cuando su cumplimiento implique una contravención de las convicciones personales ya sean religiosas, morales o filosóficas”. Esta definición recoge tres elementos que componen la OC: un deber jurídico, unas convicciones personales y la oposición al cumplimiento del deber. Por otra parte, según el **Comité de Bioética de España** (2011), la OC es “la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia” (p. 3), es decir, es la declaración de incompatibilidad entre los imperativos de la conciencia individual y una norma jurídica que debe cumplir, persiguiendo la exención de ejecutarlas sin repercusiones por ello. De esta forma, la OC se compone de cuatro elementos, añadiendo uno a la definición anterior: una norma jurídica de obligado cumplimiento, un imperativo de la conciencia individual opuesto, una laguna jurídica en cuanto a la resolución del conflicto, y la declaración propia del individuo de la existencia de dicho conflicto (Comité de Bioética de España, 2011).

En la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo** se dedica el artículo 19 bis a la OC, introducido por la última reforma de esta ley en febrero de 2023, y que señala que la OC no puede



afectar al acceso o calidad asistencial de la prestación, indicando la necesaria organización para garantizar el acceso efectivo y oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo. Esta reforma también supuso la inclusión del artículo 19 ter que contempla la creación de un registro de personas objetoras de conciencia y declara que la OC opera tanto en el ámbito sanitario público como privado, esta modificación se fundamenta en la LORE.

En relación a la prestación de ayuda a morir, está regulada en la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia**. En esta norma se define la eutanasia como la “actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios” y la OC como el “derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones” y está reservado para aquellos profesionales sanitarios que estén implicados directamente en la intervención. Cabe destacar el carácter individual que se le atribuye a la OC, traduciéndose en la imposibilidad de que sea una tercera persona en representación de un colectivo la que manifieste que todos o algunos de sus miembros son objetores de conciencia, es decir, se niega la OC institucional (Valcárcel, 2022).

Asimismo, la LORE no define el término de intervención directa lo que plantea si la OC es aplicable al resto de intervinientes, como el médico consultor, el equipo farmacéutico, los integrantes sanitarios de la Comisión de Garantía y Evaluación, y otros profesionales del equipo asistencial (Cámara, 2021). No obstante, según la redacción legal actual este derecho asiste exclusivamente a aquellos profesionales sanitarios que intervengan de forma directa en alguna de las dos modalidades que contempla el artículo 11. En relación a la IVE, hay pronunciamientos judiciales que recalcan esta limitación, la OC únicamente asiste a aquellos profesionales que estén implicados directamente en el proceso (SSTSJ de Andalucía 419/2013 y 1171/2013, de 18 de febrero y 27 de marzo, respectivamente y STC 151/2014, de 25 de septiembre).

Respecto a las normas deontológicas, el propio **Código Deontológico de la Enfermería Española** alude al derecho a la OC en su artículo 22 conforme a lo establecido en el

Firma (1): NUGA SANTANA MILLARES
En calidad de: Solicitante



artículo 16.1 de la CE, señala que la enfermera/o que quiera ejercerlo deberá explicitarlo en cada caso concreto, y añade que tanto el Consejo General como los Colegios deben garantizar que ninguna enfermera/o pueda ser discriminada por ser objetora.

En una sociedad diversa se ha de garantizar el derecho de libertad ideológica y religiosa del objetor y el derecho del ciudadano a recibir la prestación solicitada, promoviendo la conciliación de ambos, lo que supone que exista una organización territorial adecuada de los servicios. El profesional sanitario que objeta nunca debe abandonar al paciente, en caso de apartarse debe aportar una alternativa que permita la continuidad asistencial y cumplir las formalidades requeridas para mantener la correcta planificación de las prestaciones (Gamboa y Poyato, 2021), no obstante, en la práctica no siempre es así, la experiencia con la IVE plasma esta problemática existiendo variaciones significativas respecto a la distribución geográfica del procedimiento (Dirección General de Salud Pública, 2023). Para que esto no suceda en la eutanasia es necesario articular mecanismos efectivos para garantizarla en cualquier zona geográfica independientemente de la existencia de objetores.

Es interesante el aumento de publicación de evidencia en los últimos años en materia de eutanasia y, por ende, respecto a la OC en este ámbito, debido en gran parte a la legalización de esta figura en distintos países, como Canadá en 2016, Australia en 2019 y España en 2021, existiendo más investigaciones en los países donde lleva más tiempo regulada. Es por ello que se justifica la realización de la presente investigación para así sintetizar la evidencia publicada más recientemente sobre la OC relacionada con la eutanasia.

Este trabajo de fin de grado se enmarca en el proyecto de investigación “Derecho a la objeción de conciencia en la eutanasia. Un enfoque cualitativo”, que cuenta con la autorización del Comité de Bioética de Andalucía con código 1515-N-23.

2. METODOLOGÍA.

Este trabajo de investigación es una revisión bibliográfica, de conformidad con la metodología Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta – Analysis” (PRISMA, 2020), y con el objetivo de sintetizar la evidencia publicada en los últimos años relacionada con la OC en el ámbito de la prestación de ayuda a morir. La búsqueda bibliográfica se realizó durante los meses de enero y marzo de 2024.



2.1. Bases de datos y estrategia de búsqueda.

Como palabras clave se seleccionaron las siguientes: “conscientious objection”, “conscientious refusal to treat”, “voluntary assisted dying”, “euthanasia”, “mercy killing” y “medical assistance dying”. Para ello se utilizó el tesoro de “Medical Subject Headings” (MeSH) y los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). Estos términos se combinaron utilizando los operadores booleanos “AND” y “OR” y de esta combinación resultó la siguiente ecuación de búsqueda utilizada en el texto completo: **((Conscientious Objection) OR (Conscientious Refusal to Treat)) AND ((voluntary assisted dying) OR (Euthanasia) OR (Mercy killing) OR (medical assistance dying))**.

Las bases de datos utilizadas para realizar la búsqueda de evidencia científica han sido CINAHL y Scopus; además se ha utilizado el motor de búsqueda Pubmed.

2.2. Selección de estudios. Criterios de elegibilidad y exclusión.

Como resultado de la búsqueda inicial se obtuvo un total de 109 artículos, a los que se le aplicaron los siguientes criterios de elegibilidad:

- Año de publicación: entre 2019 – 2024.
- Lenguaje de la publicación: español, inglés y francés.
- Población de estudio: humanos.

