



G CONSELLERIA
O SALUT

I
B
/

CÓMO MUEREN LOS CIUDADANOS Y CIUDADANAS DE LAS ILLES BALEARS

**INFORME SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEY 4/2015 DE 23 DE MARZO, DE
DERECHOS Y GARANTIAS DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE MORIR**

Autores

Por orden alfabético

Eusebi Castaño Riera. Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Evaluación i Farmacia.

Alfonso Leiva Rus. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Illes Balears.

Mercè Llagostera Pagès. Centro Coordinador del Programa de Cuidados paliativos. Servicio de Salud de las Illes Balears.

Joan Llobera Cànaves. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Illes Balears.

Yolanda Muñoz Alonso. Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Evaluación y Farmacia.

Magdalena Salom Castell. Registro de mortalidad. Dirección General de Salud Pública y Participación.

Carlos Serrano Jurado. Centro Coordinador del Programa de Cuidados paliativos. Servicio de Salud de las Illes Balears.

Estefania Serratusell Sabater. Grupo técnico Atención a la Cronicidad. Servicio de Salud de las Illes Balears.

Glosario

AECC	Asociación Española contra el Cáncer
CAIB	Comunidad Autónoma de las Illes Balears
CCPCPIB	Centro Coordinador Programa Cuidados paliativos de las Illes Balears
CIE-10	Clasificación Internacional Enfermedades. 10 Ed.
CMD	Certificado Médico Defunción INE -Instituto Nacional de Estadística
CP	Cuidados paliativos
EAP	Equipos de Atención Primaria
EAPS	Equipo de Atención Psicosocial
ESAD	Equipo de soporte de Atención Domiciliaria
IBESTAT	Instituto Balear de Estadística de las Illes Balears
IB-SALUT	Servicio de Salud de las Illes Balears
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
PCA	Paciente Crónico Avanzado
PCC	Paciente Crónico Complejo
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados paliativos
SNS	Sistema Nacional de Salud
UCP	Unidad de Cuidados paliativos
UCPP	Unidad de Cuidados paliativos Pediátricos
USH	Unidad de Soporte Hospitalario

Índice

1. Introducción	1
2. Datos de mortalidad de los años 2015 y 2016	3
2.1 Objetivo	3
2.2 Método	3
2.3 Resultados.....	5
3. Percepciones en la fase avanzada de la Enfermedad	8
4. Voluntades anticipadas de los años 2015 y 2016	13
5. Conclusiones y recomendaciones.....	16
5.1. Conclusiones del análisis de datos de mortalidad de los años 2015-2016..	16
5.2. Conclusiones de percepciones en la fase avanzada de la enfermedad.....	17
5.3. Conclusiones de continuidad y mejora de informe	18
6. Anexos	20

1. Introducció

En el marco del desarrollo de la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de Derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, en su disposición adicional primera, establece, que la Consejería de Salud elaborará, en el plazo de un año, un estudio sobre la manera de morir de los ciudadanos y ciudadanas de las Illes Balears, que se actualizará periódicamente para permitir evaluar con regularidad la aplicación y los efectos de esta Ley.

La presentación de este informe coincide con la elaboración del informe de evaluación de la Estrategia de Cuidados paliativos de las Illes Balears vigente desde el año 2009.

El análisis presentado en este documento recoge la información que describe cómo ha muerto durante el año 2015 y 2016 la población residente en las Illes Balears susceptible de recibir cuidados paliativos (CP) durante la última etapa de la vida o en el proceso de morir. Para identificar esta población se ha utilizado la clasificación recogida a la Estrategia de Cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud que sigue las recomendaciones de McNamara, Rosenwax y Holman¹ (*tabla 1 en anexo*). Según los autores se puede hacer el cálculo de la *población mínima* y de la *población máxima* susceptible de recibir cuidados paliativos. Los criterios que se aplican para la estimación de población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos es del 30% de las personas que han muerto en el último año a consecuencia de algunas patologías crónicas y el 60% de todas las personas que hayan muerto por causas oncológicas en el último año.

Las patologías crónicas que se incluyen son: VIH-SIDA, Corea de Huntington, Esclerosis lateral amiotrófica y enfermedades de motoneurona, Enfermedad de Parkinson, Demencia Alzheimer, Insuficiencia cardíaca, Insuficiencia hepática, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y insuficiencia renal.

Para el cálculo de la población máxima tributaria de recibir cuidados paliativos recomiendan contabilizar todas las defunciones del último año exceptuando las producidas por las siguientes causas: embarazo, parto o puerperio; afecciones originadas en el período perinatal; traumatismos, envenenamientos y causas externas de morbilidad y mortalidad.

Por lo que respecta a la población en edad pediátrica se siguen las recomendaciones del documento Cuidados paliativos Pediátricas en el Sistema



Nacional de Salud: Criterios de Atención.² Por tanto, todas las estimaciones tendrán en el denominador esta población.

Para estructurar el informe hemos revisado documentos similares realizados en otras comunidades autónomas. El documento además de explicar la metodología que se ha utilizado para presentar los resultados obtenidos, incluye un apartado que describe información en materia de voluntades anticipadas, y explorará las actividades de evaluación en materia de percepciones del paciente y/o cuidador y familias respecto la fase avanzada de la enfermedad, que se han hecho en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears hasta ahora.

Finalmente se presentarán una serie de conclusiones y recomendaciones tanto para dar continuidad a este tipo de estudios como para ser valoradas para el desarrollo de la Ley y de la Estrategia de Cuidados paliativos de las 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. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014



2. Datos de mortalidad de los años 2015 y 2016

A continuación se presentan los datos obtenidos del estudio de la población susceptible de recibir cuidados paliativos en las Illes Balears durante los años 2015 y 2016.

2.1 Objetivo

Determinar la población susceptible de recibir cuidados paliativos del total de muertos en el período 2015-2016.

Describir la población susceptible de recibir cuidados paliativos basandose en características personales, causa básica de muerte y lugar de defunción.

2.2 Método

Estudio descriptivo a partir del registro de mortalidad de las Illes Balears.

Población: Todos los residentes de las Illes Balears que han muerto en Illes Balears en el período 2015-2016.

Fuente de información: Registro de mortalidad de las Illes Balears, integrado dentro las actividades del servicio de Epidemiología dependiente de la Dirección General de Salud Pública y participación de la Consejería de Salud de las Illes Balears que tiene un convenio de colaboración con el Instituto de Estadística de las Illes Balears (IBESTAT) para tratamiento de estos datos.

Variables:

Edad de defunción - diferencia entre fecha de defunción y fecha de nacimiento, en años.

