



G CONSELLERIA
O SALUT

I
B
/

COM MOREN ELS CIUTADANS I LES CIUTADANES DE LES ILLES BALEARS

**INFORME SOBRE L'APLICACIÓ DE LA LLEI 4/2015, DE 23 DE MARÇ, DE
DRETS I GARANTIES DE LA PERSONA EN EL PROCÉS DE MORIR**



Autoria

Eusebi Castaño Riera, Servei de Planificació Sanitària, Direcció General de Planificació, Avaluació i Farmàcia

Alfonso Leiva Rus, Unitat d'Investigació d'Atenció Primària de Mallorca, Servei de Salut de les Illes Balears

Mercè Llagostera Pagès, Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives, Servei de Salut de les Illes Balears

Joan Llobera Cànaves, Unitat d'Investigació d'Atenció Primària de Mallorca, Servei de Salut de les Illes Balears

Yolanda Muñoz Alonso, Servei de Planificació Sanitària, Direcció General de Planificació, Avaluació i Farmàcia

Magdalena Salom Castell, Registre de Mortalitat, Direcció General de Salut Pública i Participació

Carlos Serrano Jurado, Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives, Servei de Salut de les Illes Balears

Estefania Serratusell Sabater, Grup tècnic Atenció a la Cronicitat, Servei de Salut de les Illes Balears



Glossari

AECC	Associació Espanyola contra el Càncer
CAIB	Comunitat autònoma de les Illes Balears
CCPCPIB	Centre Coordinador Programa Cures Pal·liatives de les Illes Balears
CIM-10	Classificació Internacional de Malalties, 10 ed.
CMD	Certificat mèdic defunció INE (Institut Nacional d'Estadística)
CP	Cures pal·liatives
EAP	Equips d'Atenció Primària
EAPS	Equip d'Atenció Psicosocial
ESAD	Equip de Suport d'Atenció Domiciliària
IBESTAT	Institut Balear d'Estadística de les Illes Balears
IB-SALUT	Servei de Salut de les Illes Balears
MPOC	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
PCA	Pacient crònic avançat
PCC	Pacient crònic complex
SECPAL	Societat Espanyola de Cures Pal·liatives
SNS	Sistema Nacional de Salut
UCP	Unitat de Cures Pal·liatives
UCPP	Unitat de Cures Pal·liatives Pediàtriques
USH	Unitat de Suport Hospitalari



Índex

1.	Introducció.....	1
2.	Dades de mortalitat dels anys 2015 i 2016.....	3
2.1	Objectiu	3
2.2	Mètode	3
2.3	Resultats.....	5
3.	Percepcions a la fase avançada de la malaltia	8
4.	Voluntats anticipades dels anys 2015 i 2016.....	13
5.	Conclusions i recomanacions	15
5.1.	Conclusions de l'anàlisi de dades de mortalitat dels anys 2015-2016	15
5.2.	Conclusions de percepcions en la fase avançada de la malaltia	16
5.3.	Conclusions de continuïtat i millora d'aquest informe	16
6.	Annex	19



1. Introducció

En el marc del desplegament de la Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de la persona en el procés de morir, la disposició addicional primera estableix que la Conselleria de Salut ha d'elaborar, en el termini d'un any, un estudi sobre la manera de morir dels ciutadans i de les ciutadanes de les Illes Balears, que s'ha d'actualitzar periòdicament per permetre avaluar amb regularitat l'aplicació i els efectes d'aquesta Llei.

La presentació d'aquest informe coincideix amb l'elaboració de l'informe d'avaluació de l'Estratègia de cures pal·liatives de les Illes Balears vigent des de l'any 2009.

L'anàlisi presentat en aquest document recull la informació que descriu com ha mort durant els anys 2015 i 2016 la població resident a les Illes Balears susceptible de rebre cures pal·liatives (CP) durant la darrera etapa de la vida o en el procés de morir. Per identificar aquesta població s'ha fet servir la classificació que recull l'Estratègia de cures pal·liatives del Sistema Nacional de Salut, que segueix les recomanacions de McNamara i Rosenwax i Holman¹ (taula 1 a l'annex). Segons els autors es pot fer el càlcul de la *població mínima* i de la *població màxima* susceptible de rebre cures pal·liatives. Els criteris que s'apliquen per a l'estimació de la població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives és el del 30 % de les persones que han mort el darrer any com a conseqüència d'algunes patologies cròniques i el 60 % de totes les persones que han mort per causes oncològiques el darrer any.

Les patologies cròniques que s'hi inclouen són VIH-sida, corea de Huntington, esclerosi lateral amiotròfica i malalties de motoneurona, malaltia de Parkinson, malaltia d'Alzheimer, insuficiència cardíaca, insuficiència hepàtica, malaltia pulmonar obstructiva crònica i insuficiència renal.

Per al càlcul de la població màxima tributària de rebre cures pal·liatives recomanen comptabilitzar totes les defuncions del darrer any llevat de les produïdes per les causes següents: embaràs, part o puerperi; afeccions originades en el període perinatal; traumatismes, enverinaments i causes externes de morbiditat i mortalitat.

Pel que fa a la població en edat pediàtrica se segueixen les recomanacions del document "Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud:



Criterios de Atención^{1,2}. Per tant, totes les estimacions tenen en el denominador aquesta població.

Per estructurar l'informe s'han revisat documents similars que s'han elaborat en altres comunitats autònomes. El document, a més d'explicar la metodologia que s'ha fet servir per presentar els resultats obtinguts, inclou un apartat que descriu informació en matèria de voluntats anticipades, i explora les activitats d'avaluació en matèria de percepcions del pacient i/o cuidador i les famílies respecte de la fase avançada de la malaltia que s'han fet a la comunitat autònoma de les Illes Balears fins ara.

Finalment es presenten una sèrie de conclusions i recomanacions tant per donar continuïtat a aquest tipus d'estudi com per valorar-les per al desplegament de la Llei i de l'Estratègia de cures paliatives de les Illes Balears.

1. McNamara, B.; Rosenwax, LK; Holman, CDAJ. "A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population". *J Pain Symptom Manage*. 2006;32(1):5-12. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.12.018.
2. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención. 2014



2. Dades de mortalitat dels anys 2015 i 2016

A continuació es presenten les dades obtingudes de l'estudi de la població susceptible de rebre cures pal·liatives a les Illes Balears durant els anys 2015 i 2016.

2.1 Objectiu

Determinar la població susceptible de rebre cures pal·liatives del total de morts en el període 2015-2016.

Descriure la població susceptible de rebre cures pal·liatives basant-se en característiques personals, causa bàsica de mort i lloc de defunció.

2.2 Mètode

Estudi descriptiu a partir del Registre de Mortalitat de les Illes Balears.

Població: tots els residents de les Illes Balears que han mort a les Illes Balears en el període.

Font d'informació: Registre de Mortalitat de les Illes Balears, integrat dins les activitats del Servei d'Epidemiologia, que depèn de la Direcció General de Salut Pública i Participació de la Conselleria de Salut de les Illes Balears, que té un conveni de col·laboració amb l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) per al tractament d'aquestes dades.

Variables:

Edat de defunció - diferència entre data de defunció i data de naixement, en anys.

Sexe

Municipi de defunció - segons codis de l'INE.

Municipi de residència - segons codis de l'INE.

Illa de residència - Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera.



Sectors sanitaris - Ponent, Migjorn, Tramuntana, Llevant, Menorca, Eivissa-Formentera.