Para efectuar la selección definitiva, tras aplicar los criterios indicados, se realizaron dos fases. En la primera, se excluyeron los artículos duplicados, y, en la segunda, se realizó el cribado a partir de la lectura de título y resumen para evaluar su elegibilidad, concluyendo con la inclusión de **17 artículos** en esta revisión.

2.3. Extracción de datos.

Los artículos seleccionados fueron analizados en la Tabla 1 (**Anexo I**) en la que se incluyen los datos más importantes de cada uno: autor y año de publicación, calidad metodológica, país (regiones), tamaño de muestra, sexo, edad y perfil de la población, diseño, objetivo, y resultados y conclusiones.



2.4. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo.

Se llevó a cabo la lectura crítica de los artículos seleccionados utilizando la lista de verificación CASPe desarrollada para el estudio cualitativo (Cano-Arana et. al., 2010) y para la revisión (Cabello, 2005), especificada en plantillas de 10 y 11 preguntas (**Anexo II**), respectivamente, estas incluyen cuestiones relacionadas con la calidad metodológica, la relevancia de los resultados y la aplicabilidad de los estudios en su versión de estudios cualitativos. Para el estudio de métodos mixtos (White, Jeanneret & Willmott, 2023) se evaluó la parte correspondiente a metodología cualitativa. A partir de la lectura crítica se deduce que los artículos presentan buena calidad metodológica, por lo que se espera obtener conclusiones fiables.

Asimismo se valoró la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios elegidos utilizando la escala propuesta por el CEBM (**Anexo III**).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

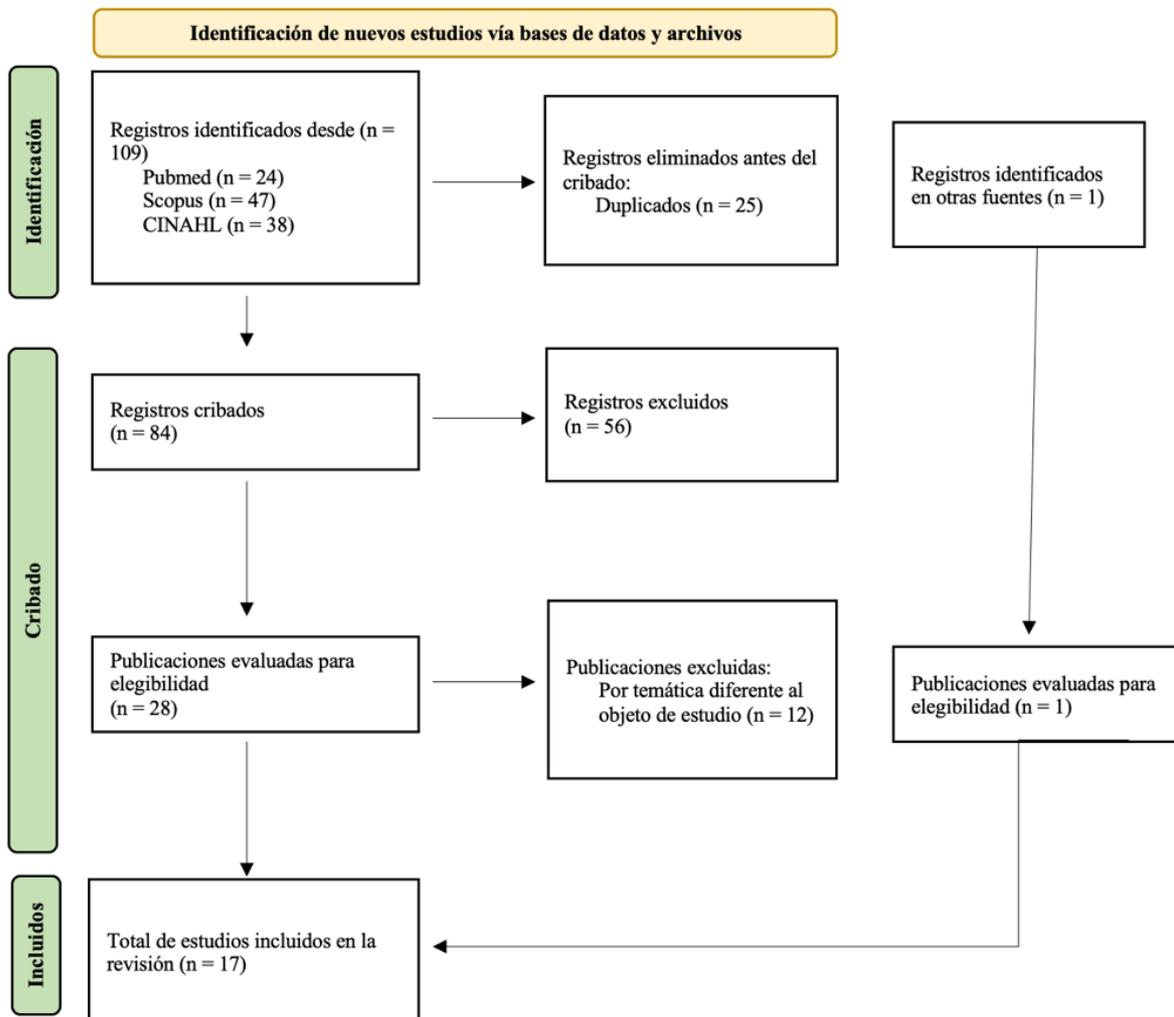
3.1. Selección de estudios.

La extracción de datos se realizó a partir de un total de 109 artículos, 24 identificados a través de Pubmed, 47 en Scopus y 38 en CINAHL, de los cuales se descartaron 25 por repetirse entre las bases de datos. Se cribaron 84 artículos, excluyendo 56. Se evaluaron 28 artículos para su elegibilidad, excluyéndose 12 por no adecuarse al objeto de la investigación. Se incluyó 1 publicación identificada por otra fuente que también fue incluida tras evaluar su elegibilidad. Finalmente fueron **17 estudios** los que conforman esta revisión.



Figura 1.

Diagrama de flujo según metodología PRISMA. Identificación, selección y evaluación de elegibilidad e inclusión de artículos.



Nota. Adaptado de *Diagrama de flujo*, de Page et. al. (2021).

Entre los artículos seleccionados hay **12 estudios transversales – descriptivos** (Bouthelier & Opatrny, 2019; Brown et. al., 2021; Close et. al., 2023; Dumont & Maclure, 2019; Haining & Keogh, 2021; Koksvik, 2020; Toro-Flores et. al., 2019; Triviño-Caballero et. al., 2023; Verdaguer et. al., 2024; Velasco et. al., 2022; White, Jeanneret, Close & Willmott, 2023; White, Jeanneret & Willmott, 2023) y **5 revisiones sistemáticas** (Knox & Wagg, 2023; Martins-Vale et. al., 2023; McDougall et. al., 2022; Ortega-Galán et. al., 2022; Pesut et. al., 2020). Hemos considerado la inclusión de estas últimas debido a la adecuación de su objeto de estudio con el propuesto en la presente investigación.