Sexo

Municipio de defunción – según códigos del INE.

Municipio de residencia - según códigos del INE.

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 básica de defunción - según CIE-10

Población mínima susceptible cuidados paliativos - si/no, según criterios mínimos de McNamara 2006 (*tabla 1 en anexo*).

Población máxima susceptible cuidados paliativos - si/no, según criterios máximos de Mcnamara 2006 (*tabla 1 en anexo*).

Tipos de boletín – certificado médico de defunción (CMD), boletín judicial.

Preparación: Se han seleccionado los éxitus de los años 2015 y 2016 residentes y muertos en las Illes Balears.

Se ha realizado un control de calidad de los campos que afectan a las variables de estudio. Los casos judiciales no tienen lugar de defunción, y por tanto, se han recodificado com perdidos en este campo.

Se han creado dos archivos de análisis, casos con CMD y casos con boletín judicial.

Análisis:

Sobre casos con CMD:

- Descripción de la población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos según los criterios de McNamara 2006, expresada en número de casos y tasas, por patología y sexo. Las tasas se han calculado por 100.000 habitantes sobre la estimación intercensal de población de julio de 2015 y 2016.
- Descripción de la población máxima susceptible de recibir cuidados paliativos según los criterios de McNamara 2006, expresada en número de casos y tasas por islas y sexo. Las tasas se han calculado por 100.000 habitantes sobre la estimación intercensal de població de julio de 2015 y 2016.
- Análisis de la población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos:
 - o Distribución de las defunciones según lugar de defunción y sexo.
 - o Distribución de las defunciones según lugar de defunción, causa y sexo.



- Distribución de las defunciones según lugar de defunción y grupo de edad .
- Media de edad por lugar de defunción.
- Distribución de las defunciones per sectores sanitarios y lugares de defunción. Dado el bajo número de casos en la categoría “otros lugares”, se han considerado casos perdidos con el objetivo de aumentar la potencia de la prueba.
- Comparación del lugar de defunción de la población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos con el resto de defunciones.

Sobre casos con boletín judicial:

- Distribución de la población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos por sexos. Los boletines judiciales certifican la defunción de personas que mueren sin asistencia. Por eso nos parece interesante ver si las patologías de cuidados paliativos son frecuentes.

2.3 Resultados

La población que cumple los criterios mínimos y máximos, susceptible de recibir cuidados paliativos según los criterios de McNamara oscila entre 2.892 y 7.523 personas en el año 2015 (*tabla 2 y 3 en anexo*) y entre 3.057 y 7.120 en el año 2016 (*tabla 4 y 5 en anexo*).

La patología más frecuente que afecta a la población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos es la tumoral en 2015, con una tasa bruta de 187,29 por 100.000 en hombres y 132,25 por 100.000 en mujeres (*tabla 2*). En el año 2016, se observa un incremento de los muertos por causa tumoral especialmente en hombres, la tasa bruta fué de 216,41 por 100.000 en hombres y 147,12 por 100.000 en mujeres (*tabla 4*).

En cuanto al resto de patologías, la insuficiencia cardíaca y las enfermedades que afectan al sistema nervioso son el doble de frecuentes en mujeres que en hombres, mientras los tumores y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es superior en hombres (*tabla 2 y 4*).

A continuación se presentan las tasas brutas para la población máxima identificada susceptible de recibir cuidados paliativos en los años 2015 y 2016.

Gráfico 1. Población máxima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Tasas (por 100.000) por islas y sexo

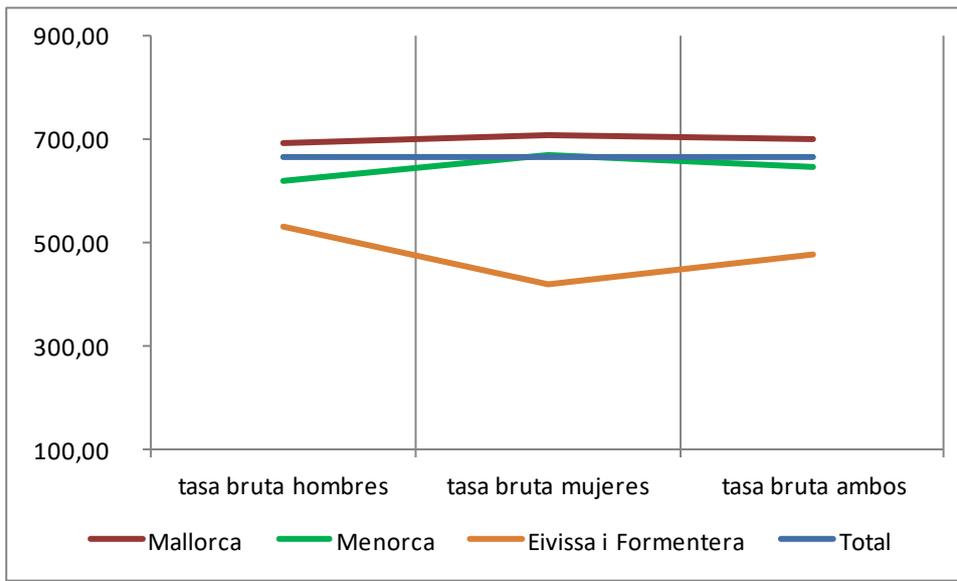
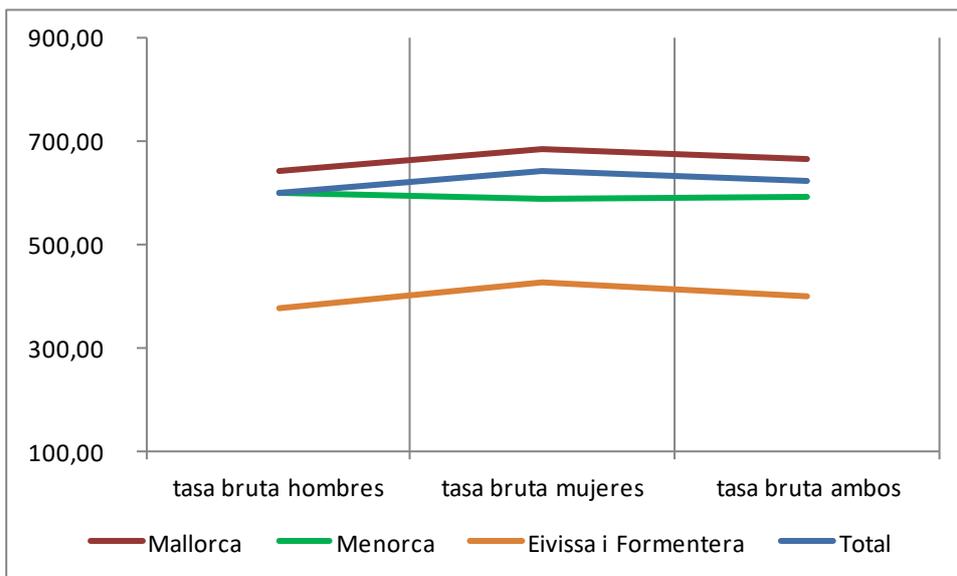