Lloc de defunció - domicili, hospital, residència sociosanitària, altres llocs, no consta.

Causa bàsica de defunció - segons CIM-10

Població mínima susceptible cures pal·liatives – sí/no, segons criteris mínims de McNamara 2006 (taula 1).

Població màxima susceptible cures pal·liatives - sí/no, segons criteris màxims de McNamara 2006 (taula 1).

Tipus de butlletí - certificat mèdic de defunció (CMD), butlletí judicial.

Preparació: s'han seleccionat els èxits dels anys 2015 i 2016, residents i morts a les Illes Balears.

S'ha fet un control de qualitat dels camps que afecten les variables d'estudi. Els casos judicials no tenen lloc de defunció i, per tant, s'han recodificat com a perduts en aquest camp.

S'han creat dos arxius d'anàlisi: casos amb CMD i casos amb butlletí judicial.

Anàlisi:

Sobre casos amb CMD:

- Descripció de la població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives segons els criteris de McNamara 2006, expressada en nombre de casos i taxes, per patologia i sexe. Les taxes s'han calculat per 100.000 habitants sobre l'estimació intercensal de població de juliol de 2015 i 2016.
- Descripció de la població màxima susceptible de rebre cures pal·liatives segons els criteris de McNamara 2006, expressada en nombre de casos i taxes per illes i sexe. Les taxes s'han calculat per 100.000 habitants sobre l'estimació intercensal de població de juliol de 2015 i 2016.
- Anàlisi de la població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives:
 - o Distribució de les defuncions segons lloc de defunció i sexe.
 - o Distribució de les defuncions segons lloc de defunció, causa i sexe.
 - o Distribució de les defuncions segons lloc de defunció i grup d'edat .
 - o Mitjana d'edat per lloc de defunció.



- Distribució de les defuncions per sector sanitari i lloc de defunció. Atès el baix nombre de casos en la categoria "altres llocs", s'han considerat casos perduts per tal d'augmentar la potència de la prova.
- Comparació del lloc de defunció de la població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives amb la resta de casos.

Sobre casos amb butlletí judicial:

- Distribució de la població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives per sexes. Els butlletins judicials certifiquen la defunció de persones que moren sense assistència. Per això, sembla interessant veure si les patologies de cures pal·liatives hi són freqüents.

2.3 Resultats

La població que compleix els criteris de mínims i màxims susceptible de rebre cures pal·liatives segons els criteris de McNamara oscil·la entre 2.892 i 7.523 persones l'any 2015 (taules 2 i 3) i entre 3.057 i 7.120 l'any 2016 (taules 4 i 5).

La patologia més freqüent que afecta la població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives és la tumoral en 2015, amb una taxa bruta de 187,29 per 100.000 en homes i 132,25 per 100.000 en dones (taula 2). L'any 2016 s'observa un increment de les morts per causa tumoral, especialment en els homes; la taxa bruta va ser de 216,41 per 100.000 en homes i 147,12 per 100.000 en dones (taula 4).

Pel que fa a la resta de patologies, la insuficiència cardíaca i les malalties que afecten el sistema nerviós són el doble de freqüents en les dones que en els homes, mentre els tumors i la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) és superior en els homes (taules 2 i 4).

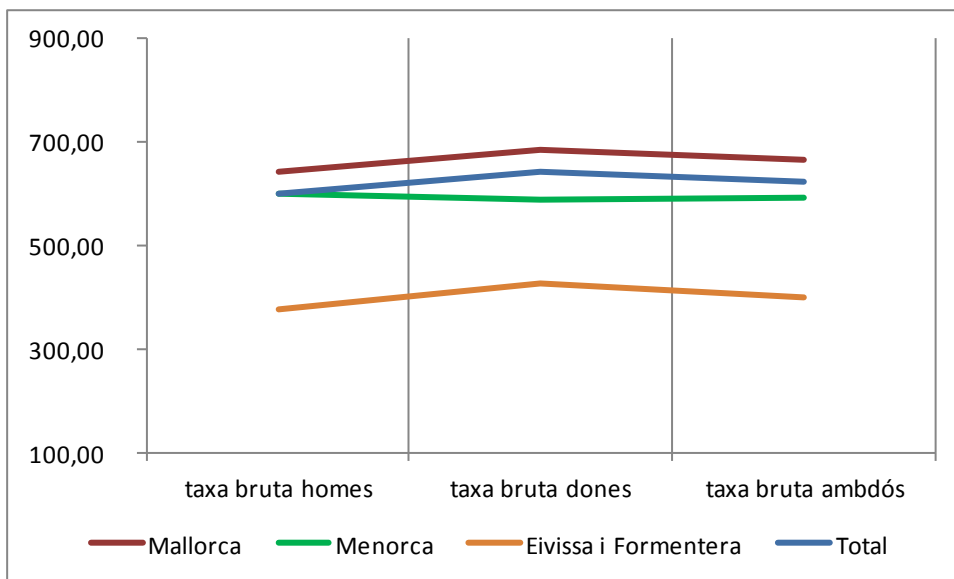


A continuació es presenten les taxes brutes per la població màxima identificada susceptible de rebre cures pal·liatives en els anys 2015 i 2016.

Gràfic a1. Població màxima susceptible de rebre cures pal·liatives Illes Balears 2015. Taxes (per 100.000) per illes i sexe



Gràfica 2. Població màxima susceptible de rebre cures pal·liatives Illes Balears 2016. Taxes (per 100.000) per illes i sexe





Pel que fa a la distribució per illes, si es tenen en compte els criteris de població màxima susceptible de cures pal·liatives, la taxa més baixa és a Eivissa i Formentera. En ambdós períodes, 2015 i 2016, Eivissa i Formentera tenen les taxes més baixes de les Illes Balears, no arriben a 500 casos per 100.000 habitants; Menorca té xifres de devers 600 casos per 100.000 habitants, i Mallorca al voltant de 700 casos per 100.000.

Aprofundint en l'anàlisi de la població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, quan s'analitza el lloc de defunció, s'observa que la majoria dels casos moren a l'hospital; cal destacar que tres de cada quatre persones amb càncer segueixen morint a l'hospital. La mort a l'hospital continua sent més freqüent en totes les patologies (taules 6,7,8 i 9).

No obstant això, l'any 2016 es va observar un petit augment del percentatge (1,4 punts percentuals) de persones amb càncer que havien mort en el domicili, fonamentalment per l'augment d'homes (taules 8 i 9).

Tot i que entre les persones que han mort en el domicili la causa principal de mort susceptible de rebre cures pal·liatives és el tumor, cal destacar un major percentatge de persones amb causa de mort per insuficiència cardíaca mortes en el domicili o residència respecte de l'hospital. De la mateixa manera passa amb l'MPOC i sobretot amb les persones la causa de defunció de les quals varen ser les malalties motoneuronals, la malaltia de Parkinson, Huntington i Alzheimer (taules 10 i 11).

Les dones moren en un percentatge alt fora de l'hospital (taules 12 i 13), dada que s'observa especialment l'any 2015 (un 41,8 % de les dones susceptibles de cures pal·liatives varen morir fora de l'hospital, enfront del 29,5 % dels homes). Tenint en compte que l'edat mitjana de les dones mortes era superior a la dels homes i que quan s'analitza el lloc de defunció per grups d'edat s'observa que els morts en el domicili i la residència socio sanitària augmenten amb l'edat (taules 14 i 15), es pot deduir que la causa principal de les diferències per sexe en el lloc de la mort són produïdes per l'edat, i que és l'edat, independentment del sexe i fins i tot de la patologia, la que es relaciona amb el lloc en què el pacient mor.