Siete de los artículos incluidos se desarrollan en Canadá (Bouthelier & Opatrny, 2019; Brown et. al., 2021; Close et. al., 2023; Dumont & Maclure, 2019; Knox & Wagg, 2023; Koksvik, 2020; Pesut et. al., 2020), cuatro de ellos en España (Ortega-Galán et. al., 2022; Toro-Flores et. al., 2019; Verdaguer et. al., 2024; Velasco et. al., 2022), tres en Australia (Haining & Keogh, 2021; White, Jeanneret, Close & Willmott, 2023; White, Jeanneret & Willmott, 2023), y otros tres no hacen referencia a zona geográfica. Estas localizaciones pueden deberse al interés en estos países por conocer el estado actual de la prestación de ayuda a morir por su reciente regulación.

Se ha analizado el factor de impacto y la posición de los artículos seleccionados (Tabla 2) diez de los artículos seleccionados se sitúan en un cuartil Q1 (Bouthelier & Opatrny, 2019; Brown et. al., 2021; Close et. al. 2023; Haining & Keogh, 2021; Koksvik, 2020; McDougall et. al., 2022; Ortega-Galán et. al., 2022; Toro-Flores et. al., 2019; Velasco et. al., 2022; White, Jeanneret, Close & Willmott, 2023), seis en el cuartil Q2 (Dumont & Maclure, 2019; Knox & Wagg, 2023; Martins-Vale et. al., 2023; Pesut et. al., 2020; Triviño-Caballero et. al., 2023; White, Jeanneret & Willmott, 2023), uno en cuartil Q4 (Verdaguer et. al., 2024). A la vista de la posición que ocupan estas revistas se puede decir que la mayoría de los artículos – aproximadamente el 60 % – han sido publicados en revistas de alto impacto.

El nivel de evidencia de los estudios seleccionados para su revisión no es elevado, no obstante se ha estimado que la inclusión de los mismos era relevante para dar respuesta al objetivo propuesto, teniendo que considerar los resultados obtenidos con cierta cautela.

3.2.Reconocimiento de la OC y su regulación.

La libertad de conciencia es un derecho fundamental, no obstante, la libertad de expresarla, por acción u omisión como la OC, no es absoluta, lo que se traduce en la necesidad de establecer condiciones y límites dando lugar a distintos grados de reconocimiento de OC en el contexto de la eutanasia (Triviño-Caballero et. al., 2023).

En Canadá, la enfermera objetora debe informar a la institución de su objeción, comunicar las solicitudes de muerte asistida recibidas y ofrecer atención alternativa a sus pacientes (Pesut et. al., 2020), deber que tendría que incluirse en cualquier regulación que contemple la OC para permitir la continuidad asistencial y garantizar el derecho a recibir el servicio ofrecido (White, Jeanneret & Willmott, 2023), no obstante, no siempre es así.

Firma (1): NUGA SANTANA MILLARES
En calidad de: Solicitante



En Australia, a nivel nacional se contempla el derecho a la OC y en cada jurisdicción se regula su alcance, en Victoria los objetores registrados no pueden facilitar información sobre la muerte asistida, lo que supone un obstáculo para que los pacientes puedan informarse (White, Jeanneret & Willmott, 2023). Existe un servicio estatal que permite el contacto entre pacientes solicitantes y sanitarios no objetores, no obstante la eficacia del servicio depende del conocimiento sobre el uso de internet y, sobre todo, de la proximidad geográfica entre ambos y la alta tasa de OC de la zona rural de Victoria que limita este servicio (Haining & Keogh, 2021).

Es cierto que la regulación de la prestación de ayuda a morir es novedosa en estos países pero esta circunstancia no puede convertirse en obstáculo para el acceso al servicio. Es necesaria tanto la formación de los profesionales respecto a la normativa vigente como la garantía efectiva de alternativas para los pacientes en caso de ser atendiendo por un sanitario objetor. El test de proporcionalidad entre los derechos afectados por esta cuestión no se estaría aplicando adecuadamente si este conflicto se resuelve ignorando el derecho del paciente a recibir la prestación.

3.3. OC institucional.

La posibilidad de OC institucional es una cuestión por resolver, debate que pasa por determinar si las instituciones gozan de conciencia o no y, en consecuencia, si son titulares del derecho a la OC (Knox & Wagg, 2023). La regulación de la OC institucional en Canadá y en Australia es diversa al ser una competencia delegada a nivel territorial, con distintos grados de reconocimiento aunque tendente a erradicar el impacto negativo de la OC institucional en los pacientes (Close et. al., 2023; White, Jeanneret, Close & Willmott, 2023). Ambos países reconocen la libertad religiosa, ideológica y de culto a las personas físicas y jurídicas, por tanto la OC institucional podría ser una opción, no obstante, la “conciencia” de las personas jurídicas es el resultado de la suma de conciencias individuales (Knox & Wagg, 2023; White, Jeanneret, Close & Willmott, 2023). Asimismo, la negativa moral a la prestación de ciertos servicios no puede equipararse a la ausencia de servicios por limitaciones de infraestructura o de conocimientos especializados (Knox & Wagg, 2023).

Este tipo de OC tiene impactos negativos claros en los pacientes y familiares, provocando traslados forzosos entre centros, obstaculizando así el acceso, limitando sus elecciones y

Firma (1): NUGA SANTANA MILLARES
En calidad de: Solicitante



reduciendo la calidad asistencial (Close et. al., 2023; White, Jeanneret, Close & Willmott, 2023). La regulación actual en Australia y Canadá no ha alcanzado el objetivo de armonizar el respeto de las posiciones institucionales y garantizar el acceso a MVA, siendo necesaria la revisión y establecimiento de límites de esta cuestión (White, Jeanneret, Close & Willmott, 2023), garantizando una equidad razonable entre el acceso a la atención y la protección de la libertad religiosa e ideológica (Knox & Wagg, 2023).