Gráfico 2. Población máxima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Tasas (por 100.000) por islas y sexo





En cuanto a la distribución por islas, si tenemos en cuenta los criterios de población máxima susceptible de recibir cuidados paliativos, nos encontramos que la tasa más baja se encuentra en Eivissa y Formentera. En ambos períodos 2015 y 2016, Eivissa y Formentera tienen las tasas más bajas de las Illes Balears, no llegarán a 500 casos por 100.000 habitantes, Menorca tiene cifras alrededor de los 600 casos por 100.000 habitantes y Mallorca alrededor de los 700 casos por 100.000.

Profundizando en el análisis de la población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos, cuando analizamos el lugar de defunción, vemos que la mayoría de los casos mueren en el hospital, cabe destacar que tres de cada cuatro personas con cáncer siguen muriendo en el hospital. La muerte en el hospital continúa siendo la más frecuente en todas las patologías (*tabla 6,7,8 y 9 en anexo*).

Sin embargo, en el año 2016 se observó un pequeño aumento de porcentaje (1,4 puntos porcentuales) de personas con cáncer que habían muerto en su domicilio, fundamentalmente por el aumento de hombres (*tabla 8 y 9 en anexo*).

Aunque entre las personas que han muerto en el domicilio la principal causa de muerte susceptible de recibir cuidados paliativos es el tumor, cabe destacar un mayor porcentaje de personas con causa de muerte por insuficiencia cardíaca muertas en el domicilio o residencia respecto al hospital. De igual manera pasa con EPOC y sobre todo con las personas en las que la causa de defunción fueron las enfermedades motoneuronales, la enfermedad de Parkinson, Huntington y Alzheimer (*tablas 10 y 11 en anexo*).

Las mujeres mueren en un mayor porcentaje fuera del hospital (*tablas 12 y 13 en anexo*), dato que se observa especialmente en el año 2015 (un 41,8% de las mujeres susceptibles de cuidados paliativos murieron fuera del hospital, frente al 29,5% de los hombres). Teniendo en cuenta que la edad media de las mujeres muertas era superior a la de los hombres y que cuando analizamos el lugar de defunción por grupos de edad vemos que los muertos en el domicilio y en la residencia sociosanitaria aumentan con la edad (*tabla 14 y 15 en anexo*), podemos deducir que la principal causa de las diferencias por sexo en el lugar de la muerte son producidas por la edad, y que es la edad, independientemente del sexo e incluso de la patología, la que se relaciona con el lugar en que el paciente muere.

El porcentaje de mujeres que mueren en residencia sociosanitaria es bastante superior a la de los hombres en todas las patologías. Si analizamos la media de edad de defunción según el lugar de defunción, nos encontramos que las



diferencias son significativas, así podemos decir que las personas susceptibles de recibir cuidados paliativos según criterios mínimos que mueren en el hospital son unos 7 años más jóvenes que los que mueren en el domicilio y unos 12 años más jóvenes que los que mueren en una residencia sociosanitaria (*tablas 16 y 17 en anexo*).

Si analizamos el lugar de defunción por sectores sanitarios (*tablas 18 y 19 en anexo*), nos encontramos que las diferencias son significativas. En todos los sectores sanitarios las muertes son más frecuentes en el hospital. El sector donde más mueren en el hospital es Ponent y Migjorn, seguido de Tramuntana, Menorca, Eivissa y Formentera y Llevant. El sector donde más mueren en el domicilio es Llevant y el área de Eivissa y Formentera, seguido de Menorca, Tramuntana, Ponent y Migjorn. El sector donde más mueren en residencia sociosanitaria es Eivissa y Formentera, seguido de Menorca, Llevant, Ponent, Migjorn y Tramuntana. En el sector de Llevant, cabe destacar que la suma de frecuencias de muertes en el domicilio y residencia sociosanitaria es similar a la frecuencia de muertes en el hospital, sobre todo en el año 2016. Si comparamos el lugar de defunción entre los susceptibles de cuidados paliativos con criterios mínimos y el resto de defunciones, nos encontramos, porcentajes similares.

Para finalizar hemos analizado la población mínima de recibir cuidados paliativos en las defunciones con boletín judicial, muertes sin certificado de defunción (*tabla 20 y 21 en anexo*), y nos hemos encontrado que entre el 70 y 80% corresponden a insuficiencia cardíaca.

3. Percepciones en la fase avanzada de la enfermedad

Dentro del marco de los estándares y recomendaciones de las unidades de cuidados paliativos del Ministerio de Sanidad así como desde los indicadores y estándares de calidad en cuidados paliativos de la Sociedad Española de Cuidados paliativos (SECPAL), se considera esencial la inclusión del registro y evaluación de la calidad percibida de pacientes y familias subsidiarias de recibir cuidados paliativos.

Entre las diferentes dimensiones de la calidad de un servicio destaca la satisfacción del paciente y la familia. En esta línea y con la finalidad de enfocar

cada vez más los servicios a las expectativas de los pacientes, es necesario poder evaluar periódicamente su opinión.

La actividad de cualquier servicio que se ofrezca, tiene que ir acompañado siempre de un informe de evaluación de calidad percibida. Aunque se sabe, este aspecto es uno de los menos desarrollados en nuestro entorno y al que habría de darle mayor importancia en adelante y homogeneizar la sistematización de su uso. Es esencial incluir indicadores cualitativos al resto de indicadores de calidad asistencial ya existentes.

El objetivo de integrar las percepciones en la fase avanzada de la enfermedad del paciente y familia, es la de dar respuesta a las necesidades de ambos y la de establecer propuestas de cambio, tanto a nivel estructural como organizativo, y así, establecer una política de mejora continua en la prestación de servicios para pacientes con necesidades de atención paliativa.