El percentatge de dones que moren en una residència socio sanitària és bastant superior al dels homes en totes les patologies. Si s'analitza la mitjana d'edat de defunció segons el lloc de defunció, les diferències són significatives; així, es pot afirmar que les persones susceptibles de rebre cures pal·liatives segons criteris mínims que moren a l'hospital són devers 7 anys més joves que les que moren en

el domicili i uns 12 anys més joves que les que moren en una residència sociosanitària (taules 16 i 17).

Si s'analitza el lloc de defunció per sector sanitari (taules 18 i 19), les diferències són significatives. En tots els sectors sanitaris les morts són més freqüents a l'hospital. El sector on més moren a l'hospital és Ponent i Migjorn, seguit de Tramuntana, Menorca, Eivissa i Formentera, i Llevant. El sector on més moren en el domicili és Llevant i l'Àrea d'Eivissa i Formentera, seguit de Menorca, Tramuntana, Ponent i Migjorn. El sector on més moren en una residència sociosanitària és Eivissa i Formentera, seguit de Menorca, Llevant, Ponent, Migjorn i Tramuntana. En el sector de Llevant, cal destacar que la suma de freqüències de morts en el domicili i en una residència sociosanitària és similar a la freqüència de morts a l'hospital, sobretot l'any 2016. Si es compara el lloc de defunció entre els susceptibles de cures pal·liatives amb criteris mínims i la resta de defuncions, els percentatges són similars.

Per acabar, s'ha analitzat la població mínima de rebre cures pal·liatives en les defuncions amb butlletí judicial, morts sense certificat de defunció (taula 20 i 21), i s'observa que entre el 70 i el 80 % corresponen a insuficiència cardíaca.

3. Percepcions en la fase avançada de la malaltia

Dins el marc dels estàndards i de les recomanacions de les unitats de cures pal·liatives del Ministeri de Sanitat així com des dels indicadors i estàndards de qualitat en cures pal·liatives de la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL), es considera essencial la inclusió del registre i l'avaluació de la qualitat percebuda dels pacients i de les famílies subsidiàries de rebre cures pal·liatives.

Dins les diferents dimensions de la qualitat d'un servei destaca la satisfacció del pacient i de la família. En aquesta línia i amb la finalitat d'enfocar cada vegada més els serveis a les expectatives dels pacients, és necessari poder-ne avaluar periòdicament l'opinió.

L'activitat de qualsevol servei que s'ofereixi hauria d'anar acompanyada sempre d'un informe d'avaluació de qualitat percebuda. Tot i saber-ho, aquest aspecte és un dels menys desenvolupats en el nostre entorn i al qual caldria donar-li major importància en endavant i homogeneïtzar-ne la sistematització de l'ús. És



essencial incloure indicadors qualitius en la resta d'indicadors de qualitat assistencial ja existents.

L'objectiu d'integrar les percepcions en la fase avançada de la malaltia del pacient i de la família és donar resposta a les necessitats d'ambdós i establir propostes de canvi, tant en l'àmbit estructural com organitzatiu, i establir així una política de millora contínua en la prestació de serveis per a pacients amb necessitats d'atenció pal·liativa.

En aquest primer informe sobre com moren les ciutadanes i els ciutadans de les Illes Balears, es vol informar de quines iniciatives s'han fet des del naixement dels diferents serveis de recursos especialitzats de cures pal·liatives (tant hospitalàries com domiciliàries) de les Illes i fins ara respecte de les percepcions i la satisfacció percebuda en la fase avançada de la malaltia, per poder tenir així també una valoració del procés assistencial de l'atenció al final de vida per part dels pacients, familiars i/o l'entorn cuidador.

Els serveis de cures pal·liatives especialitzats són els que es dediquen a proporcionar atenció pal·liativa com a activitat principal. Aquests serveis es fan càrrec dels pacients que tenen una complexitat més gran. Els professionals d'aquests serveis requereixen formació específica avançada i recursos adequats i suficients. Aquests serveis inclouen els ESAD (equips de suport d'atenció domiciliària), les UCP (unitats de cures pal·liatives), les UCPP (unitats de cures pal·liatives pediàtriques), les USH (unitats de suport hospitalari) i els EAPS (equips d'atenció psicosocial).

Fins ara, s'han fet diverses intervencions aïllades pel que fa a la mesura de la satisfacció i qualitat percebuda a les unitats específiques de CP i sobre les percepcions en la fase avançada de la malaltia:

1. "Estudi del nivell de satisfacció dels familiars de malalts oncològics terminals morts, assistits al domicili per un equip de cures pal·liatives" Cruz Ballester,P.; Fluxá Egea,T.; Rapún Jiménez,P. Unitat de Cures Pal·liatives Domiciliàries de l'AECC-IBSALUT de l'Àrea de salut d'Eivissa Formentera

Es tracta d'un estudi retrospectiu mitjançant un qüestionari telefònic anònim fet a cuidadors principals de pacients ingressats a la unitat de CP que varen morir durant el període 2001-2002. El qüestionari valorava aspectes relacionats amb la seguretat en el domicili, el control de símptomes, el grau d'informació, l'atenció rebuda, la infraestructura, la professionalitat de l'equip, l'accessibilitat i el tracte



rebut. S'hi varen incloure 59 cuidadors i varen contestar l'enquesta 45 (76,3 %). Els resultats obtinguts varen ser que un 64,4 % dels cuidadors principals es varen sentir molt més segurs des que l'equip de CP va intervenir, un 93,3 % pensava que la informació proporcionada per l'equip durant la malaltia del familiar va ser adequada i un 88,8 % també valorava com a adequada la freqüència de les visites (un 6,6 % pensava que eren insuficients). Un 22,2 % se sentia bastant o molt desprotegit fora de l'horari d'atenció de l'equip de CP. Un 82,2 % pensava que el control de símptomes havia millorat molt des de la inclusió en el programa de CP. Un 66,6% dels pacients no varen tornar a l'hospital per descontrol dels símptomes. El 84,4% dels familiars varen manifestar que estaven molt satisfets amb el servei, i puntuaren amb 9,9/10 el tracte humà, 9,6/10 la professionalitat de l'equip, 9,6/10 l'accessibilitat a l'equip i 9,5/10 la capacitat de resolució de problemes.

2. "Percepció de la qualitat de les cures rebudes pel pacient i la satisfacció amb l'atenció prestada a la família". Llobera, J.; Torres, E.; Ripoll, J.; Llagostera, M.; Muñoz, Y.; Roig, L.; Ferrer, E.; Benito, E.; Esteva, M.

És un estudi observacional, de seguiment de pacients amb càncer avançat, quan ja havien deixat el tractament oncològic actiu, en el qual es comparava l'ús de serveis i la satisfacció del cuidador segons els diferents models d'atenció rebuda en el domicili, o només per ESAD o només per EAP (equip d'atenció primària) o compartit ESAD-EAP. El qüestionari que es passava es basava en el model SERVQUAD, que és un qüestionari adaptat al context de l'atenció domiciliària partint del model SERVQUAL. Es va fer a Mallorca durant els anys 2003 al 2006. Es valoraven les característiques dels cuidadors, els canvis soferts en la seva situació laboral provocats per la malaltia, la seva resposta emocional mentre cuidava, la percepció de l'evolució dels símptomes del pacient el darrer mes i les preferències sobre el lloc de mort, així com les càrregues que suportava el cuidador i les ajudes de què disposava.