3.4. Motivaciones y consecuencias de la OC

La participación en la eutanasia es una **cuestión ética compleja** que requiere de reflexión moral (Dumont & Maclure, 2019), reflexión que puede resultar complicada si no se tiene conocimiento sobre la conciencia y la relación del puesto desempeñado con la ética y la toma de decisiones morales pero que al generar incomodidad en el profesional puede motivar la elaboración y evolución de respuestas éticas coherentes (Pesut et. al., 2020). Esta complejidad se acentúa para aquellos que ocupan una posición subordinada como los médicos en formación, pues sus oportunidades de aprendizaje y de progresión profesional dependen en gran medida de su supervisor, por tanto su capacidad de decisión está condicionada por la postura que adopte este (McDougall et. al., 2022).

La sociedad española está cada vez más secularizada y pluralizada a nivel axiológico, por ello es fundamental la conciliación entre el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa y la garantía de las prestaciones sanitarias reguladas. Aun no existen numerosos estudios que se centren en la cuestión de la OC en la eutanasia en España pero sí que hay acerca de las implicaciones que supone la participación en este proceso para los sanitarios que intervienen. Estos se encuentran en un proceso de transformación social, profesional e individual respecto a esta nueva responsabilidad (Verdaguer et. al., 2024). Verdaguer et. al. (2024) refleja la sobrecarga laboral y emocional que se experimenta en el ámbito clínico relacionada con las OC de compañeros, lo que pone de relieve el necesario análisis de la práctica de este derecho. En la OC influyen distintos factores, como son las creencias personales, religiosas y/o socio – culturales, y probablemente la decisión final sea el resultado de la combinación de todos estos factores, pudiendo primar unos sobre otros en cada caso.

Las **creencias religiosas** se han relacionado con la declaración de OC (Martins-Vale et. al., 2023; Toro-Flores et. al., 2019; Velasco et. al., 2022), no obstante, hay estudios que

Firma (1): NUGA SANTANA MILLARES
En calidad de: Solicitante



reportan resultados en los que los participantes, a pesar de tener creencias religiosas firmes, señalan no estar de acuerdo con todos los principios de su religión y que, manteniendo sus valores religiosos, estarían a favor de la eutanasia y la contemplan como acto positivo que ayuda al paciente a aliviar su sufrimiento (Ortega-Galán et. al., 2022). También se han identificado **razones seculares** que motivan la OC (Bouthelier & Opatrny, 2019; Dumont & Maclure, 2019; Martins-Vale et. al., 2023; Triviño-Caballero et. al., 2023) como es la percepción de incongruencia de la eutanasia dentro de la medicina paliativa, por considerar que acelerar la muerte del paciente es opuesto al propósito de curar y tratar, entendiendo que si el paciente recibe una atención de calidad adecuada a su patología su deseo de morir desaparecerá (Dumont & Maclure, 2019; Haining & Keogh, 2021; Knox & Wagg, 2023).

Otra de las motivaciones para no participar es la convicción de **incompatibilidad entre el acto de causar intencionalmente la muerte y los principios que guían la medicina** (Dumont & Maclure, 2019; Brown et. al., 2021; Martins-Vale et. al., 2023; Triviño-Caballero et. al., 2023), por ello la integración de la eutanasia requiere de una redefinición parcial del deber profesional de los sanitarios y de sus responsabilidades pues si un paciente cumple los criterios legalmente establecidos tiene derecho a solicitar asistencia médica para morir y este hecho limita necesariamente la autonomía profesional de los sanitarios (Dumont & Maclure, 2019). No obstante, los criterios se prestan a interpretación médica, siendo una dificultad añadida para la enfermera que debe decidir si participar o no y entiende que los criterios no se cumplen (Kono et. al., 2023).

Los estudios revisados no realizan comparativas entre médicos y enfermeras respecto a la motivación señalada. Atendiendo al Código deontológico de una profesión y otra, destaca la ausencia de mención de la prestación de ayuda para morir como posibilidad de finalizar con la vida del paciente, incidiendo ambos en la importancia de la atención sanitaria al final de la vida aludiendo a los cuidados paliativos. El CDM resalta el deber de los médicos de “intentar la curación o la mejoría del paciente siempre que sea posible”, y cuando no lo sea permaneciendo “la obligación de aplicar las medidas adecuadas para procurar su mayor bienestar posible y dignidad” (artículo 38.1 del CDM) (Organización Médica Colegial de España, 2024). Mientras que el CDEE destaca la “alta calidad profesional de los cuidados paliativos” y el deber de la enfermera de esforzarse por prestar al paciente “hasta el final de su vida, (...), los cuidados necesarios para aliviar sus

Firma (1): NUGA SANTANA MILLARES
En calidad de: Solicitante



sufrimientos” (artículo 18 del CDEE) (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, 1998).

Otra razón para no participar en la eutanasia es la preocupación del **impacto emocional** para los sanitarios participantes y la incapacidad de gestionarlo por falta de herramientas (Brown et. al., 2021; Ortega-Galán et. al., 2022; Triviño-Caballero et. al., 2023). La decisión de no participar no implica que el profesional esté en contra de la eutanasia, puede evitar su implicación por verse incapaz de gestionar las consecuencias emocionales (Bouthelie & Opatrny, 2019).

Entre los artículos estudiados no se contempla evidencia acerca de los **efectos a largo plazo** de la muerte asistida, ámbito interesante para evaluar la regulación normativa de la eutanasia y sus consecuencias, para lo cual se puede acudir a las investigaciones de países como los Países Bajos o Bélgica, donde la prestación de ayuda para morir lleva vigente desde 2002.

Según Koksvik (2020), la muerte asistida se experimenta de forma diferente a otros procedimientos al final de vida, no existe distribución equitativa entre profesionales de salud, ni entre instituciones sanitarias por haber objetores de conciencia y por la obligación de estos de hacer derivaciones. Esta situación provoca que los sanitarios no objetores sientan culpa e inquietud si se ausentan de su puesto, al suponer un retraso o adelanto innecesario de la muerte del paciente. Asimismo, hay objetores que reportan haber sentido presión y crítica por parte de pacientes, familiares y/o compañeros (Koksvik, 2020), además de falta de apoyo institucional (Triviño-Caballero et. al., 2023; Verdaguer et. al., 2024).

3.5. Necesidades en el contexto de la OC.

La eutanasia y, por ende, la OC respecto a la misma cuenta con cierto recorrido legal y práctico, no obstante, un factor común en diversos estudios es la demanda por parte de los profesionales de protocolos que determinen el proceder en caso de ser objetor, además de impulsar la creación de ambientes seguros e informados en los que pueda debatirse (Haining & Keogh, 2021; McDougall et. al., 2022; Triviño-Caballero et. al., 2023), así como la definición de conceptos jurídicos indeterminados que se prestan a interpretaciones diversas con consecuencias irreversibles (Triviño-Caballero et. al., 2023).

