



## ORIGINAL

# Lugar de la muerte de las personas tributarias de recibir cuidados paliativos en las Illes Balears

Yolanda Muñoz Alonso<sup>1\*</sup>, Eusebi J. Castaño Riera<sup>1</sup>, Alfonso Leiva Rus<sup>2</sup>, Mercè Llagostera Pagès<sup>3</sup>, Joan Llobera Cànaves<sup>2</sup>, María Magdalena Salom Castell<sup>4</sup>, Estefania Serratusell Sabater<sup>5</sup> y Carlos Serrano Jurado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de planificación sanitaria, Dirección General de Prestaciones y Farmacia, Consejería de Salud y Consumo. Illes Balears, España. <sup>2</sup>IdISBa.redIAPP. Unidad de investigación Gerencia de Atención primaria de Mallorca, España. <sup>3</sup>Centre Coordinador del Programa de Cuidados paliativos de las Illes Balears, España. <sup>4</sup>Registro de mortalidad, Servicio de Epidemiología, DG Salud Pública y Participación, Consejería de Salud y Consumo. Illes Balears, España. <sup>5</sup>Grupo Técnico Atención a la Cronicidad, Servicio de Salud Illes Balears, España. <sup>6</sup>Equipo de Atención a la Cronicidad y Coordinación Sociosanitaria. Servicio de Salud de las Illes Balears, España. Grupo CurES. Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears, España

Recibido el 1 de abril de 2018

Aceptado el 14 de julio de 2020

### PALABRAS CLAVE

Lugar de muerte, cuidados paliativos, mortalidad.

### Resumen

**Objetivo:** Describir dónde fallecen las personas tributarias de recibir atención por servicios específicos de cuidados paliativos en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears (CAIB) en los años 2015 y 2016.

**Método:** Estudio descriptivo. **Sujetos:** personas fallecidas en la CAIB por causas susceptibles de requerir atención paliativa prestada por los servicios específicos de CP. **Variables:** lugar de fallecimiento, sector sanitario, causa, sexo y edad. **Fuentes:** registro de mortalidad de la CAIB y memorias de actividad de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria y de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Son Espases.

**Resultados:** En 2015 fallecieron en el domicilio 852 personas, mientras que en el año 2016 fueron 837. Representan el 31,2 y el 28,9 %, respectivamente, del total de fallecidos tributarios de recibir cuidados paliativos específicos. El número de personas que fallecen en el domicilio es distinto entre los sectores sanitarios de las islas con porcentajes que oscilan entre el 20,6 y el 48 %.

También se han hallado diferencias en función del sexo de las personas fallecidas en domicilio, siendo menor en los hombres que en las mujeres.

**Conclusiones:** Los porcentajes de fallecidos en domicilio en CAIB se encuentran alejados de las preferencias manifestadas en los estudios revisados. Existe variabilidad entre los sectores sanitarios de la Comunidad. Se han reducido los porcentajes de muerte en domicilio entre los años 2015 y 2016. Se identifican diferencias en función del sexo y de las patologías analizadas. Necesitamos avanzar en la disponibilidad de estándares.

\*Autor para correspondencia:

Yolanda Muñoz Alonso

Servicio de planificación sanitaria. Dirección General de Prestaciones y Farmacia, Consejería de Salud y Consumo. Plaça d'Espanya, n.º 9. 07002, Palma, Illes Balears, España

Correo electrónico: [youyoes@yahoo.es](mailto:youyoes@yahoo.es)

DOI: [10.20986/medpal.2020.1089/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1089/2019)

1134-248X/© 2020 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Place of death,  
palliative care,  
mortality.

**Abstract**

*Objective:* To describe where people candidate to receive specific palliative care (PC) services died in the autonomous community of the Balearic Islands (CAIB) from 2015 through 2016.

*Method:* This was a descriptive study. *Subjects:* people who died in the CAIB from causes susceptible to requiring palliative care by specific PC services. *Variables:* place of death, health care sector, cause, sex, and age. *Sources:* CAIB death registry and activity reports by home care support teams (ESAD) and the pediatric palliative care unit (PPCUN) at Hospital Son Espases.