S'hi varen incloure 107 cuidadors de 146 pacients que varen passar, si més no, la meitat del darrer mes de vida a casa. La majoria de cuidadors informals manifestaven un alt nivell de satisfacció amb l'atenció rebuda en el domicili. El que més valoraven dels professionals era la seva humanitat i el tracte i en menor mesura la seva capacitat tècnica. El percentatge de pacients que varen morir en el domicili i que tenien atenció compartida ESAD-EAP va ser d'un 55,6 % i s'intueix una notable diferència respecte dels atesos només per EAP o només per ESAD, que varen ser un 25 % i 23,1 %, respectivament. El 86,2 % dels cuidadors dels tres

grups consideraren que els pacients estaven molt més ben atesos en el domicili que a l'hospital. Un 44 % dels cuidadors preferien ser atesos a casa per l'ESAD i per l'EAP al mateix temps.

En resum, les dades d'aquest estudi no mostraren diferències en la percepció de la qualitat del servei ni la satisfacció, i la visió de les cures rebudes és molt similar als tres grups, i altament positiva.

3. Signification de l'expérience de la phase palliative du cancer, pour des personnes atteintes et leurs familles des Baléares, alors que le pronostic leur est connu [Mémoire]. Montréal: Université de Montréal. Faculté des études supérieures; 2007. Taltavull Aparicio, J.M.

Es du a terme un estudi qualitatiu des de la perspectiva fenomenològica per tal de conèixer l'experiència de viure la fase pal·liativa de les famílies que tenen un malalt amb càncer en una fase avançada de la malaltia i la informació pronòstic és compartida entre ells.

Alguns resultats que se n'extreuen són :

- Pel que fa les famílies participants, el fet de compartir la informació del diagnòstic i pronòstic entre tots els seus membres no implica el desenvolupament d'una comunicació oberta a tots els nivells entre ells.
- El sofriment és l'element principal de la vivència de la fase pal·liativa per a aquestes famílies. Cadascuna de les cinc dona un significat diferent a aquest element.
- Cada un dels cinc sistemes familiars participants en l'estudi ha demostrat posar en marxa diferents mecanismes, actituds i comportaments en la vivència d'aquesta experiència en funció de la concepció pròpia del sofriment i dels recursos, tant personals com externs, al seu abast.
- La diferent concepció del sofriment sembla condicionar, a més, les dinàmiques de comunicació i relació que s'estableixen dins de cada sistema familiar.
- Altres elements com ara valors i creences, nivell de consciència de la malaltia o experiències prèvies semblen jugar un paper decisiu en la vivència d'aquestes cinc famílies de la fase pal·liativa.



4. Enquesta de valoració de l'Equip de Cures Pal·liatives Pediàtriques realitzada a professionals del Servei de Pediatria al desembre 2012

Es varen recollir 15 enquestes. Tots els professionals varen manifestar que estaven totalment satisfets amb l'actuació de l'equip, i totes les actuacions de l'equip varen obtenir un grau alt de satisfacció (entre 9 i 10 sobre 10), tant en el suport de control de símptomes, en el suport emocional en situacions difícils, el suport en la comunicació amb la família, la coordinació de recursos i en el maneig integral del pacient.

5. Enquesta de valoració a famílies (pares i mares) de nins en Programa de Cures Pal·liatives Pediàtriques

Es varen recollir un total de 5 enquestes el 2012 que mostren un grau elevat de satisfacció amb l'atenció rebuda, tant en l'àmbit de suport emocional com simptomàtic.

6. Enquesta de dol de sis preguntes amb respostes de 0 a 5 que l'EAPS de l'Hospital Sant Joan de Déu de Palma passa a familiars de pacients que han mort i han estat atesos al centre

Es tenen recollits els resultats anuals dels anys 2011 al 2016. Se'ls demana sobre el grau de satisfacció amb l'atenció rebuda per part de l'EAPS i es valora en una escala de 0 a 5. En els sis anys s'han recollit 157 enquestes amb resultats molt satisfactoris, i s'han obtingut puntuacions mínimes de 4,12 i màximes de 4,91 en algunes preguntes.

7. Posada en marxa per part de l'ESAD Mallorca el segon semestre del 2016 de l'enviament per correu electrònic d'un qüestionari de satisfacció percebuda al cuidador principal unes setmanes després de la mort del pacient

En acabar el 2016, s'havien contestat 26 qüestionaris. L'avaluació general és molt positiva en totes les preguntes i també en la global. Cal destacar que un 65,3 % dels cuidadors que facilitaren una adreça electrònica consideraven necessari augmentar l'horari d'atenció de l'ESAD. El 2017 està en procés de sistematitzar-ne l'enviament.



4. Voluntats anticipades dels anys 2015 i 2016

Tant en l'Estratègia de cures pal·liatives de les Illes Balears com a la Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de la persona en el procés de morir, s'estableix que s'ha d'assegurar que es compleixen els drets del o de la pacient i els principis de la bioètica, a més d'impulsar l'ús del document de voluntats anticipades.

Ja s'ha comentat que en paral·lel a aquest informe s'ha avaluat l'Estratègia de cures pal·liatives de les Illes Balears, i una de les conclusions a les quals arriba l'informe d'avaluació de l'Estratègia és que no tenim la possibilitat de relacionar les dades del Registre de Voluntats Anticipades amb les dades de mortalitat, ni tampoc amb les de l'atenció prestada pels recursos específics de cures pal·liatives. Aquesta informació pot ser rellevant a l'hora d'avaluar l'impacte de les actuacions que es duen a terme en aquesta matèria.

També s'ha detectat que els professionals manifesten dificultats per conèixer i accedir a la informació relacionada amb el Registre de Voluntats Anticipades a partir de les històries clíniques. Aquesta informació queda enregistrada en la història de salut de les Illes Balears i, tot i que els sistemes d'informació locals de cada dispositiu sanitari tenen accés a la història de salut, sembla que la utilització d'aquesta via d'accés no és prou reconeguda per la majoria de professionals.

Per això, s'ha fet un recull sobre com és l'accés a la informació del document de voluntats anticipades des de cada sistema d'informació clínica que es fa servir en els hospitals i les gerències del sistema sanitari públic de les Illes Balears.

En aquests moments s'identifiquen diferents models de ruta de consulta per la identificació del pacient que ha registrat el document de voluntats anticipades.

La història de salut i la història electrònica de l'Hospital Universitari Son Espases (Millenium) permeten accedir, a través del seu sistema, al document de voluntats anticipades i en el moment que la persona registra el document aquesta informació queda reflectida a la seva història clínica.

En el cas de la història d'Atenció Primària (e-Siap), es pot trobar informació però l'hem d'haver enregistrat, és a dir, no hi ha connexió amb el Registre, i des de la història no es pot accedir al contingut del document.



L'Hospital Comarcal d'Inca i l'Hospital General Mateu Orfila de Menorca treballen per iniciar les proves d'identificació a la seva història local.

Els hospitals de mitjana estada (Hospital General, Hospital Joan March i l'Hospital Psiquiàtric) tenen els requeriments funcionals desenvolupats i sol·licitats, i estan pendents del desenvolupament tècnic.