Firma (1): NUGA SANTANA MILLARES
En calidad de: Solicitante



Es necesaria la formación bioética de los sanitarios que les permita familiarizarse con la eutanasia, obtener herramientas para realizar reflexiones morales adecuadas ante situaciones complejas, además de trabajar la capacidad de gestión emocional para afrontar las consecuencias de participar en la eutanasia (Ortega-Galán et. al., 2022; Toro-Flores et. al., 2019; Velasco et. al., 2022) y el fomento del conocimiento del marco legal en que trabajan para que tomen decisiones informadas (Toro-Flores et. al., 2019; Velasco et. al., 2022).

4. CONCLUSIONES.

La objeción de conciencia persigue respetar la conciencia del profesional sanitario cuando existe una exigencia de realizar una práctica lícita pero contraria a sus valores, como sucede en el caso de la eutanasia. En estas situaciones el derecho del paciente de acceso al servicio no puede comprometerse por el planteamiento de la OC del sanitario. Para garantizar el respeto de ambos derechos debe existir un marco legal adecuado que contemple y garantice ambos derechos articulando mecanismos para ello y ofreciendo alternativas operativas.

Es fundamental la implementación y promoción de conocimiento sobre ética en la formación de los profesionales sanitarios para así permitir el diálogo y debate moral sobre cuestiones tan importantes y controvertidas como la OC de forma informada y respetuosa. De esta forma, se podrán analizar las motivaciones que subyacen a la OC, además de reflexionar acerca de las consecuencias prácticas de la aplicación del marco normativo vigente relacionado con la eutanasia en cada país y así evaluar su contenido.



5. BIBLIOGRAFÍA.

Bouthelier, M. E., & Opatrny, L. (2019). A qualitative study of physicians' conscientious objections to medical aid in dying. *Palliative medicine*, 33(9), 1212–1220. <https://doi.org/10.1177/0269216319861921>

Brown, J., Goodridge, D., Thorpe, L., & Crizzle, A. (2021). "What Is Right for Me, Is Not Necessarily Right for You": The Endogenous Factors Influencing Nonparticipation in Medical Assistance in Dying. *Qualitative health research*, 31(10), 1786–1800. <https://doi.org/10.1177/10497323211008843>

Cámara Villar, G. (2021). *La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en el mundo. Panorama general y comparado* (p. 399 – 464). Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado. 37. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-E-2021-10039900464](https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-E-2021-10039900464)

Cabello, J.B. (2005). Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. *CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante. Cuaderno I. 13-17.

Cano-Arana, a., González-Gil, T., Cabello-López, J.B. (2010). Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. *CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante. Cuaderno III. 3-8.

Close, E., Jeanneret, R., Downie, J., Willmott, L., & White, B. P. (2023). A qualitative study of experiences of institutional objection to medical assistance in dying in Canada: ongoing challenges and catalysts for change. *BMC medical ethics*, 24(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00950-9>

Comité De Bioética De España. (2011). Opinión sobre la objeción de conciencia en sanidad. Informe de 13 de octubre de 2011. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/La-objecion-de-conciencia-en-sanidad.pdf](https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/La-objecion-de-conciencia-en-sanidad.pdf)

Comité de Bioética de España. (2021) Informe del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia.



<https://www.bioeticaweb.com/informe-del-cbe-sobre-la-objecion-de-conciencia-en-el-marco-de-la-ley-de-eutanasia/>

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España (1998). Código Deontológico de la Enfermería Española.

<https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/comision-deontologica-nacional-de-enfermeria/codigo-deontologico>

Dirección General de Salud Pública (2023). Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2022. Ministerio de Sanidad. chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2022.pdf

Dumont, I., & Maclure, J. (2019). Conscientious objection to medical assistance in dying: A qualitative study with Quebec physicians. *Canadian Journal of Bioethics*, 2(2), 110-134. <https://doi.org/10.7202/1065691AR>

Gamboa Antiñolo, F.M. & Poyato Galán, J.M. (2021). La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. *Gaceta Sanitaria*. 35(4). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.014>

Haining, C. M., & Keogh, L. A. (2021). "I haven't had to bare my soul but now I kind of have to": describing how voluntary assisted dying conscientious objectors anticipated approaching conversations with patients in Victoria, Australia. *BMC medical ethics*, 22(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00717-0>

Knox, M., & Wagg, A. (2023). Institutional Resistance to Medical Assistance in Dying in Canada: Arguments and Realities Emerging in the Public Domain. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(16), 2305. <https://doi.org/10.3390/healthcare11162305>

Koksvik G. (2020). Practical and ethical complexities of MAiD: Examples from Quebec. *Wellcome open research*, 5(227). <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16306.2>

Martínez-Otero, J. M. (2022). Institutional conscientious objection to the practice of euthanasia: Abusive pretense or legitimate right? *Revista de Derecho Politico*, (115), 113-138. <https://doi.org/10.5944/rdp.115.2022.36331>



Martins-Vale, M., Pereira, H. P., Marina, S., & Ricou, M. (2023). Conscientious Objection and Other Motivations for Refusal to Treat in Hastened Death: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(15), 2127. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152127>

McDougall, R. J., White, B. P., Ko, D., Keogh, L., & Willmott, L. (2022). Junior doctors and conscientious objection to voluntary assisted dying: ethical complexity in practice. *Journal of medical ethics*, 48(8), 517–521. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107125>

Organización Médica Colegial de España (2024). Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. <https://cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/79288347-46ab-44da-8b80-068d8348dc08/Codigo-Deontologico-v2024/index.html#zoom=true>

Ortega-Galán, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., Alcaraz-Córdoba, A., Gómez-Beltrán, P. A., Díaz-Morales, D., & Ortiz-Amo, R. (2022). Nursing students' perceptions of euthanasia legislation: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 116. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105466>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>

Pesut, B., Thorne, S., & Greig, M. (2020). Shades of gray: Conscientious objection in medical assistance in dying. *Nursing inquiry*, 27(1), e12308. <https://doi.org/10.1111/nin.12308>

Phillips B., Ball, C., Sackett, D., Badenoch, D., Straus, S., Haynes, B., Dawes, M. (1998). Revisado por Howick, J. (2009). *Levels of Evidence*. Centre for Evidence-based Medicine of Oxford. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>



Real Academia Española. (s.f.) Objeción de conciencia. En *Diccionario panhispánico del español jurídico*. Recuperado el 17 de enero de 2024, de <https://dpej.rae.es/lema/objeci%C3%B3n-de-conciencia>