*Results:* In 2015 a total of 852 patients died in their homes, whereas in 2016 the number of home deaths was 837. These represent 31.2 % and 28.9 % of all deaths in patients candidate to receive specific palliative care, respectively. The number of patients who die in their homes varies among health care sectors in the Islands, with percentages oscillating between 20.6 % and 48 %.

Differences were also found according to the gender of those who died in their homes, with numbers being lower for men as compared to women.

*Conclusions:* The percentages of home deaths in the CAIB are far removed from the preferences reported in the studies reviewed. There is variability among health care sectors in our autonomous community. Home death percentages decreased from 2015 to 2016. Differences may be identified according to gender and health condition. We need to move forward to having some standards available.

Muñoz Alonso Y, Castaño Riera EJ, Leiva Rus A, Llagostera Pagès M, Llobera Cànaves J, Salom Castell MM, et al. Lugar de la muerte de las personas tributarias de recibir cuidados paliativos en las Illes Balears. *Med Paliat.* 2020;27(4):287-293

**INTRODUCCIÓN**

Uno de los objetivos del modelo de atención en cuidados paliativos (CP) es ofrecer al paciente la posibilidad de recibir los cuidados y atención en su entorno, proporcionando atención integral, continuada e integrada en el sistema de salud, coordinándola con los servicios sociales<sup>1,2</sup>.

Garantizar una atención de calidad en el entorno más próximo al paciente es también objeto de las políticas en salud del conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de la CAIB. Esta atención comprende desde la identificación precoz y el abordaje integral de las necesidades<sup>3,4</sup> hasta la implicación del paciente y su familia en el proceso y en la toma de decisiones informadas<sup>5</sup>.

Esto requiere de la comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos de atención<sup>6</sup>, así como del conocimiento de las preferencias del paciente<sup>7</sup>.

En la CAIB se aprobó la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de las personas en el proceso de morir<sup>8</sup>, estableciendo la obligación de elaborar un informe sobre la manera de morir de los ciudadanos y ciudadanas de las Illes Balears (IB).

Conocer si el lugar de fallecimiento se adecuaba a las preferencias de cada persona es clave para identificar oportunidades de mejora en la calidad de la atención y en la oferta de los servicios específicos y básicos de CP. También lo es monitorizar el lugar de muerte que se recomienda como indicador clave de calidad de la atención en CP<sup>9-11</sup>.

Otro elemento a considerar son las preferencias que manifiestan los pacientes en esta materia<sup>12</sup>. La encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en el año 2009, sobre atención al final de la vida puso de manifiesto que el 45,4 % de los encuestados prefería el domicilio para recibir la atención, el 31,9 % un centro especializado en CP y el 17,8 % el hospital<sup>13</sup>. En la misma encuesta, el 33 % de las personas que habían sufrido la pérdida de una persona querida en el último año respondieron que la muerte había sucedido en el domicilio, mientras que el 56,9 % respondió que había sido en el hospital y el 4,9 % manifestó que fue en un centro especializado en CP. Otros trabajos publicados en nuestro país elevan el porcentaje de personas que manifiestan deseo de morir en su domicilio hasta el 64 %<sup>14</sup> o incluso el 67,7 %<sup>15</sup>. Fuera de nuestro país hay estudios en los que hasta el 90 % de las personas encuestadas manifiesta su deseo de morir en el domicilio, pero tan solo en el 65 % de estos se cumple su deseo<sup>16</sup>.

En relación con los determinantes que condicionan la última decisión sobre el lugar en el que se produce la muerte, los profesionales afirman que en la mayoría de los casos no se suele consultar al paciente sobre esta cuestión<sup>17</sup>; por otra parte, también se pone de manifiesto la sospecha de que la mayoría de los pacientes preferirían morir en el domicilio si los recursos pudieran garantizar una atención de calidad.

El presente estudio describe cuál ha sido el lugar de fallecimiento de las personas residentes en IB susceptibles de recibir atención en CP en los años 2015 y 2016.