En este primer informe de cómo mueren las ciudadanas y los ciudadanos de las Illes Balears, queremos informar de qué iniciativas se han hecho desde el nacimiento de los diferentes servicios de recursos especializados de cuidados paliativos (tanto hospitalarios como domiciliarios) de las islas y hasta ahora, respecto a percepciones y satisfacción percibida en la fase avanzada de la enfermedad, para poder tener así también una valoración del proceso asistencial de la atención al final de vida por parte de los pacientes, familiares y/o entorno cuidador.

Los servicios de cuidados paliativos especializados son aquellos que se dedican a proporcionar atención paliativa como actividad principal. Estos servicios se hacen cargo de los pacientes que tienen una mayor complejidad. Los profesionales de estos servicios requieren formación específica avanzada y recursos adecuados y suficientes. Estos servicios incluyen los ESAD (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria), las UCP (Unidades de Cuidados paliativos), las UCPP (Unidades de Cuidados paliativos Pediátricas), las USH (Unidades de Soporte Hospitalario) y los EAPS (Equipos de Atención Psicosocial).

Hasta ahora, se han hecho diversas intervenciones aisladas respecto a la medida de la satisfacción y calidad percibida en las unidades específicas de CP i sobre las percepciones en la fase avanzada de la enfermedad:

1. *"Estudio del nivel de satisfacción de los familiares de enfermedad oncológicas terminales muertos, asistidos en el domicilio por un equipo de cuidados paliativos"*

Cruz Ballester; Fluxá Egea,T; Rapún Jiménez. Unidad de Cuidados paliativos Domiciliarias de la AECC-IBSALUT del área de salud de Eivissa Formentera.

Se trata de un estudio retrospectivo mediante cuestionario telefónico anónimo hecho a cuidadores principales de pacientes ingresados en la unidad de CP, que murieron durante el período 2001-2002. El cuestionario valoraba aspectos relacionados con la seguridad en el domicilio, el control de síntomas, grado de información, atención recibida, infraestructura, profesionalidad del equipo, accesibilidad y trato recibido. Se incluyeron 59 cuidadores y contestaron la encuesta 45 (76,3%). Los resultados obtenidos fueron que un 64,4% de los cuidadores principales se sintieron muchos más seguros desde que el equipo de CP intervino, un 93,3% pensaba que la información proporcionada por el equipo durante la enfermedad del familiar fue adecuada, un 88,8% también valoraba como adecuada la frecuencia de las visitas (un 6,6% pensaba que eran insuficientes). Un 22,2% se sentía bastante o muy desprotegido fuera del horario de atención del equipo de CP. Un 82,2% creían que el control de síntomas había mejorado mucho desde la inclusión en el programa de CP. Un 66,6% de los pacientes no volvieron al hospital por descontrol de síntomas. El 84,4% de los familiares manifestaron estar muy satisfechos con el servicio, puntuando en 9,9/10 el trato humano, 9,6/10 la profesionalidad del equipo, 9,6/10 la accesibilidad al equipo y 9,5/10 la capacidad de resolución de problemas.

2. "Percepción de la calidad de los cuidados recibidos por el paciente y la satisfacción a la atención prestada a la familia". Llobera J, Torres E, Ripoll J, Llagostera M, Muñoz Y, Roig Ll, Ferrer E, Benito E, Esteva M.

Es un estudio observacional, de seguimiento de pacientes con cáncer avanzado, cuando ya habían dejado el tratamiento oncológico activo, en el que se comparaba el uso de servicios y la satisfacción del cuidador según los diferentes modelos de atención recibida en el domicilio, o sólo por ESAD o sólo por EAP (Equipo Atención Primaria) o compartido ESAD-EAP. El cuestionario que se pasaba se basaba en el modelo SERVQUAD, que es un cuestionario adaptado al contexto de la atención domiciliaria partiendo del modelo SERVQUAL. Se hizo en Mallorca durante los años 2003 al 2006. Se valoraban las características de los cuidadores, los cambios sufridos en su situación laboral provocados por la enfermedad, su respuesta emocional mientras cuidaba, la percepción de la evolución de los síntomas del paciente el último mes y preferencias sobre el lugar de muerte, así como las cargas que soportaba el cuidador y ayudas de las que disponía.

Se incluyeron 107 cuidadores de 146 pacientes que pasaron, al menos, la mitad del último mes de vida en casa. La mayoría de cuidadores informales manifestaban un alto nivel de satisfacción con la atención recibida en el domicilio. Lo que más valoraban de los profesionales era su humanidad y trato y, en menor medida, su capacidad técnica. El porcentaje de pacientes que murieron en el domicilio teniendo atención compartida ESAD-EAP fue de un 55,6% y se intuye una notable diferencia respecto a los atendidos sólo por EAP o sólo por ESAD que fueron un 25% y 23,1% respectivamente. El 86,2% de los cuidadores de los tres grupos consideraron que los pacientes estaban mucho mejor atendidos en el domicilio que en el hospital. Un 44% de las personas cuidadoras prefería ser atendida en casa por el ESAD y por el EAP al mismo tiempo. En resumen, los datos de este estudio no mostraban diferencias en la percepción de la calidad del servicio ni la satisfacción, siendo la visión de los cuidados recibidos muy similar en los tres grupos y altamente 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 JM*.

Se desarrolla un estudio cualitativo desde la perspectiva fenomenológica con el objetivo de conocer la experiencia de vivir la fase paliativa en aquellas familias que tienen un enfermo con cáncer en fase avanzada de su enfermedad y donde la información pronóstico es compartida entre ellos.

Algunos resultados que se sacan son:

- A las familias participantes, el hecho de compartir la información del diagnóstico y pronóstico entre todos sus miembros no implica el desarrollo de una comunicación abierta en todos los niveles entre ellos.
- El sufrimiento es el elemento principal de la vivencia de la fase paliativa para estas familias. Cada una de las cinco, da un significado diferente a este elemento.
- Cada uno de los cinco sistemas familiares participantes en el estudio ha demostrado poner en marcha diferentes mecanismos, actitudes y comportamientos en la vivencia de esta experiencia en función de la propia concepción del sufrimiento y de los recursos, tanto personales como externos, a su alcance.



- La diferente concepción del sufrimiento parece condicionar además, las dinámicas de comunicación y relación que se establecen dentro de cada sistema familiar.
- Otros elementos como valores y creencias, nivel de consciencia de enfermedad o experiencias previas, parecen jugar un papel decisivo en la vivencia de estas cinco familias de la fase paliativa.

4. Encuesta de valoración del Equipo de Cuidados paliativos Pediátricos realizado a profesionales del servicio de pediatría en diciembre 2012.