Igualment, els hospitals Son Llàtzer, Can Misses d'Eivissa i el de Manacor han iniciat el procés.

Les taules següents recullen les dades de prevalença de persones en el Registre de Voluntats Anticipades de la comunitat autònoma de les Illes Balears (CAIB) i del Sistema Nacional de Salut (SNS), per sexe i comparat amb el total nacional. Són dades referides als mesos de gener de 2016 i gener de 2017 que recullen, per tant, l'agregat dels anys objecte d'aquest informe (2015 i 2016).

Nombre de registres de voluntats anticipades CAIB/SNS, any 2016

Gener 2016	Homes	Dones	no consta	Total	Població Padró	Homes/1000 hab.	Dones/1000 hab.	Total/1000 hab.
ILLES BALEARS	1.998	3.314	0	5.312	1.104.479	1,81	3,00	4,81
TOTAL NACIONAL	70.179	115.298	13.274	198.751	46.624.382	1,51	2,47	4,26

Nombre de registres de voluntats anticipades CAIB/SNS, any 2017

Gener 2017	Homes	Dones	no consta	Total	Població Padró	Homes/1000 hab.	Dones/1000 hab.	Total/1000 hab.
ILLES BALEARS	2.323	3.874	0	6.197	1.107.220	2,10	3,50	5,60
TOTAL NACIONAL	78.437	129.331	13.175	220.943	46.557.008	1,68	2,78	4,75

Font: <<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>>

Les dades publicades pel Ministeri de Sanitat el gener de 2016 i el gener 2017 (que fan referència als anys 2015 i 2016) mostren unes taxes per sexe i per 1.000 habitants a les Illes Balears que se situen per sobre de les taxes nacionals.

Conclusions i recomanacions

5.1. Conclusions de l'anàlisi de dades de mortalitat dels anys 2015-2016

- A les Illes Balears la patologia més freqüent susceptible de cures pal·liatives són els tumors. Tres de cada quatre persones amb càncer segueixen morint a l'hospital.
- L'edat és el principal factor que determina el lloc de la mort en la nostra comunitat, independentment del sexe i fins i tot la patologia.
- Les persones susceptibles de cures pal·liatives moren més a l'hospital, fonamentalment els homes i els joves.
- Les persones amb MPOC, insuficiència cardíaca i malalties motoneuronals, Parkinson, Huntington i Alzheimer moren relativament menys a l'hospital que les persones amb tumors.
- Les dones moren més en residències sociosanitàries que els homes.
- En els sectors de Ponent i Migjorn és on més moren a l'hospital i en el sector de Llevant, on menys.
- En el sector de Llevant i a l'Àrea d'Eivissa i Formentera és on més moren en el domicili i en els sectors de Ponent i Migjorn, on menys.
- Eivissa, Formentera i Menorca és on més moren en una residència sociosanitària i a Inca, on menys.
- El lloc de defunció és similar entre la població susceptible de rebre cures pal·liatives amb criteris mínims i la resta.

Temes de discussió

- Els resultats són similars als d'altres comunitats autònomes.
- El sector de Llevant presenta unes característiques que fan pensar en una gestió de cures pal·liatives que caldria analitzar específicament pels resultats que obtenen.
- També es podria analitzar el paper de les residències sociosanitàries a Eivissa, Formentera i Menorca.



- Seria interessant discutir perquè l'edat, independentment de la patologia, és el factor més important que condiciona que les persones morin en els seus domicilis.

5.2. Conclusions de percepcions en la fase avançada de la malaltia

Pel que fa a la qualitat percebuda pels familiars i cuidadors de les persones que han rebut un model d'atenció en cures pal·liatives, majoritàriament és molt bona en totes les intervencions recollides. Destaca, a banda d'això, la petició dels cuidadors d'augmentar l'horari d'atenció dels serveis domiciliaris especialitzats i també el fet que es valora com a molt millor el seguiment domiciliari compartit i ben coordinat entre els EAP i els equips especialitzats domiciliaris, contràriament al d'aquests equips tot sols.

Cal considerar que pel que fa a la vivència dels familiars que tenen un pacient en fase pal·liativa està condicionada per les seves pròpies creences i valors entorn d'aquesta, molt influenciada pel context sociocultural en què es troba. A més, els conceptes de família, malaltia, dependència, sofriment... fan que la família adopti una actitud determinada i, per tant, es desenvolupi una dinàmica de comunicació i relació familiar concreta.

Cal tenir en compte que ens basam en intervencions diferents entre elles, fetes en moments puntuals, a les quals només a algunes s'ha donat continuïtat.

Caldria que es fes una intervenció coordinada i homogeneïtzada, liderada des del Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears (CCCPiB) en línia amb l'Estratègia balear de CP, per unificar, potenciar i impulsar la sistematització de la realització d'enquestes de qualitat percebuda dels serveis i equips especialitzats en cures pal·liatives, tant d'atenció a adults com a infant, així com de l'atenció pal·liativa rebuda en els serveis convencionals, i valorar també com ha anat la coordinació de tots els serveis en avançar la malaltia i fins al final.

Tots els equips assistencials i directius haurien de tenir clara la importància d'aquesta informació i col·laborar per poder-ne posar en marxa la recollida, per poder disposar de les àrees de millora vistes des de la perspectiva dels pacients i familiars en aquesta delicada etapa de la vida.

5.3. Conclusions de continuïtat i millora d'aquest informe



Actualment el Servei de Salut de les Illes Balears està implementant un nou model d'atenció a la cronicitat basat a donar una resposta adequada a les necessitats de les persones en situació de malaltia crònica. Un model que persegueix l'atenció continuada, integral i integrada, així com la proactivitat dels professionals envers la identificació d'aquestes necessitats. Aquest model identifica, a partir de l'estratificació de la població basada en la comorbiditat i la complexitat, distints nivells dels quals són objecte preferencial les persones catalogades de pacients crònics complexos (PCC) i crònics avançats (PCA). Aquest model presenta un repte cap a la millora de l'atenció i farà revisar i actualitzar conceptes com són els de cures pal·liatives, recursos específics de cures pal·liatives, criteris d'inclusió, criteris de derivació, etc. que durà com a conseqüència la necessitat d'adaptar les estimacions de la població susceptible de rebre atenció pal·liativa.

L'adaptació a aquest nou model també farà que tant l'actualització de l'Estratègia de cures pal·liatives com el Programa de Cures Pal·liatives de la nostra comunitat incorpori objectius comuns, identifiqui prioritats i traslladi als contractes de gestió la selecció d'objectius a assolir.

Per donar continuïtat a aquest informe, la recomanació és donar-li una periodicitat de dos anys, mantenint per una banda la metodologia que s'ha fet servir en aquesta primera edició, però incorporant-hi també altres dades que permetin iniciar noves sèries d'anàlisi, com per exemple ampliar la població de referència a les persones amb una situació crònica complexa i crònica avançada segons les estimacions amb l'estratificació.

També es proposa com a objectiu la possibilitat d'establir, des de l'Estratègia de cures pal·liatives juntament amb el Programa de Cures Pal·liatives, un sistema que permeti relacionar les dades de mortalitat amb les del Registre autonòmic de Voluntats Anticipades. Seria interessant saber quantes de les persones que moren tenen feta la declaració de voluntats anticipades, fins i tot a llarg termini, determinar el grau de compliment per part dels professionals de les voluntats anticipades registrades.