Para el cálculo de la población mínima que debería recibir atención paliativa específica se han seguido las recomendaciones de McNamara, Rosenwax y Holman<sup>18</sup> (Tabla I). Para la población pediátrica se han seguido las recomendaciones del documento *Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención*<sup>19</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño

Estudio descriptivo a partir de los datos del Registro de mortalidad de la CAIB, complementado con el registro de actividad de los Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) y el de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Son Espases (UCPP).

### Población

Residentes de las Illes Balears que han fallecido durante los años 2015 y 2016 y que cumplen los criterios de población mínima tributaria de recibir atención por parte de servicios específicos de CP<sup>17</sup>.

### Fuentes de información

Registro de Mortalidad (RM) de la CAIB de la Dirección General de Salud Pública y las memorias de los Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) del Servicio de Salud y de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) del Hospital Son Espases.

### Variables

Las variables que se han analizado de estas bases de datos son las siguientes:

- Edad de defunción: estimada a partir de la diferencia entre la fecha de defunción y la fecha de nacimiento, en años.
- Sexo: hombre/mujer.
- Isla de residencia: Mallorca, Menorca, Eivissa y Formentera.
- Sectores sanitarios: Ponent, Migjorn, Tramuntana, Llevant, Menorca, Eivissa-Formentera.
- Lugar de defunción: domicilio, hospital, residencia sociosanitaria, otros lugares, no consta.
- Causa inicial o fundamental de defunción: según CIE-10.

## RESULTADOS

En la CAIB, un total de 2892 y 3057 personas fallecidas en los años 2015 y 2016, respectivamente, cumplían los criterios de inclusión como población mínima tributaria de recibir atención por parte de servicios específicos de CP. Esto supone un incremento del 5,7 % de un año con respecto al otro.

De los registros que corresponden a estas personas fallecidas, no consta el lugar de fallecimiento en 153 (5,3 %) para el año 2015 y 156 (5,1 %) para el 2016. Descartando estos casos, la población final del estudio fue de 2728 casos para el año 2015 y 2901 en 2016. La desagregación de estos datos según el lugar de fallecimiento se recoge en la Tabla II.

En los años 2015 y 2016 fallecieron en su domicilio 638 y 644 personas, respectivamente. El aumento en cifras absolutas contrasta con un descenso de 1,2 puntos porcentuales. En 2016 fallecieron en conjunto más personas que cumplían los criterios de inclusión en el estudio y, por tanto, en el denominador del indicador.

En relación con los fallecidos en residencias, se observa una disminución tanto en valores absolutos como en porcentuales. Al analizar los datos agrupando las muertes en domicilios y las muertes en residencias observamos que se ha pasado del 31,2 % al 28,9 %.

Se observa que en la distribución por sexos, son más frecuentes los casos de muerte en domicilio y/o residencia en las mujeres.

En la Tabla III se presentan los fallecimientos en domicilio y residencias por sectores sanitarios, según la ordenación

Tabla I. Estimación de la población susceptible de recibir atención por recursos específicos de CP basada en las recomendaciones de McNamara, Rosenwax y Holman.

Estimación	Identificación de casos	Definición operativa (CIE-10)
Mínimo	Mención de cualquiera de las 10 causas de muerte den la Parte 1 del certificado de defunción	10 causas de muerte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neoplasia (C00-d-48)</li> <li>- Insuficiencia renal (N180, N188, N189, N102, N112, N132, N120, N131, N132)</li> <li>- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40, J410, J411, J418, J42, J430, J431, J432, J438, J439, J440, J441, J448, J448)</li> <li>- Enfermedad de Parkinson (G20)</li> <li>- Enfermedad de Alzheimer (G300, G301, G308, G309)</li> <li>- Insuficiencia cardiaca (I500, I501, I509, I111, I130, I132)</li> <li>- Insuficiencia hepática (K704, K711, K721, K729)</li> <li>- Enfermedad de las neuronas motoras (G122)</li> <li>- Enfermedad de Huntington (G10)</li> <li>- VIH/SIDA (B20-B24)</li> </ul>

Tabla II. Distribución de las defunciones por lugar y sexo de la población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears años 2015 y 2016.