Se recogieron 15 encuestas. Todos los profesionales manifestaron estar totalmente satisfechos con la actuación del equipo, y todas las actuaciones del equipo obtuvieron un alto grado de satisfacción (entre 9 y 10 sobre 10), tanto en el apoyo de control de síntomas, en el apoyo emocional en situaciones difíciles, apoyo en la comunicación con la familia, coordinación de recursos y en el manejo integral del paciente.

5. Encuesta de valoración a familias (padres y madres) de niños en Programa de Cuidados paliativos Pediátricos.

Se recogieron un total de 5 encuestas en 2012 que muestran un alto grado de satisfacción con la atención recibida, tanto a nivel de apoyo emocional como sintomático.

6. Encuesta de duelo de seis preguntas con respuestas de 0 a 5 que el EAPS del Hospital Sant Joan de Déu de Palma pasa a familiares de pacientes que han muerto y han sido atendidos en el centro.

Se tienen recogidos los resultados anuales de los años 2011 al 2016. Se les pregunta sobre el grado de satisfacción con la atención recibida por parte del EAPS valorando en una escala del 0 al 5. En los seis años se han recogido 157 encuestas con resultados muy satisfactorios, obteniendo puntuaciones mínimas de 4,12 y máximas de 4,91 en algunas preguntas.



7. Puesta en marcha por parte del ESAD Mallorca en el segundo semestre del año 2016 del envío vía correo electrónico de un cuestionario de satisfacción percibido al cuidador principal unas semanas después de la muerte del paciente.

Al finalizar el 2016, se habían contestado 26 cuestionarios. La evaluación general es muy positiva en todas las preguntas y también en la global. Habría que destacar que un 65,3% de los cuidadores que facilitaron una dirección de correo electrónico, creían necesario aumentar el horario de atención del ESAD. En este año 2017 está en proceso la sistematización para realizar la encuesta.

4. Voluntades anticipadas de los años 2015 y 2016

Tanto en la Estrategia de Cuidados paliativos de las Illes Balears como a la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, se establece que se ha de asegurar que se cumplen los derechos del o de la paciente y los principios de la bioética, además de impulsar el uso del documento de voluntades anticipadas.

Ya se ha comentado que en paralelo a este informe se ha realizado la evaluación de la Estrategia de Cuidados paliativos de las Illes Balears, una de las conclusiones a las que llega el informe de evaluación de la estrategia es que no tienen la posibilidad de relacionar los datos del registro de Voluntades Anticipadas con los datos de mortalidad, ni tampoco, con las de la atención prestada por los recursos específicos de cuidados paliativos. Esta información puede ser relevante a la hora de evaluar el impacto de las actuaciones que en esta materia se están realizando.

También se ha detectado que los profesionales manifiestan dificultades para conocer y acceder a la información relacionada con el registro de voluntades anticipadas a partir de las historias clínicas. Esta información queda registrada en la Historia de Salud de las Illes Balears y, aunque los sistemas de información locales de cada dispositivo sanitario tienen acceso a Historia de Salud, parece que la utilización de esta vía de acceso no es suficientemente reconocida por la mayoría de profesionales.

Por eso hemos hecho una recuperación sobre como es el acceso a la información del documento de voluntades anticipadas desde cada sistema de información clínica que se utiliza en los hospitales y gerencias del sistema sanitario público de las Illes Balears.

En estos momentos se identifican diferentes modelos de ruta de consulta para la identificación del paciente que ha registrado el documento de voluntades anticipadas.

En Historia de Salud y la historia electrónica del Hospital Universitario Son Espases (Millenium) permiten, a través de su sistema acceder al documento de voluntades anticipadas y en el momento que la persona registra el documento, esta información queda reflejada en su historia clínica.

En el caso de la historia de Atención Primaria (e-Siap), podemos encontrar información pero la hemos de haber registrado, es decir, no hay conexión con el registro, y desde la historia no podemos acceder al contenido del documento.

El Hospital Comarcal de Inca y El Hospital General Mateu Orfila de Menorca están trabajando en los requerimientos necesarios para iniciar las pruebas de identificación en su historia local.

Los hospitales de media estancia (Hospital General, Hospital Joan March y el Hospital Psiquiátrico), tienen los requerimientos funcionales desarrollados y solicitados, y están pendientes del desarrollo técnico.

Igualmente, los Hospitales Son Llàtzer, Can Misses de Eivissa y el Hospital de Manacor, han iniciado el proceso.

Las siguientes tablas recogen los datos de prevalencia de personas en el registro de voluntades anticipadas de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears (CAIB) y del Sistema Nacional de Salud (SNS), por sexo y comparado con el total nacional. Son datos referidos a los meses de enero de 2016 y enero de 2017 que recogen por tanto el agregado de los años objetivo de este informe (2015 y 2016).

Número de registros de voluntades anticipadas CAIB/SNS. Año 2016.

Enero 2016	Hombres	Mujeres	no consta	Total	Población Padrón	Hombres/1000 hab.	Mujeres/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

Número de registros de voluntades anticipadas CAIB/SNS. Año 2017.

Enero 2017	Hombres	Mujeres	no consta	Total	Población Padrón	Hombres/1000 hab.	Mujeres/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



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

Los datos publicados por el Ministerio de Sanidad de enero de 2016 y enero 2017 (haciendo referencia a los años 2015 y 2016) muestran unas tasas por sexo y por 1.000 habitantes a las Illes Balears que se sitúan por encima de las tasas nacionales.



Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones del análisis de datos de mortalidad de los años 2015-2016

- En las Illes Balears la patología más frecuente susceptible de cuidados paliativos son los tumores. Tres de cada cuatro personas con cáncer siguen muriendo al hospital.
- La edad és el principal factor que determina el lugar de la muerte en nuestra comunidad, independientemente del sexo e incluso la patología.
- Las personas susceptibles de recibir cuidados paliativos mueren más en el hospital, fundamentalmente los hombres y los jóvenes.
- Las personas con EPOC, insuficiencia cardíaca y enfermedades motoneuronales, Parkinson, Huntington y Alzheimer mueren relativamente menos en el hospital que las personas con tumores.
- Las mujeres mueren más a residencias sociosanitarias que los hombres.
- En los sectores de Ponent y Migjorn es donde más mueren en el hospital y en el sector de Llevant donde menos.
- En el sector de Llevant y en el área de salud de Eivissa y Formentera es donde más mueren en domicilio y en los sectores de Ponent y Migjorn donde menos.
- Eivissa y Formentera y Menorca es donde más mueren en residencia sociosanitària y en Inca donde menos.
- El lugar de defunción es similar entre la población susceptible de recibir cuidados paliativos con criterios mínimos y el resto de muertes.