Toro-Flores, R., Bravo-Agüi, P., Catalán-Gómez, M. V., González-Hernando, M., Guijarro-Cenisergue, M. J., Moreno-Vázquez, M., Roch-Hamelin, I., & Velasco-Sanz, T. R. (2019). Opinions of nurses regarding conscientious objection. *Nursing ethics*, 26(4), 1027–1038. <https://doi.org/10.1177/0969733017731915>

Triviño-Caballero, R., Parra Jounou, I., Gómez, I. R., & López de la Vieja, T. (2023). Causes for Conscientious Objection in Medical Aid in Dying: A Scoping Review. *Canadian Journal of Bioethics*. 6(3-4), 102-114. <https://doi.org/10.7202/1108007ar>

Valcárcer García, M.M. (2022). El control de los objetores de conciencia tras la nueva ley de la eutanasia. *Bioderecho.es*. (15), 1-25. <https://doi.org/10.6018/bioderecho.520541>

Velasco Sanz, T. R., Cabrejas Casero, A. M., Rodríguez González, Y., Barbado Albaladejo, J. A., Mower Hanlon, L. F., & Guerra Llamas, M. I. (2022). Opinions of nurses regarding Euthanasia and Medically Assisted Suicide. *Nursing ethics*, 29(7-8), 1721–1738. <https://doi.org/10.1177/09697330221109940>

Verdaguer, M., Beroiz-Groh, P., Busquet-Duran, X., Moreno-Gabriel, E., Marañón, A. A., Feijoo-Cid, M., Domènech, M., Íñiguez-Rueda, L., Vallès-Peris, N., Cantarell-Barella, G., & Toran-Monserrat, P. (2024). La ley de eutanasia y experiencias profesionales: Tensiones en la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102373>

White, B. P., Jeanneret, R., Close, E., & Willmott, L. (2023). The impact on patients of objections by institutions to assisted dying: a qualitative study of family caregivers' perceptions. *BMC medical ethics*, 24(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00902-3>

White, B. P., Jeanneret, R., & Willmott, L. (2023). Barriers to connecting with the voluntary assisted dying system in Victoria, Australia: A qualitative mixed method study. *Health Expectations*, 26(6), 2695–2708. <https://doi.org/10.1111/hex.13867>



6. ANEXOS

Anexo I: Características de los artículos seleccionados y factor de impacto y posición de los artículos seleccionados.

Tabla 1.

Características de los artículos seleccionados.

Autor/es y año	Calidad metodológica	País (regiones)	Tamaño muestra	Sexo y edad	Perfil	Diseño	Objetivo	Resultados y conclusiones
Bouthelier & Opatrny, 2019	5	Canadá (Quebec)	22	F: 10 M: 12 Edad promedio: 45	Médicos que se negaron a participar en MVA.	Estudio transversal-descriptivo (entrevistas semiestructuradas)	Explorar las OC de médicos para entender negativa a recibir solicitud de MVA.	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo mayoritario para negarse: carga emocional y miedo repercusiones psicológicas. - Mayoría a favor de eutanasia pero incómodos e incapaces de participar.
Brown et. al., 2021	5	Canadá (Saskatchewan)	35	-	Médicos: 17 Enfermeras 18 No participantes en MVA	Estudio transversal-descriptivo	Determinar factores que influyen en negativa a participar en la eutanasia.	<p>Factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiencias personales y profesionales previas - Grado de comodidad con la muerte. - Definición del deber profesional - Alternativas de atención al final de la vida. - Creencias de fe o espiritualidad. - Autorresponsabilidad, gestión emocional. - Impacto emocional futuro. <p>Demanda de espacios donde comunicar y discutir OC.</p>
Close et. al., 2023	5	Canadá (Columbia británica, Ontario y Nueva Escocia)	48	P: M: 1 CF: F: 2 / M: 9 EM: F: 20 / M: 11 MM: F: 6 / M: 3	Pacientes (P): 1 Cuidadores familiares: 11 Evaluadores de MVA (24 médicos y 7 enfermeras): 31 Miembros del equipo MVA: 9	Estudio transversal-descriptivo (entrevistas semiestructuradas)	Investigar el impacto de la OC institucional y los factores que influyen en su práctica.	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamento OC institucional: valores religiosos y filosofía de cuidados paliativos. - Impacto pacientes: traslados forzosos, elección limitada y obstáculos al acceso. - Impacto profesionales sanitarios: emocionales, relacionales y sobrecarga de trabajo. - Cambio institucional.



Autores	Año	País	Nº	F: M:	Temática	Estudio	Objetivo	Razones:
Dumont & Maclure, 2019	5	Canadá (Quebec)	20	F: 12 M: 8	Médicos que no han participado en eutanasia.	Estudio transversal-descriptivo	Estudiar razones de la OC en la eutanasia.	<ul style="list-style-type: none"> - Propósitos de la medicina e identidad profesional. - Filosofía medicina paliativa y asignación de recursos. - Paternalismo benevolente y “buena muerte” - Riesgo de ampliación criterios elegibilidad y protección personas vulnerables. Necesario debate sobre eutanasia y sus límites incluyendo opinión de pacientes.
Haining & Keogh, 2021	5	Australia (Victoria)	17	F: 9 M: 8	Médicos: 15 Enfermera: 1 “Alliad health profesional”: 1	Estudio transversal-descriptivo	Analizar gestión de OC prevista previa legalización de la eutanasia.	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia y dificultades comunicar OC al paciente - Análisis previo de síntomas para evitar MVA - Clasificación de objetores: no referente disuasivo, no referente pasivo, facilitador y negociador Es necesaria mayor orientación institucional y educación para gestión adecuada OC y garantizar integridad moral.
Knox & Wagg, 2023	5	Canadá	-	-	Artículos: 89 Documentos legislativos: 22	Revisión sistemática	Investigar situación OC institucional.	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación extensión OC institucional - Incongruencia entre MVA y cuidados paliativos - Búsqueda equilibrio derechos y cargas de objetores y solicitantes - Inconsistencias normativas y prácticas de organización e implementación MVA Armonizar acceso a la asistencia sanitaria igualitaria y proteger derecho autonomía profesional y resolver debate sobre OC institucional.