Lugar de muerte	2015			2016		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Domicilio	638 (23,4 %)	308 (20,7 %)	330 (26,7 %)	644 (22,2 %)	332 (20,5 %)	312 (24,3 %)
Hospital	1876 (68,8 %)	1111 (74,6 %)	765 (61,8 %)	2064 (71,1 %)	1217 (75,3 %)	847 (66,0 %)
Residencia sociosanitaria	214 (7,8 %)	71 (4,8 %)	143 (11,6 %)	193 (6,7 %)	68 (4,2 %)	125 (9,7 %)
TOTAL	2728	1490	1238	2901	1617	1284
Domicilio + residencia	852 (31,2 %)	379 (25,4 %)	473 (38,2 %)	837 (28,9 %)	400 (24,7 %)	437 (34 %)

sanitaria territorial<sup>20</sup>. Los sectores Ponent y Migjorn, que incluyen toda la ciudad de Palma, además de otras ocho Zonas Básicas de Salud (ZBS) rurales, presentan el porcentaje más bajo de fallecidos en domicilio (23 % y 20,6 %, respectivamente), mientras que el porcentaje más alto lo presentan el sector de Eivissa-Formentera en el año 2015 (43,8 %) y el sector de Llevant, que incluye el municipio de Manacor y otras 8 ZBS rurales, en 2016 (44,8 %).

En las Tablas IV y V se presenta la distribución de las defunciones en domicilio, hospital y residencia por sexos y por grupos de patologías. Entre los años 2015 y 2016, destacan los tumores como la patología que presenta mayor número de casos de fallecimiento en domicilio, suponiendo entre el 53,6 y el 69,9 % para los hombres y entre el 46,40 y el 53,20 % para las mujeres. En relación con los fallecimientos en residencias, en el caso de los hombres, la patología tumoral es la causa más frecuente (entre el 36,6 y el 41,20 %), y en las mujeres la primera causa son las enfermedades del grupo motoneuronales, Huntington, Parkinson y Alzheimer (53,8 y 47,20 %). En el resto de patologías se observan patrones de comportamiento distintos entre hombres y mujeres y entre fallecimientos en domicilio o residencias.

Es destacable que, pese a que la patología tumoral es la que presenta un mayor número de casos registrados de fallecimientos en domicilio, el porcentaje de fallecidos por esa causa en domicilio y residencias sobre el total de fallecidos por cáncer es del 21,7 y del 22,9 %, respectivamente, en los años 2015 y 2016. En el total de fallecimientos por patología no tumoral los porcentajes encontrados son del 47 % y del 41 % en el periodo.

Tabla III. Distribución de las defunciones en domicilio y residencias por sectores sanitarios en población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears años 2015 y 2016.

Sectores sanitarios	2015	2016
Ponent/Migjorn	334 (23 %)	329 (20,6 %)
Tramuntana	143 (36,2 %)	117 (30 %)
Llevant	165 (41,8 %)	196 (44,8 %)
Menorca	86 (41,9 %)	90 (38,3 %)
Eivissa i Formentera	124 (43,8 %)	105 (43,3 %)
TOTAL	852	837

En el análisis realizado por edades, los resultados muestran que en los años 2015 y 2016 los fallecidos en domicilio y residencia representan los porcentajes del 14,7 y 14,5 %, en menores de 65 años, entre 65 y 85 años fue del 26,8 y 24 % y en mayores de 85 años del 46,8 y el 44,6 %, respectivamente.

La información del RM se ha complementado con datos de las memorias de actividad de los ESAD que incorporan la variable "lugar de muerte" en sus registros. La variable "domicilio" en las memorias de los ESAD resulta de la suma de los fallecimientos en domicilio y en residencia. En el conjunto de CAIB se ha producido un incremento del 7,4 % en el número de fallecimientos en domicilio de pacientes atendidos por los ESAD en el periodo de análisis, tal y como se recoge en la Tabla VI.

En relación con la población atendida por la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital de Son Espases, en los años 2015 y 2016 fallecieron 14 y 12 pacientes de los que 4 y 1 de estos fallecimientos ocurrieron en domicilio.