Temas de discusión:

- Los resultados son similares a los de otras comunidades autónomas.
- El sector de Llevant presenta unas características que hacen pensar en una gestión de cuidados paliativos que habría que analizar específicamente por el resultado que obtienen.

- También se podría analizar el papel de las residencias sociosanitarias en Eivissa-Formentera y Menorca.
- Sería interesante discutir porque la edad independientemente de la patología es el factor más importante que condiciona que las personas mueran en sus domicilios.

5.2. Conclusiones de percepciones en la fase avanzada de la enfermedad

En cuanto a la calidad percibida por los familiares y cuidadores de las personas que han recibido un modelo de atención en cuidados paliativos, mayoritariamente es muy buena en todas las respuestas recogidas. Destacaríamos además, la petición de los cuidadores de aumentar el horario de atención de los servicios domiciliarios especializados y también el hecho de que se valora mucho mejor el seguimiento domiciliario compartido y bien coordinado entre los EAP y equipos especializados domiciliarios, frente, al de estos equipos solos.

Hemos de considerar que con respecto a la vivencia de los familiares que tienen un paciente en fase paliativa, está condicionada por sus propias creencias y valores alrededor de esta y muy influenciados por el contexto sociocultural donde se encuentre. Además los conceptos de familia, enfermedad, dependencia, sufrimiento,... harán que la familia adopte una actitud determinada y, por tanto, se desarrolle una dinámica de comunicación y relación familiar concreta.

Hay que tener en cuenta que nos basamos en intervenciones diferentes entre ellas, realizadas en momentos puntuales y, a las que sólo algunas han tenido continuidad.

Pensamos que sería necesario que se hiciera una intervención coordinada y homogeneizada, sugerimos que sea liderada desde el Centre Coordinador del Programa de Cuidados paliativos de las Illes Balears (CCCPiB) en línea con la Estrategia Balear de CP, para unificar, potenciar e impulsar la sistematización de la realización de encuestas de calidad percibida de los servicios y equipos especializados en cuidados paliativos, tanto de atención en adultos como en niños, así como de la atención paliativa recibida en los servicios convencionales, valorando también cómo ha ido la coordinación de todos los servicios al ir avanzando la enfermedad y hasta el final.

Todos los equipos asistenciales y directivos deberían tener clara la importancia de esta información y colaborar en poner en marcha su recogida, para así poder disponer de las áreas de mejora vistas desde la perspectiva de los pacientes y familiares en esta delicada etapa de la vida.

5.3. Conclusiones de continuidad y mejora de este informe

Actualmente el Servicio de Salud de las Illes Balears está implementando un nuevo modelo de atención a la cronicidad basado en dar una respuesta adecuada a las necesidades de las personas en situación de enfermedad crónica. Un modelo, que persigue la atención continuada, integral e integrada, así como, la proactividad de los profesionales hacia la identificación de estas necesidades. Este modelo identifica, a partir de la estratificación de la población basada en la comorbilidad y la complejidad, distintos niveles de los que son objeto preferencial las personas catalogadas como pacientes crónicos complejos (PCC) y crónicos avanzados (PCA). Este modelo representa un reto hacia la mejora de la atención y que condicionará la revisión y actualización de conceptos como son los de: "cuidados paliativos", "recursos específicos de cuidados paliativos", "criterios de inclusión", "criterios de derivación", etc. que llevará como consecuencia la necesidad de adaptar las estimaciones de la población susceptible de recibir atención paliativa.

La adaptación a este nuevo modelo también hará que tanto la actualización de la Estrategia de Cuidados paliativos como el Programa de Cuidados paliativos de nuestra comunidad incorpore objetivos comunes, identifique prioridades y traslade a los contratos de gestión la selección de objetivos a lograr.

Para darle continuidad a este informe, nuestra recomendación sería darle una periodicidad de dos años, manteniendo por una parte la metodología utilizada en esta primera edición, pero incorporando también otros datos que permiten iniciar nuevas series de análisis, como por ejemplo ampliando la población de referencia a las personas con una situación crónica compleja y crónica avanzada según las estimaciones con la estratificación.

También se propone como objetivo la posibilidad de establecer, desde la Estrategia de Cuidados paliativos junto con el Programa de Cuidados paliativos, un sistema que permita relacionar los datos de mortalidad con los del Registro Autonómico de Voluntades anticipadas. Sería interesante saber cuántas de las personas que mueren tienen hecha la declaración de voluntades anticipadas,



incluso a largo plazo, determinar el grado de cumplimiento, por parte de los profesionales, de las voluntades anticipadas registradas.

Otra línea a explorar es la posibilidad de comparar la situación de la CAIB respecto a las de otras comunidades autónomas, así como también con la del SNS, incorporando al análisis, tasas de mortalidad evitable por causas susceptibles de intervención de las políticas sanitarias intersectoriales, datos de esperanza de vida con buena salud, de años perdidos por mortalidad prematura, etc.

En cuanto a la difusión de este informe, encontramos oportuno que esté accesible tanto a profesionales como a la ciudadanía en general. Los espacios webs pueden ser una buena herramienta de exposición. También, a través de la red establecida fruto de las estructuras de los comités de las Estrategias en salud de la CAIB. Y finalmente entendemos que dado que la Ley se aprobó por consenso en el Parlamento, el informe podría tener un recorrido político que habría que considerar.



5. Anexo

Índice tablas

Tabla 1. Definición operativa de la población mínima, rango medio y población máxima de cuidados paliativos. McNamara 2006.

Tabla 2. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Número de casos y tasas (por 100.000) por patología y sexo. Illes Balears 2015.

Tabla 3. Población máxima susceptible de recibir cuidados paliativos. Número de casos y tasas (por 100.000) por islas y sexo. Illes Balears 2015.

Tabla 4. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Número de casos y tasas (por 100.000) por patología y sexo. Illes Balears 2016.

Tabla 5. Población máxima susceptible de recibir cuidados paliativos. Número de casos y tasas (per 100.000) por islas y sexo. Illes Balears 2016.

Tabla 6. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Comparación con el resto de casos por lugar de defunción.

Tabla 7. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Comparación con el resto de casos por lugar de defunción.

Tabla 8. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por lugar de defunción, causa y sexo (porcentaje del lugar de defunción por causa).

Tabla 9. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por lugar de defunción, causa y sexo (porcentaje del lugar de defunción por causa)



Tabla 10. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por lugar de defunción, causa y sexo (porcentaje de la causa por lugar de defunción).

Tabla 11. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por lugar de defunción, causa y sexo (porcentaje de la causa por lugar de defunción).