Una altra línia per explorar és la possibilitat de comparar la situació de la CAIB respecte de la d'altres comunitats autònomes, així com també amb la de l'SNS, incorporant a l'anàlisi, taxes de mortalitat evitable per causes susceptibles d'intervenció de les polítiques sanitàries intersectorials, dades d'esperança de vida en bona salut, d'anys perduts per mortalitat prematura, etc.



Pel que fa a la difusió d'aquest informe, es considera pertinent que sigui accessible tant per als professionals com per a la ciutadania en general. Els espais webs poden ser una bona eina d'exposició. També, a través de la xarxa establerta fruit de les estructures dels comitès de les estratègies en salut de la CAIB. I finalment es considera que estès que la Llei es va aprovar per consens en el Parlament, l'informe podria tenir un recorregut polític que caldria tenir en compte.

5. Annex

Índex de taules

Taula 1. Definició operativa de la població mínima, rang mitjà i població màxima de cures pal·liatives. McNamara 2006.

Taula 2. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives. Nombre de casos i taxes (per 100.000) per patologia i sexe, Illes Balears 2015.

Taula 3. Població màxima susceptible de rebre cures pal·liatives. Nombre de casos i taxes (per 100.000) per illes i sexe, Illes Balears 2015.

Taula 4. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives. Nombre de casos i taxes (per 100.000) per patologia i sexe, Illes Balears 2016.

Taula 5. Població màxima susceptible de rebre cures pal·liatives. Nombre de casos i taxes (per 100.000) per illes i sexe, Illes Balears 2016.

Taula 6. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Comparació amb la resta de casos per lloc de defunció.

Taula 7. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives. Illes Balears 2016. Comparació amb la resta de casos per lloc de defunció.

Taula 8. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per lloc de defunció, causa i sexe (percentatge de lloc de defunció per causa).

Taula 9. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per lloc de defunció, causa i sexe (percentatge del lloc de defunció per causa).

Taula 10. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per lloc de defunció, causa i sexe (percentatge de la causa per lloc de defunció).

Taula 11. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per lloc de defunció, causa i sexe (percentatge de la causa per lloc de defunció).



Taula 12. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per lloc de defunció i sexe.

Taula 13. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per lloc de defunció i sexe.

Taula 14. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per lloc de defunció i grup d'edat (anys).

Taula 15. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per lloc de defunció i grup d'edat (anys).

Taula 16. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Mitjana (DE) d'edat per lloc de defunció .

Taula 17. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Mitjana (DE) d'edat per lloc de defunció.

Taula 18. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per sector sanitari i lloc de defunció.

Taula 19. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per sector sanitari i lloc de defunció.

Taula 20. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions amb butlletí judicial per patologia i sexe.

Taula 21. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions amb butlletí judicial per patologia i sexe.

Taula 1. Definició operativa de la població mínima, rang mitjà i població màxima de cures paliatives. McNamara 2006. [Estimació mínima: 50 %; estimació mitjana: 55,5 %; estimació màxima: 89,4 %]

Estimació	Identificació de casos	Definició operativa (CIM-10)
Mínim	Menció de qualsevol de les 10 causes de mort en la part 1 del certificat de defunció	10 causes de mort: <ul style="list-style-type: none"> • Neoplàsia (C00-d-48) • Insuficiència cardíaca (I500,I501,I509,I111,I130,I132) ¹ • Insuficiència renal (N180,N188,N189,N102,N112,N132,N120,N131,N132) • Insuficiència hepàtica (K704,K711,K721,K729)² • Malaltia pulmonar obstructiva crònica (J40,J410,J411,J418,J42,J430,J431,J432,J438,J439,J440,J441,J448,J449) • Malaltia de les neurones motores (G122) • Malaltia de Parkinson (G20) • Malaltia de Huntington (G10) • Malaltia d'Alzheimer (G300,G301, G308,G309) • VIH/sida (B20-B24)
Rang mitjà	Persona ingressada a l'hospital en els darrers 12 mesos de vida per la mateixa condició que la registrada en la part 1 del certificat de defunció	La causa subjacent de mort registrada en el certificat de defunció coincidia amb els camps de diagnòstic principal o secundari de les dades de morbiditat hospitalària dels ingressos en el darrer any de vida.
Màxima	Totes les morts excepte les que s'esmenten en les condicions excloses en la part 1 del certificat de defunció	Mort per qualsevol causa excepte: <ul style="list-style-type: none"> Durant l'embaràs, part o puerperi Originada durant el període perinatal Resultant de lesions, enverinament i altres causes externes (S00-T98) ; o Com a conseqüència de causes externes de morbiditat i mortalitat

¹ Tant la insuficiència cardíaca com la insuficiència renal inclouen el codi 1132 (cardiopatia hipertensiva i malaltia renal amb insuficiència cardíaca congestiva i insuficiència renal). No obstant això, no es varen registrar morts per aquesta causa durant el període d'estudi.

² Llevat de K721, els codis restants no separen aguda d'insuficiència hepàtica crònica.

Taula 2. Població mínima susceptible de rebre cures paliatives. Nombre de casos i taxes (per 100.000) per patologia i sexe, Illes Balears 2015

Patologia	Casos homes	Casos dones	Casos ambdós	Taxa bruta homes	Taxa bruta dones	Taxa bruta ambdós
Tumors	1057	747	1804	187,29	132,25	159,76
Insuficiència cardíaca	119	242	361	21,09	42,84	31,97
Insuficiència renal	39	38	77	6,91	6,73	6,82
Insuficiència hepàtica	2	4	6	0,35	0,71	0,53
MPOC	239	55	294	42,35	9,74	26,04
Malalties motoneuronals- Parkinson- Huntington- Alzheimer	108	226	334	19,14	40,01	29,58
Sida	13	3	16	2,3	0,53	1,42
Total	1577	1315	2892	279,43	232,81	256,12

Taula 3. Població màxima susceptible de rebre cures pal·liatives. Nombre de casos i taxes (per 100.000) per illes i sexe, Illes Balears 2015

Illa	Casos homes	Casos dones	Casos ambdós	Taxa bruta homes	Taxa bruta dones	Taxa bruta ambdós
Mallorca	3.038	3.136	6.174	694,70	709,92	702,35
Menorca	287	314	601	620,30	671,59	646,08
Eivissa i Formentera	428	320	748	529,80	419,09	476,00
Total	3.753	3.770	7.523	664,99	667,43	666,21

Taula 4. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives. Nombre de casos i taxes (per 100.000) per patologia i sexe, Illes Balears 2016

Patologia	Casos homes	Casos dones	Casos ambdós	Taxa bruta homes	Taxa bruta dones	Taxa bruta ambdós
Tumors	1238	842	2080	216,41	147,12	181,76
Insuficiència cardíaca	130	219	349	22,72	38,26	30,5
Insuficiència renal	25	31	56	4,37	5,42	4,89
Insuficiència hepàtica	3	2	5	0,52	0,35	0,44
MPOC	212	74	286	37,06	12,93	24,99
Malalties motoneuronals- Parkinson- Huntington- Alzheimer	76	196	272	13,29	34,25	23,77
Sida	6	3	9	1,05	0,52	0,79
Total	1690	1367	3057	295,42	238,85	267,14

Taula 5. Població màxima susceptible de rebre cures pal·liatives. Nombre de casos i taxes (per 100.000) per illes i sexe, Illes Balears 2016