## DISCUSIÓN

Cuando se habla de atención al paciente crónico avanzado, de los cuidados al final de la vida o de los CP, es común afirmar que las personas prefieren afrontar esa situación en su domicilio. Sin embargo, los resultados apuntan a que existen diferencias entre las preferencias de los pacientes y sus familias y el tipo de atención que se recibe<sup>13,15</sup>.

En España, en el año 2014, el 55 % del total de fallecimientos ocurrieron en los hospitales, un 2,03 % más que en 2010<sup>21</sup>. Andalucía y Euskadi presentaron cifras de mortalidad hospitalaria en población general del 59,4 % entre 2009-2010<sup>22</sup> y del 54 % en 2011<sup>23</sup>. Los porcentajes de fallecidos en los hospitales de Baleares sobre el total de personas fallecidas son de 66,0 % en 2015 y de 66,8 % en 2016, de acuerdo con el RM de la CAIB, valores que sitúan a la CAIB en porcentajes superiores a los resultados comentados anteriormente.

En nuestro trabajo, centrado en la población diana que hemos definido, mueren en los hospitales el 68,8 % y el 71,1 %, cifras sensiblemente superiores a los referidos a la población total de la CAIB. La aproximación a la mortalidad en domicilio desde la visión de la atención de los CP tiene sentido si consideramos que es el lugar de preferencia para morir elegido por las personas y que esta elección se alinea, además, con los análisis de coste-efectividad de la atención paliativa<sup>24</sup>, y por tanto con la mejora de la eficiencia del sistema sanitario público.

Tabla IV. Distribución de las defunciones en domicilio, hospital y residencia por sexos y por grupos de patologías de la población mínima tributaria de recibir cuidados paliativos. Año 2015.

2015	Domicilio		Hospital		Residencia	
	H	M	H	M	H	M
Tumores	165 53,60 %	153 46,40 %	814 73,30 %	525 68,60 %	26 36,60 %	28 19,60 %
Insuficiencia renal	5 1,60 %	7 2,10 %	32 2,90 %	26 3,40 %	1 1,40 %	5 3,50 %
EPOC	63 20,50 %	20 6,10 %	145 13,10 %	25 3,30 %	15 21,10 %	5 3,50 %
Enfermedades motoneuronales - Parkinson - Huntington - Alzheimer	38 12,30 %	72 21,80 %	42 3,80 %	65 8,50 %	21 29,60 %	77 53,80 %
Insuficiencia cardiaca	37 12,00 %	78 23,60 %	65 5,90 %	119 15,60 %	6 8,50 %	28 19,60 %
Insuficiencia hepática	0 -	0 -	2 0,18 %	3 0,39 %	0 -	0 -
SIDA	0 -	0 -	11 1,00 %	2 0,30 %	2 2,80 %	0 0 %
Total	308 100 %	330 100 %	1.111 100 %	765 100 %	71 100 %	143 100 %

H: Hombres. M: Mujeres. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Tabla V. Distribución de las defunciones en domicilio, hospital y residencia por sexos y por grupos de patologías de la población mínima tributaria de recibir cuidados paliativos. Año 2016.

2016	Domicilio		Hospital		Residencia	
	H	M	H	M	H	M
Tumores	231 69,60 %	166 53,20 %	932 76,60 %	593 70,00 %	28 41,20 %	31 24,80 %
Insuficiencia renal	5 1,50 %	8 2,60 %	18 1,50 %	20 2,40 %	2 2,90 %	3 2,40 %
EPOC	43 13,00 %	16 5,10 %	141 11,60 %	37 4,40 %	13 19,10 %	12 9,60 %
Enfermedades motoneuronales - Parkinson - Huntington - Alzheimer	19 5,70 %	57 18,30 %	43 3,50 %	70 8,30 %	12 17,60 %	59 47,20 %
Insuficiencia cardiaca	31 9,30 %	65 20,80 %	77 6,30 %	123 14,50 %	13 19,10 %	20 16,00 %
Insuficiencia hepática	1 0,30 %	0 -	2 0,20 %	2 0,20 %	0 -	0 -
SIDA	2 0,60 %	0 -	4 0,30 %	2 0,20 %	0 -	0 -
Total	332 100 %	312 100 %	1217 100 %	847 100 %	68 100 %	125 100 %

H: Hombres. M: Mujeres. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Tabla VI. Lugar de muerte de los pacientes atendidos por ESAD. 2015 y 2016.