Tabla 12. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por lugar de defunción y sexo.

Tabla 13. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por lugar de defunción y sexo.

Tabla 14. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por lugar de defunción y grupo de edad (años).

Tabla 15. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por lugar de defunción y grupo de edad (años).

Tabla 16. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Media (DE) de edad por lugar de defunción.

Tabla 17. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Media (DE) de edad por lugar de defunción.

Tabla 18. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por sector sanitario y lugar de defunción.

Tabla 19. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por sector sanitario y lugar de defunción.

Tabla 20. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones con boletín judicial por patología y sexo.

Tabla 21. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones con boletín judicial por patología y sexo.

Tabla 1. Definición operativa de la población mínima, rango medio y población máxima de cuidados paliativos. McNamara 2006. [Estimación mínima: 50%; Estimación media: 55,5%; Estimación máxima: 89,4%]

Estimación	Identificación de casos	Definición operativa (CIE-10)
Mínimo	Mención de cualquiera de las 10 causas de muerte en la Parte 1 del certificado de defunción	10 causas de muerte: <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia (C00-d-48) • Insuficiencia cardíaca (I500,I501,I509,I111,I130,I132) ¹ • Insuficiencia renal (N180,N188,N189,N102,N112,N132,N120,N131,N132) • Insuficiencia hepática (K704,K711,K721,K729)² • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40,J410,J411,J418,J42,J430,J431,J432,J438,J439,J440,J441,J448,J449) • Enfermedad de las neuronas motores (G122) • Enfermedad de Parkinson (G20) • Enfermedad de Huntington (G10) • Enfermedad de Alzheimer (G300,G301, G308,G309) • VIH/SIDA (B20-B24)
Rango medio	Persona ingresada en el hospital en los últimos 12 meses de vida per la misma condición que la registrada en la Parte 1 del certificado de defunción	La causa subyacente de muerte registrada en el certificado de defunción coincidía con los campos de diagnóstico principal o secundario de los datos de morbilidad hospitalaria de los ingresos en el último año de vida.
Máxima	Todos los muertos excepto los que mencionaron las condiciones excluidas en la Parte 1 del certificado de defunción	Muerte per cualquier causa excepto: <ul style="list-style-type: none"> Durante el embarazo, parto o puerperio Originados durante el período perinatal Resultados de lesiones, envenenamientos y otras causas externas (S00-T98) ; o Como a consecuencia de causas externas de morbilidad y mortalidad

¹ Tanto la insuficiencia cardíaca como la insuficiencia renal incluyen el código 1132 (cardiopatía hipertensiva y enfermedad renal con insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia renal). No obstante, no se registraron muertes por esta causa durante el período de estudio.

² Con la excepción de K721, los códigos restantes no separan aguda de insuficiencia hepática crónica.

Tabla 2. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Número de casos y tasas (por 100.000) por patología y sexo. Illes Balears 2015

Patología	Casos hombres	Casos mujeres	Casos ambos	Tasa bruta hombres	Tasa bruta mujeres	Tasa bruta ambos
Tumores	1057	747	1804	187,29	132,25	159,76
Insuficiencia cardíaca	119	242	361	21,09	42,84	31,97
Insuficiencia renal	39	38	77	6,91	6,73	6,82
Insuficiencia hepática	2	4	6	0,35	0,71	0,53
EPOC	239	55	294	42,35	9,74	26,04
Enfermedades motoneuronales- 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

Tabla 3. Población máxima susceptible de recibir cuidados paliativos. Número de casos y tasas (por 100.000) por islas y sexo. Illes Balears 2015

Isla	Casos hombres	Casos mujeres	Casos ambos	Tasa bruta hombres	Tasa bruta mujeres	Tasa bruta ambos
Mallorca	3.038	3.136	6.174	694,70	709,92	702,35
Menorca	287	314	601	620,30	671,59	646,08
Eivissa y Formentera	428	320	748	529,80	419,09	476,00
Total	3.753	3.770	7.523	664,99	667,43	666,21

Tabla 4. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Número de casos y tasas (por 100.000) por patología y sexo. Illes Balears 2016

Patología	Casos hombres	Casos mujeres	Casos ambos	Tasa bruta hombres	Tasa bruta mujeres	Tasa bruta ambos
Tumores	1238	842	2080	216,41	147,12	181,76
Insuficiencia cardíaca	130	219	349	22,72	38,26	30,5
Insuficiencia renal	25	31	56	4,37	5,42	4,89
Insuficiencia hepática	3	2	5	0,52	0,35	0,44
EPOC	212	74	286	37,06	12,93	24,99
Enfermedades motoneuronales- 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

Tabla 5. Población máxima susceptible de recibir cuidados paliativos. Número de casos y tasas (por 100.000) por islas y sexo. Illes Balears 2016

Isla	Casos hombres	Casos mujeres	Casos ambos	Tasa bruta hombres	Tasa bruta mujeres	Tasa bruta ambos
Mallorca	2.847	3.069	5.916	643,59	686,53	665,17
Menorca	281	277	558	601,35	587,82	594,56
Eivissa y Formentera	312	334	646	376,03	427,25	400,88
Total	3.440	3.680	7.120	601,33	642,99	622,16



Tabla 6. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Comparación con el resto de casos por lugar de defunción

	Susceptibles CP mínimo	No Susceptibles CP mínimo
Domicilio	638 (23,4%)	1128 (25,5%)
Hospital	1876 (68,8%)	2878 (64,9%)
Residencia sociosanitaria	214 (7,8%)	426 (9,6%)
Total	2.728	4.432

Tabla 7. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Comparación con el resto de casos por lugar de defunción

	Susceptibles CP mínimo	No susceptibles CP mínimo
Domicilio	644 (22,2%)	967 (24,7%)
Hospital	2.064 (71,1%)	2.530 (64,5%)
Residencia Sociosanitaria	193 (6,7%)	425 (10,8%)
Total	2.901	3.922

Tabla 8. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por lugar de defunción, causa y sexo (porcentaje de lugar de defunción por causa)

	Domicilio			Hospital			Residencia			Otros			Total		
	H	M	A	H	M	A	H	M	A	H	M	A	H	M	A
Tumores	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%
Insuficiencia 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%
Insuficiencia 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%
Insuficiencia hepática	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%
EPOC	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%
Enfermedades 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: hombre M: Mujer A: ambos

Tabla 9. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por lugar de defunción, causa y sexo (porcentaje del lugar de defunción por causa)