Firma (1): NUGA SANTANA MILLARES
En calidad de: Solicitante



Koksvik, 2020	5	Canadá (Quebec)	9	F: 4 M: 5	Médicos participantes en atención al final de la vida.	Estudio transversal-descriptivo	Estudiar efectos a largo plazo de la MVA.	<ul style="list-style-type: none"> - Tto. médico excesivo e inútil que dificulta programación adecuada de eutanasia. - Carga desigual en distribución de MVA - Burocracia que ralentiza proceso y provoca mayor OC - Presión y crítica de pacientes y compañeros hacia objetos <p>Además de oposición ideológica la responsabilidad profesional asumida y consecuencias emocionales también motivan la OC.</p>
Martins-Vale et. al., 2023	5	-	12 artículos	-	-	Revisión sistemática (metodología PRISMA)	Explorar factores que condicionan negativa a participar en MVA.	<ul style="list-style-type: none"> - Motivaciones religiosas, morales/seculares y emocionales/psicológicas - Adoptar enfoque comprensivo que respete postura de cada profesional sanitario. - Evitar posiciones enjuiciadoras y discriminatorias. - Garantizar acceso a la atención.
McDougall et. al., 2022	5	-	-	-	-	Revisión sistemática	Estudiar la complejidad ética de la OC en médicos en formación.	<ul style="list-style-type: none"> - Posición subordinada en la jerarquía profesional. - Capacidad de acción reducida y vinculada a médico supervisor. - Distancia éticamente compleja entre reconocimiento derecho OC y su práctica
Ortega-Galán et. al., 2022	5	España	13	-	-	Estudio transversal-descriptivo	Describir percepciones sobre eutanasia y experiencias vitales que influyen en postura.	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo de eutanasia basado en libertad y autonomía del paciente. - Falta de formación e información sobre la eutanasia y su impacto emocional. - Dudas acerca de aplicación de LORE <p>Necesario acortamiento entre formación universitaria y realidad práctica profesional.</p>



Pesut et. al., 2020	5	Canadá	-	-	-	Revisión sistemática	Considerar complejidad ética de participación en MVA y fomentar la reflexión moral.	<ul style="list-style-type: none"> - Necesaria reflexión crítica para decidir participar o no en eutanasia. - Impacto de su decisión en sus relaciones. - Mayor complejidad derivada de criterios interpretables. - Variedad de circunstancias permite elaboración de respuestas morales coherentes
Toro-Flores et. al., 2019	5	España (Madrid)	421	F: 347 M: 74 Edad promedio: 41.26	-	Estudio transversal-descriptivo	Analizar influencia de creencias religiosas en OC y actuación ante conflictos morales.	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia importante de creencias religiosas en OC, oposición a MVA mayor si fuertes creencias religiosas. - Encaje de OC respetando derecho a recibir atención del paciente - Conocimiento sobre OC bajo - Falta de formación académica sobre OC <p>Recomendación de incluir educación en bioética para profesionales sanitarios.</p>
Triviño-Caballero et. al., 2023	5	-	14 artículos	-	-	Revisión sistemática (metodología PRISMA)	Explorar razones y causas de la OC según experiencias de profesionales y verificar su correspondencia con debates teóricos de OC	<ul style="list-style-type: none"> - Motivaciones religiosas y seculares - Razones r/c objetivos de la medicina. - Impacto emocional. - Factores contextuales r/c desinformación o trámites burocráticos. - Aceptable la OC pero condiciones y límites. - Incoherencia entre término OC de discusiones teóricas y factores identificados en estudios empíricos. - Revisión de término de “conciencia” o excluir motivaciones de la OC y abordarlas por otros medios.



Velasco et. al., 2022	5	España	489	F: 422 M: 67 Edad promedio: 31 – 40	Enfermeras colegiadas en Colegio Oficial de Enfermeras de Madrid.	Estudio transversal-descriptivo (cuestionario)	Conocer las opiniones de las enfermeras de Madrid sobre la eutanasia y MVA.	<ul style="list-style-type: none"> - 75,7% afirma necesidad regular eutanasia - 66,3% informar sobre eutanasia debería ser conjuntamente médico y enfermera - 42,3% aplicación tanto por médico como por enfermera - 87,2% defensa de participación de enfermeras en política sanitaria - 35% solicitaría OC por motivos religiosos - Relación positiva de formación en bioética y conocimiento sobre eutanasia
Verdaguer et. al., 2024	5	España (Cataluña)	48	-	Profesionales que han participado en eutanasia	Estudio transversal-descriptivo (entrevistas individuales y grupos focales)	Identificar tensiones, dificultades y fuentes de malestar r/c práctica de la prestación de ayuda a morir.	<ul style="list-style-type: none"> - 4 momentos en eutanasia: recepción solicitud, procedimiento médico-burocrático, prestación en sí, y cierre. - Incomodidades distintas según etapa del proceso - Falta de reconocimiento del rol profesional - Estrés y sobrecarga motivada por burocracia - Ausencia de apoyo institucional y de compañeros - Relación con el solicitante y su familia
White, Jeanneret, Close & Willmott, 2023	5	Australia (Victoria)	33	F: 26 M: 7 Edad promedio: 56.6	Cuidadores familiares: 32 Paciente: 1	Estudio transversal-descriptivo (entrevistas semiestructuradas)	Investigar el impacto OC institucional en solicitantes de MVA.	<ul style="list-style-type: none"> - Razones religiosas o morales. - Impacto en evaluación, acceso y administración de medicación. - Retrasos transferencias y gestión solicitud. - Consecuencias emocionales y relacionales negativas. - Compromiso de calidad asistencial al final de la vida.



White, Jeanneret & Willmott, 2023	5	Australia (Victoria)	33	F: 26	Cuidadores familiares: 32	Edad promedio: 56.6	Paciente: 1	Estudio cualitativo mixto (entrevistas semiestructuradas y análisis informes Junta de Revisión MVA)	Explorar la experiencia de solicitantes de MVA y analizar barreras identificadas.	Barreras de acceso a la eutanasia:	
				- Desconocimiento de posibilidad de MVA						- Falta de reconocimiento de paciente potencialmente elegible	- Falta de conocimiento del procedimiento
										Aumentar la información pública sobre MVA.	

Tabla 2.

Factor de impacto y posición de los artículos seleccionados.