Illa	Casos homes	Casos dones	Casos ambdós	Taxa bruta homes	Taxa bruta dones	Taxa bruta ambdós
Mallorca	2.847	3.069	5.916	643,59	686,53	665,17
Menorca	281	277	558	601,35	587,82	594,56
Eivissa i Formentera	312	334	646	376,03	427,25	400,88
Total	3.440	3.680	7.120	601,33	642,99	622,16



Taula 6. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Comparació amb la resta de casos per lloc de defunció

	Susceptibles CP mínim	No susceptibles CP mínim
Domicili	638 (23,4 %)	1128 (25,5 %)
Hospital	1876 (68,8 %)	2878 (64,9 %)
Residència sociosanitària	214 (7,8 %)	426 (9,6 %)
Total	2.728	4.432

Taula 7. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Comparació amb la resta de casos per lloc de defunció

	Susceptibles CP mínim	No susceptibles CP mínim
Domicili	644 (22,2 %)	967 (24,7 %)
Hospital	2.064 (71,1 %)	2.530 (64,5 %)
Residència sociosanitària	193 (6,7 %)	425 (10,8 %)
Total	2.901	3.922

Taula 8. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per lloc de defunció, causa i sexe (percentatge de lloc de defunció per causa)

	Domicili			Hospital			Residència			Altres			Total		
	H	D	A	H	D	A	H	D	A	H	D	A	H	D	A
Tumors	165	153	318	814	525	1.339	26	28	54	2	4	6	1007	710	1.717
	16,4 %	21,5 %	18,5 %	80,8 %	73,9 %	78,0 %	2,6 %	3,9 %	3,1 %	0,2 %	0,6 %	0,3 %	100 %	100 %	100 %
Insuficiència cardíaca	37	78	115	65	119	184	6	28	34	1	1	2	109	226	335
	33,9 %	34,5 %	34,3 %	59,6 %	52,7 %	54,9 %	5,5 %	12,4 %	10,1 %	0,9 %	0,4 %	0,6 %	100 %	100 %	100 %
Insuficiència renal	5	7	12	32	26	58	1	5	6	0	0	0	38	38	76
	13,2 %	18,4 %	15,8 %	84,2 %	68,4 %	76,3 %	2,6 %	13,2 %	7,9 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	100 %
Insuficiència hepàtica	0	0	0	2	3	5	0	0	0	0	0	0	2	3	5
	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	100 %
MPOC	63	20	83	145	25	170	15	5	20	1	1	2	224	51	275
	28,1 %	39,2 %	30,2 %	64,7 %	49,0 %	61,8 %	6,7 %	9,8 %	7,3 %	0,4 %	2,0 %	0,7 %	100 %	100 %	100 %
Malalties motoneuronals- Parkinson- Huntington- Alzheimer	38	72	110	42	65	107	21	77	98	0	0	0	101	214	315
	37,6 %	33,6 %	34,9 %	41,6 %	30,4 %	34,0 %	20,8 %	36,0 %	31,1 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	100 %
Sida	0	0	0	11	2	13	2	0	2	0	1	1	13	3	16
	0 %	0 %	0 %	84,6 %	66,7 %	81,3 %	15,4 %	0 %	12,5 %	0 %	33,3 %	6,3 %	100 %	100 %	100 %

H: home

D: dona

A: ambdós

Taula 9. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per lloc de defunció, causa i sexe (percentatge del lloc de defunció per causa)

	Domicili			Hospital			Residència			Altres			Total			
	H	D	A	H	D	A	H	D	A	H	D	A	H	D	A	
Tumors	231	166	397	932	593	1.525	28	31	59	2	7	9	1.193	797	1.990	
	19,4 %	20,8%	19,9%	78,1%	74,4%	76,6%	2,3%	3,9%	3,0%	0,2%	0,9%	0,5%	100%	100%	100%	
Insuficiència cardíaca	31	25,6	65	96	77	123	200	13	20	33	0	1	1	121	209	330
	%	31,1%	29,1%	63,6%	58,9%	60,6%	10,7%	9,6%	10,0%		0,5%	0,3%	100 %	100%	100%	
Insuficiència renal	5	8	13	18	20	38	2	3	5	0	0	0	25	31	56	
	20,0 %	25,8%	23,2%	72,0%	64,5%	67,9%	8,0%	9,7%	8,9%				100%	100%	100%	
Insuficiència hepàtica	1	0	1	2	2	4	0	0	0	0	0	0	3	2	5	
	33,3 %		20,0%	66,7%	100%	80,0%							100%	100%	100%	
MPOC	43	16	59	141	37	178	13	12	25	3	4	7	200	69	269	
	21,5 %	23,2 %	21,9 %	70,5 %	53,6 %	66,2 %	6,5 %	17,4 %	9,3 %	1,5 %	5,8 %	2,6 %	100 %	100%	100%	
Malalties motoneuronals- Parkinson- Huntington- alzheimer	19	57	76	43	70	113	12	59	71	0	0	0	74	186	260	
	25,7 %	30,6 %	29,2 %	58,1 %	37,6 %	43,5 %	16,2 %	31,7 %	27,3 %				100 %	100%	100 %	
Sida	2	0	2	4	2	6	0	0	0	0	0	0	6	2	8	
	33,3 %		25,0 %	66,7 %	100 %	75,0 %							100 %	100 %	100 %	

H: home D: dona A: ambdós



Taula 10. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per lloc de defunció, causa i sexe (percentatge de la causa per lloc de defunció)

	Domicili			Hospital			Residència			Altres		
	H	D	A	H	D	A	H	D	A	H	D	A
Tumors	165	153	318	814	525	1.339	26	28	54	2	4	6
	53,6 %	46,4 %	49,8 %	73,3 %	68,6 %	71,4 %	36,6 %	19,6 %	25,2 %	50,0 %	57,1 %	54,5 %
Insuficiència cardíaca	37	78	115	65	119	184	6	28	34	1	1	2
	12,0 %	23,6 %	18,0 %	5,9 %	15,6 %	9,8 %	8,5 %	19,6 %	15,9 %	25,0 %	14,3 %	18,2 %
Insuficiència renal	5	7	12	32	26	58	1	5	6	0	0	0
	1,6 %	2,1 %	1,9 %	2,9 %	3,4 %	3,1 %	1,4 %	3,5 %	2,8 %	0 %	0 %	0 %
Insuficiència hepàtica	0	0	0	2	3	5	0	0	0	0	0	0
	0 %	0 %	0 %	0,18 %	0,39 %	0,27 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
MPOC	63	20	83	145	25	170	15	5	20	1	1	2
	20,5 %	6,1 %	13,0 %	13,1 %	3,3 %	9,1 %	21,1 %	3,5 %	9,3 %	25,0 %	14,3 %	18,2 %
Malalties motoneuronals- Parkinson-Huntington- Alzheimer	38	72	110	42	65	107	21	77	98	0	0	0
	12,3 %	21,8 %	17,2 %	3,8 %	8,5 %	5,7 %	29,6 %	53,8 %	45,8 %	0 %	0 %	0 %
Sida	0	0	0	11	2	13	2	0	2	0	1	1
	0 %	0 %	0 %	1,0 %	0,3 %	0,7 %	2,8 %	0 %	0,9 %	0 %	14,3 %	9,1 %
Total	308	330	638	1111	765	1.876	71	143	214	4	7	11
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