	Domicilio			Hospital			Residencia			Otros			Total		
	H	M	A	H	M	A	H	M	A	H	M	A	H	M	A
Tumores	231 19,4%	166 20,8%	397 19,9%	932 78,1%	593 74,4%	1.525 76,6%	28 2,3%	31 3,9%	59 3,0%	2 0,2%	7 0,9%	9 0,5%	1.193 100%	797 100%	1.990 100%
Insuficiencia cardíaca	31 25,6%	65 31,1%	96 29,1%	77 63,6%	123 58,9%	200 60,6%	13 10,7%	20 9,6%	33 10,0%	0	1 0,5%	1 0,3%	121 100%	209 100%	330 100%
Insuficiencia renal	5 20,0%	8 25,8%	13 23,2%	18 72,0%	20 64,5%	38 67,9%	2 8,0%	3 9,7%	5 8,9%	0	0	0	25 100%	31 100%	56 100%
Insuficiencia hepática	1 33,3%	0	1 20,0%	2 66,7%	2 100%	4 80,0%	0	0	0	0	0	0	3 100%	2 100%	5 100%
EPOC	43 21,5%	16 23,2%	59 21,9%	141 70,5%	37 53,6%	178 66,2%	13 6,5%	12 17,4%	25 9,3%	3 1,5%	4 5,8%	7 2,6%	200 100%	69 100%	269 100%
Enfermedades motoneuronals- parkinson- huntington- alzheimer	19 25,7%	57 30,6%	76 29,2%	43 58,1%	70 37,6%	113 43,5%	12 16,2%	59 31,7%	71 27,3%	0	0	0	74 100%	186 100%	260 100%
Sida	2 33,3%	0	2 25,0%	4 66,7%	2 100%	6 75,0%	0	0	0	0	0	0	6 100%	2 100%	8 100%
H: hombre	M: mujer			A: ambos											



Tabla10. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por lugar de defunción, causa y sexo (porcentaje de la causa por lugar de defunción)

	Domicilio			Hospital			Residencia			Otros		
	H	M	A	H	M	A	H	M	A	H	M	A
Tumores	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%
Insuficiencia 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%
Insuficiencia 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%
Insuficiencia hepática	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%
EPOC	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%
Enfermedades 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: hombre M: Mujer A: ambos

Tabla 11. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por lugar de defunción, causa y sexo (porcentaje de la causa por lugar de defunción)

	Domicilio			Hospital			Residencia			Otros		
	H	M	A	H	M	A	H	M	A	H	M	A
Tumores	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%
Insuficiencia 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%
Insuficiencia 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%			
Insuficiencia hepática	1	0	1	2	2	4	0	0	0	0	0	0
	0,3%		0,2%	0,2%	0,2%	0,2%						
EPOC	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%
Enfermedades 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: hombre M: Mujer A: ambos

Tabla 12. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por lugar de defunción y sexo.

Lugar defunción	Hombres	Mujeres	Ambos
Domicilio	308 (19,5%)	330 (25,1%)	638 (22,1%)
Hospital	1111 (70,5%)	765 (58,2%)	1876 (64,9%)
Residencia Sociosanitaria	71 (4,5%)	143 (10,9%)	214 (7,4%)
Otros lugares	4 (0,3%)	7 (0,5%)	11 (0,4%)
No consta	83 (5,3%)	70 (5,3%)	153 (5,3%)
Total	1577	1315	2892

Tabla 13. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por lugar de defunción y sexo

Lugar defunción	Hombres	Mujeres	Ambos
Domicilio	332 (19,6%)	312 (22,8%)	644 (21,1%)
Hospital	1.217 (72,0%)	847 (62,0%)	2.064 (67,5%)
Residencia sociosanitaria	68 (4,0%)	125 (9,1%)	193 (6,3%)
Otros lugares	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

Tabla 14. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por lugar de defunción y grupo de edad (años)

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

Tabla 15. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por lugar de defunción y grupo de edad (años)

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

Tabla 16. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Media (DE) de edad por lugar de defunción

	Media de edad en años (DE)
Domicilio	80,57 (12,10%)
Hospital	73,96 (14,07%)
Residencia sociosanitaria	85,95 (8,26%)
Otros lugares	69,18 (25,16%)

Tabla 17. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Media (DE) de edad por lugar de defunción

Lugar de defunción	Media de edad en años (DE)
Domicilio	80,11 (13,06)
Hospital	73,93 (13,69)
Residencia sociosanitaria	85,84 (8,65)
Otros lugares	84,12 (11,05)

Tabla 18. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones por sectores sanitarios y lugar de defunción

	Ponent/Migjorn	Tramuntana	Llevant	Menorca	Eivissa i Formentera
Domicilio	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%
Residencia sociosanitaria	103 7,1%	25 6,2%	33 8,4%	22 10,7%	31 11,0%
Total	1445	401	394	205	283

Tabla 19. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones por sector sanitario y lugar de defunción

	Ponent/Migjorn	Tramuntana	Llevant	Menorca	Eivissa y Formentera
Domicilio	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%
Residencia socio sanitaria	83 5,2%	20 5,1%	48 11,0%	24 10,2%	18 7,4%
Total	1.596	391	437	235	242

Tabla 20. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2015. Distribución de las defunciones con boletín judicial por patología y sexo

	Hombres	Mujeres	Ambos
Tumores	1 (1,7%)	2 (10,5%)	3 (3,9%)
Insuficiencia cardíaca	51 (87,9%)	16 (84,2%)	67 (87,0%)
Insuficiencia renal	0	1 (5,3%)	1 (1,3%)
Insuficiencia hepática	1 (1,7%)		1 (1,3%)
EPOC	4 (6,9%)	0	4 (5,2%)
Enfermedades motoneuronales-parkinson- huntington-alzheimer	0	0	0
Sida	1 (1,7%)	0	1 (1,3%)
Total	58	19	77



Tabla 21. Población mínima susceptible de recibir cuidados paliativos. Illes Balears 2016. Distribución de las defunciones con boletín judicial por patología y sexo

	Hombres	Mujeres	Ambos
Tumores	5 (9,4%)	2 (18,2%)	7 (10,9%)
Insuficiencia cardíaca	39 (73,6%)	6 (54,5%)	45 (70,3%)
Insuficiencia renal	4 (7,5%)	0	4 (6,3%)
Insuficiencia hepática	0		0
EPOC	5 (9,4%)	1 (9,1%)	6 (9,4%)
Enfermedades motoneuronals- parkinson-huntington- alzheimer	0	1 (9,1%)	1 (1,6%)
Sida	0	1 (9,1%)	1 (1,6%)
Total	53	11	64