Autor y año	Revista	Impacto	JCR / SJR	Rango	Cuartil
Bouthelier & Opatrny, 2019	Palliative Medicine	3.739*	Health Care Sciences & Services in SCIE edition	15/102	Q1
			Medicine, General & Internal in SCIE edition	31/165	Q1
			Public, environmental & occupational in SCIE edition	33/193	Q1
Brown et. al., 2021	Qualitative Health rResearch	1.278**	Public health, environmental & occupational health.	-	Q1
Close et. al., 2023	BMC Medical Ethics	2.7*	Ethics in SSCI edition	13/57	Q1
			Medical Ethics in SCIE edition	6/16	Q2
			Social Sciences, Biomedical in SSCI edition	17/45	Q2
Dumont & Maclure, 2019	Canadian Journal of Bioethics – Revue Canadienne de Bioethique	0.3*	Bioethics and Philosophy	-	Q2



Haining & Keogh, 2021	BMC medical ethics	2.7*	Ethics in <i>SSCI</i> edition	13/56	Q1
			Medical Ethics in <i>SCIE</i> edition	6/16	Q2
			Social Sciences, Biomedical in <i>SSCI</i> edition	21/46	Q2
Knox & Wagg, 2023	Healthcare	2.8*	Health Care Sciences & Services in <i>SCIE</i> edition	57/106	Q3
			Health Policy & Services in <i>SSCI</i> edition	43/87	Q2
Koksvik, 2020	Wellcome Open Research	1.298**	Biochemistry, Genetics and Molecular biology (miscellaneous)	-	Q1
			Medicine (miscellaneous)		Q1
			Nursing in <i>SCIE</i> edition	7/125	Q1
			Nursing in <i>SSCI</i> edition	7/123	Q1
			Nursing in <i>SCIE</i> edition	7/125	Q1
			Nursing in <i>SSCI</i> edition	7/123	Q1
Martins-Vale et. al., 2023	Healthcare	2.8*	Health Care Sciences & Services in <i>SCIE</i> edition	57/106	Q3
			Health Policy & Services in <i>SSCI</i> edition	43/87	Q2
McDougall et. al., 2022	Journal of Medical Ethics	4.2*	Ethics in <i>SSCI</i> edition	4/57	Q1
			Medical Ethics in <i>SCIE</i> edition	2/16	Q1
			Social issues in <i>SSCI</i> edition	4/44	Q1
Ortega-Galán et. al., 2022	Nurse Education Today	3.9*	Social Sciences, Biomedical in <i>SSCI</i> edition	8/45	Q1
			Education, Scientific, Disciplines in <i>SCIE</i> edition	9/43	Q1
			Nursing in <i>SCIE</i> edition	10/125	Q1
			Nursing in <i>SSCI</i> edition	10/123	Q1



Pesut et. al., 2020	BMC Nursing	2.3*	Nursing in SSCI edition	37/122	Q2
			Nuring in SCIE edition	37/124	Q2
Toro-Flores et. al., 2019	Nursing ethics	4.2*	Ethics in SSCI edition	4/57	Q1
			Nursing in SCIE edition	7/125	Q1
			Nursing in SSCI edition	7/123	Q1
Triviño-Caballero et. al., 2023	Canadian Journal of Bioethics – Revue Canadienne de Bioethique	0.169**	Bioethics and Philosophy.	-	Q2
Verdaguer et. al., 2024	Gaceta Sanitaria	1.9*	Health Case Sciences & Services in SCIE edition	84/106	Q4
			Health Policy & Services in SSCI edition	66/87	Q4
			Public, environmental & occupational health in SCIE edition	162/207	Q4
			Public, environmental & occupational health in SSCI edition	133/180	Q3
Velasco et. al., 2022	Nursing ethics	4.2*	Ethics in SSCI editton	4/57	Q1
			Nursing in SCIE edition	7/125Q1	Q1
			Nursing in SSCI edition	7/123	Q1
White, Jeanneret, Close & Willmott, 2023	BMC Medical Ethics	3.9*	Education & educational research in SSCI edition	63/269	Q1
			Education, scientific disciplines in SCIE edition	12/43	Q2
White, Jeanneret & Willmott, 2023	Health Expectations	3.2*	Health care sciences & services in SCIE edition	48/106	Q2
			Health policy & services in SCIE edition	35/87	Q2
			Public, environmental & occupational health in SCIE edition	106/207	Q3
			Public, environmental & occupational health in SSCI edition	83/180	Q2

Nota. Un asterisco (*) significa que se encuentra en la Web of Science (JCR) y dos asteriscos (**) significa que se ha buscado en Scopus (SJR).



Anexo II: Plantillas para lectura crítica según CASPe y valoración calidad metodológica.

Tabla 3.

Plantilla para entender una revisión sistemática.

¿Los resultados de la revisión son válidos?			
Preguntas de “eliminación”			
1)	¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí	No NS
2)	¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuados?	Sí	No NS
Preguntas detalladas			
3)	¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí	No NS
4)	¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?	Sí	No NS
5)	Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	Sí	No NS
¿Cuáles son los resultados?			
6)	¿Cuál es el resultado global de la revisión?		
7)	¿Cuál es la precisión del resultado/S?		
¿Son los resultados aplicables en tu medio?			
8)	¿ Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí	No NS
9)	¿ Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí	No NS
10)	¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí	No NS

Nota. Adaptada de Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática de Cabello (2005).

Tabla 4.

Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo.

¿Los resultados de la revisión son válidos?			
Preguntas de “eliminación”			
1)	¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	No NS
2)	¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	No NS
3)	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?		
Preguntas “de detalle”			
4)	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No NS
5)	¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	No NS
6)	¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de la investigación (reflexividad)?	Sí	No NS
7)	¿ Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	No NS
¿Cuáles son los resultados?			
8)	¿Fue el análisis de los datos suficientemente riguroso?	Sí	No NS
9)	¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	No NS
¿Son los resultados aplicables en tu medio?			
10)	¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí	No NS

Nota. Adaptada de Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo de Cano-Arana et. al. (2010).



Tabla 5.

Niveles de evidencia y grados de recomendación propuesta por CEBM.

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica ("todos o ninguno") (*)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (**)
2c	"Outcomes research" (***), estudios ecológicos.
3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
3b	Estudio caso-control.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y caso-control de baja calidad (****)
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, "bench research" o "first principles" (*****)

Se debe añadir un signo menos (-) para indicar que el nivel de evidencia no es concluyente si:

- Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza amplio y no estadísticamente significativo.
- Revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa.

(*) Cuando todos los pacientes mueren antes de que un determinado tratamiento esté disponible, y con él algunos pacientes sobreviven, o bien cuando algunos pacientes morían antes de su disponibilidad, y con él no muere ninguno.

(**) Por ejemplo, con seguimiento inferior al 80%.

(***) El término *outcomes research* hace referencia a estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben.

(****) Estudio de cohorte: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas y/o sin seguimiento completo y suficientemente prolongado. Estudio caso-control: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas.

(*****) El término *first principles* hace referencia a la adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos.