	2015			2016		
	Domicilio*	Hospital	% Domicilio*	Domicilio	Hospital	% Domicilio
ESAD Mallorca	292	478	37,9 %	317	504	38,30 %
ESAD Menorca	26	97	21 %	67	87	43,50 %
ESAD Eivissa i Formentera	83	81	50,6 %	84	76	52,50 %
Total	401	656	37,90 %	468	667	41,23 %

\*Domicilio + Residencia

ESAD: equipo de soporte de atención domiciliaria.

Cuando hemos revisado la bibliografía buscando el porcentaje de personas con criterios de recibir CP a las que se les debería facilitar el fallecimiento en domicilio, nos hemos encontrado con pocas publicaciones que nos permitan establecer comparaciones y con una ausencia de estándares homologados que nos permitan hacer una valoración de la situación real. Esta situación nos conduce a la dificultad para establecer objetivos desde el punto de vista de la gestión clínica.

Hemos observado también que existen diferencias cuando comparamos el lugar de fallecimiento según motivo de defunción y según el sexo, lo que apunta a la necesidad de profundizar en el análisis de los factores que originan esta variabilidad y que facilitan o dificultan la gestión del final de vida en el domicilio<sup>25</sup>.

También hemos constatado que, en el caso de las muertes por cáncer, a pesar de ser la causa más frecuente de muerte en domicilio, sigue presentando una mortalidad hospitalaria cercana al 80 %, aspecto que desde nuestro punto de vista apunta un importante espacio de mejora.

El análisis de los registros de los ESAD nos está indicando que la población atendida por equipos específicos de cuidados paliativos presenta porcentajes de muerte en domicilio mayores que en el conjunto de la población que hemos analizado, hasta doce puntos porcentuales más, hecho que se podría relacionar con la vocación comunitaria que tiene este servicio. Además, estos resultados podrían orientar sobre la necesidad de formación y recursos para que los profesionales de atención primaria puedan afrontar la muerte de sus pacientes en sus domicilios con mayor calidad.

Con todo, el presente trabajo tiene algunas limitaciones. La primera es que el periodo de análisis es demasiado corto como para poder identificar tendencias. Pensamos que los datos pueden servir como punto de partida que precisará del seguimiento continuado para analizar el comportamiento de los indicadores estudiados.

Otra de las limitaciones es que se ha elegido arbitrariamente la población diana basada en las estimaciones de mínimos recogida en la bibliografía que las estrategias de atención paliativa vigentes en el SNS<sup>4</sup> y que nuestra estrategia autonómica<sup>3</sup> han adoptado para establecer un denominador que permita calcular las coberturas de pacientes atendidos por servicios específicos de cuidados paliativos. Somos conscientes de que el nuevo enfoque de la atención a la cronicidad, con los conceptos de paciente crónico complejo y crónico avanzado, puede establecer un nuevo paradigma en la selección de la población atendida tributaria de recibir cuidados paliativos, incluyendo tanto la que prestan los servicios específicos como la que se ofrece por parte de servicios convencionales de atención primaria y hospital.

Finalmente, deberíamos mencionar que el trabajo no aborda la calidad de la atención percibida al final de la vida, que es un tema relevante y que debería acompañar los análisis referidos al lugar de fallecimiento. En este sentido entendemos que una continuidad de este trabajo, además de aumentar las series temporales, sería incorporar al análisis el cumplimiento de los deseos expresados en los documentos de voluntades anticipadas, y las preferencias que manifiestan las personas atendidas por los recursos específicos de CP.

Con todo lo expuesto, el valor de nuestro trabajo radica en ofrecer unos resultados específicos de los que existen pocos actualmente en la bibliografía, realizados con una metodo-

logía replicable en otros contextos y que podrían ayudar a la hora de complementar los indicadores de la situación actual del SNS, tanto de cobertura como de la calidad de la atención ofrecida; y avanzar en la disponibilidad de estándares de comparación, de información sobre preferencias de los pacientes, y facilitar la implementación de políticas activas para cumplir las preferencias de los pacientes a la hora de elegir el lugar de muerte.

## BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Definition of Palliative Care [Internet]. Acceso el 23 de julio de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
2. Geoff M, Gómez-Batiste X, Murray S. Implementing a palliative care approach in the community and all settings of care. In: Building integrated palliative care programs and services. Xavier Gómez-Batiste & Stephen Connor. 1.ª ed. Barcelona: ebc, serveis editorials; 2017. p. 123-37.
3. Adrover Barceló RM, Albertí Homar F, Benito Oliver E, Castaño Riera E, Comendeiro Maaløe M, Fuster i Culebras JM, et al. Estrategia de Cuidados Paliativos de las Illes Balears 2009-2014. Direcció General de Planificació i Finançament Conselleria de Salut i Consum; 2009. Disponible en: <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=513589>.
4. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2010-2014. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf).
6. Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible en: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1832/recomanacions\\_atencio\\_malalts\\_final\\_vida\\_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1832/recomanacions_atencio_malalts_final_vida_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
7. Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-9336-consolidado.pdf>.
8. Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. Disponible en: <http://www.caib.es/eboibfront/es/2015/10270/561786/ley-4-2015-de-23-de-marzo-de-derechos-y-garantias>.
9. Defensor del Pueblo Andaluz. Morir en Andalucía. Dignidad y Derechos. Informe Especial al Parlamento. Defensor del Pueblo Andaluz; 2017. Disponible en: <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/morir-en-andalucia-dignidad-y-derechos>.
10. Department of Health: End of life care strategy; fourth annual report. London: Department of health; 2012.
11. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Strauss SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2:CD009231.
12. SECPAL. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2012.
13. Encuesta de la atención al final de la vida; 2009. Disponible en: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2800\\_2819/2803/e280300.html](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2800_2819/2803/e280300.html).

14. Ortiz-Gonçalves B, Albarrán E, Labajo E, Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. *Gac Sanit.* 2018;32:333-8.
15. Cortés H, Correa OL, Alonso A. Preferencia del lugar de muerte y factores relacionados en personas mayores de la isla mediterránea de Ibiza. *Rev Col Anest.* 2011;39:174-88.
16. Beccaro MC, Constantini M, Rossi P, Miccinesi G, Bruzzi P. Actual and preferred place of death cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:412-6.
17. Lima SJ, Asensio MR, Palomo JC, Ramírez EB, Lima M. Razones para decidir morir en el hospital o en el domicilio. Visión de los/las profesionales. *Gac Sanit.* 2018;32:362-8.
18. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CDAJ. A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *J Pain Symptom Manage.* 2006;32:5-12.
19. Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01Cuidados\\_Paliativos\\_PediatricoS.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01Cuidados_Paliativos_PediatricoS.pdf).
20. Decreto 16/2015, de 10 de abril, de ordenación sanitaria territorial de la comunidad autónoma de las Illes Balears. Disponible en: <http://www.caib.es/eboibfront/ca/2015/10278/562414/decret-16-2015-de-10-d-abril-d-ordenacio-sanitaria>.
21. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Indicadores hospitalarios, evolución20102014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
22. Sinopsis. Cómo mueren los andaluses I. Informe sobre la aplicación y efectos de la Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte. Junta de Andalucía; 2012. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af195698e0b4\\_comoMuereAndalucesl.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af195698e0b4_comoMuereAndalucesl.pdf).
23. Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Un proceso de atención y mejora en la fase final de la vida. Gobierno Vasco; 2016. Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan\\_cuidados\\_paliativos/es\\_def/adjuntos/Anexo\\_Plan\\_Cuidados\\_Paliativos.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_cuidados_paliativos/es_def/adjuntos/Anexo_Plan_Cuidados_Paliativos.pdf).
24. Nuño-Solinís R, Herrera E, Librada S, Otruetta J, Cabrera-León A. Actividad asistencial y costes de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi. *Gac Sanit.* 2017;31:524-30.
25. Thomas C, Morris SM, Clark D. Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Social Science & Medicine.* 2004;58:2431-44.