H: home D: dona A: ambdós

Taula 11. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per lloc de defunció, causa i sexe (percentatge de la causa per lloc de defunció)

	Domicili			Hospital			Residència			Altres		
	H	D	A	H	D	A	H	D	A	H	D	A
Tumors	231	166	397	932	593	1.525	28	31	59	2	7	9
	69,6%	53,2%	61,6%	76,6%	70,0%	73,9%	41,2%	24,8%	30,6%	40,0%	58,3%	52,9%
Insuficiència cardíaca	31	65	96	77	123	200	13	20	33	0	1	1
	9,3%	20,8%	14,9%	6,3%	14,5%	9,7%	19,1%	16,0%	17,1%		8,3%	5,9%
Insuficiència renal	5	8	13	20	24	38	2	3	5	0	0	0
	1,5%	2,6%	2,0%	1,5%	2,4%	1,8%	2,9%	2,4%	2,6%			
Insuficiència hepàtica	1	0	1	2	2	4	0	0	0	0	0	0
	0,3%		0,2%	0,2%	0,2%	0,2%						
MPOC	43	16	59	141	37	178	13	12	25	3	4	7
	13,0%	5,1%	9,2%	11,6%	4,4%	8,6%	19,1%	9,6%	13,0%	60,0%	33,3%	41,2%
Malalties motoneuronals- Parkinson-Huntington- Alzheimer	19	57	76	43	70	113	12	59	71	0	0	0
	5,7%	18,3%	11,8%	3,5%	8,3%	5,5%	17,6%	47,2%	36,8%			
Sida	2	0	2	4	2	6	0	0	0	0	0	0
	0,6%		0,3%	0,3%	0,2%	0,3%						
Total	332	312	644	1217	847	2064	68	125	193	5	12	17
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

H: home D: dona A: ambdós

Taula 12. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per lloc de defunció i sexe

Lloc defunció	Homes	Dones	Ambdós
Domicili	308 (19,5 %)	330 (25,1 %)	638 (22,1 %)
Hospital	1111 (70,5 %)	765 (58,2 %)	1876 (64,9 %)
Residència socio sanitària	71 (4,5 %)	143 (10,9 %)	214 (7,4 %)
Altres llocs	4 (0,3 %)	7 (0,5 %)	11 (0,4 %)
No consta	83 (5,3 %)	70 (5,3 %)	153 (5,3 %)
Total	1577	1315	2892

Taula 13. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per lloc de defunció i sexe

Lloc defunció	Homes	Dones	Ambdós
Domicili	332 (19,6 %)	312 (22,8 %)	644 (21,1 %)
Hospital	1.217 (72,0 %)	847 (62,0 %)	2.064 (67,5 %)
Residència socio sanitària	68 (4,0 %)	125 (9,1 %)	193 (6,3 %)
Altres llocs	5 (0,3 %)	12 (0,9 %)	17 (0,6 %)
No consta	68 (4,0 %)	71 (5,2 %)	139 (4,5 %)
Total	1.690	1.367	3.057

Taula 14. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per lloc de defunció i grup d'edat (anys)

	0-14	15-44	45-64	65-74	75-84	>=85
Domicili	1	4	66	98	181	288
	12,5 %	7,8 %	14,4 %	18,3 %	23 %	32 %
Hospital	6	47	385	421	542	475
	75,0 %	92,2 %	83,9 %	78,7 %	69 %	53 %
Residència sociosanitària	0	0	5	13	63	133
	0,0 %	0,0 %	1,1 %	2 %	8 %	15 %
Altres llocs	1	0	3	3	1	3
	13 %	0 %	1 %	1 %	0,1 %	0,3 %
Total	8	51	459	535	787	899

Taula 15. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per lloc de defunció i grup d'edat (anys)

	0-14	15-44	45-64	65-74	75-84	>= 85
Domicili	1	9	69	99	175	291
	33,3 %	15,5 %	13,3%	17,1%	21,2%	31,2%
Hospital	2	49	446	459	602	506
	66,7 %	84,5%	85,9%	79,4%	72,9%	54,2%
Residència sociosanitària	0	0	3	18	46	126
			0,6%	3,1%	5,6%	13,5%
Altres llocs	0	0	1	2	3	11
			0,2%	0,3%	0,4%	1,2%
Total	3	58	519	578	826	934

Taula 16. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Mitjana (DE) d'edat per lloc de defunció

	Mitjana d'edat en anys (DE)
Domicili	80,57 (12,10 %)
Hospital	73,96 (14,07 %)
Residència sociosanitària	85,95 (8,26 %)
Altres llocs	69,18 (25,16 %)

Taula 17. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Mitjana (DE) d'edat per lloc de defunció

Lloc de defunció	Mitjana d'edat en anys (DE)
Domicili	80,11 (13,06 %)
Hospital	73,93 (13,69 %)
Residència sociosanitària	85,84 (8,65 %)
Altres llocs	84,12 (11,05 %)

Taula 18. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions per sector sanitari i lloc de defunció

	Ponent/Migjorn	Tramuntana	Llevant	Menorca	Eivissa i Formentera
Domicili	231 16,0%	118 29,4%	132 33,5%	64 31,2%	93 32,9%
Hospital	1111 76,9%	258 64,3%	229 58,1%	119 58,0%	159 56,2%
Residència sociosanitària	103 7,1%	25 6,2%	33 8,4%	22 10,7%	31 11,0%
Total	1445	401	394	205	283

Taula 19. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions per sector sanitari i lloc de defunció

	Ponent/Migjorn	Tramuntana	Llevant	Menorca	Eivissa i Formentera
Domicili	246 15,4%	97 24,8%	148 33,9%	66 28,1%	87 36,0%
Hospital	1.267 79,4%	274 70,1%	241 55,1%	145 61,7%	137 56,6%
Residència socio sanitària	83 5,2%	20 5,1%	48 11,0%	24 10,2%	18 7,4%
Total	1.596	391	437	235	242

Taula 20. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2015. Distribució de les defuncions amb butlletí judicial per patologia i sexe

	Homes	Dones	Ambdós
Tumors	1 (1,7 %)	2 (10,5 %)	3 (3,9 %)
Insuficiència cardíaca	51 (87,9 %)	16 (84,2 %)	67 (87,0 %)
Insuficiència renal	0	1 (5,3 %)	1 (1,3 %)
Insuficiència hepàtica	1 (1,7 %)		1 (1,3 %)
MPOC	4 (6,9 %)	0	4 (5,2 %)
Malalties motoneuronals- Parkinson-Huntington- Alzheimer	0	0	0
Sida	1 (1,7 %)	0	1 (1,3 %)
Total	58	19	77



Taula 21. Població mínima susceptible de rebre cures pal·liatives, Illes Balears 2016. Distribució de les defuncions amb butlletí judicial per patologia i sexe

	Homes	Dones	Ambdós
Tumors	5 (9,4 %)	2 (18,2 %)	7 (10,9 %)
Insuficiència cardíaca	39 (73,6 %)	6 (54,5 %)	45 (70,3 %)
Insuficiència renal	4 (7,5 %)	0	4 (6,3 %)
Insuficiència hepàtica	0		0
MPOC	5 (9,4 %)	1 (9,1 %)	6 (9,4 %)
Malalties motoneuronals- Parkinson-Huntington- Alzheimer	0	1 (9,1 %)	1 (1,6 %)
Sida	0	1 (9,1 %)	1 (1,6 %)
Total	53	11	64

