

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Final de la vida: ¿cómo y dónde fallecen los pacientes?

Patricia Estevan Burdeus

CS Arroyo Media Legua. DA Sureste. Madrid.

Co-coordinadora del GT Inequidades en Salud - Salud Internacional.
Somamfyc.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

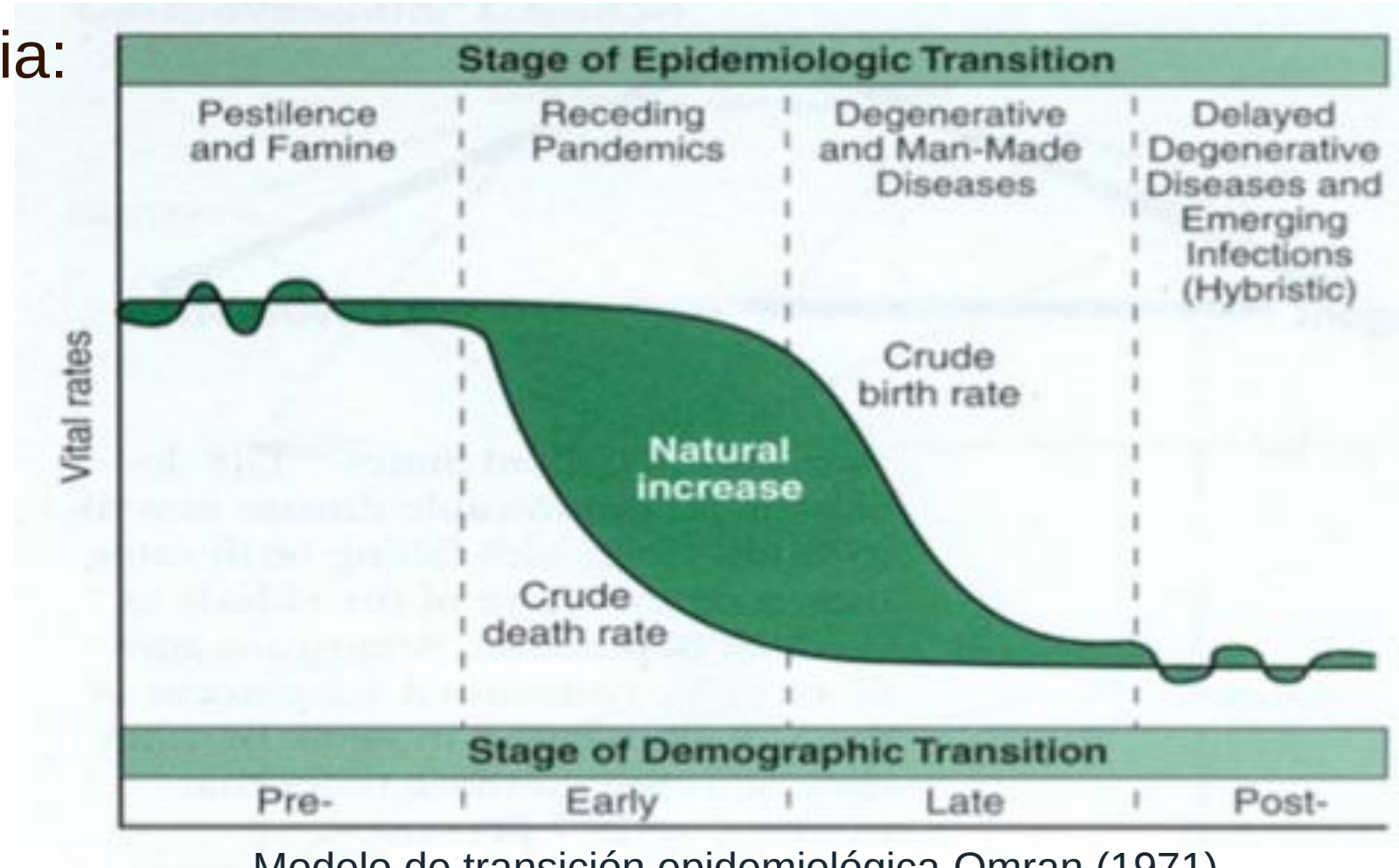


- Conflicto de intereses: ninguno
- Financiación: ninguna
- Años trabajados en Atención Primaria: 22



¿De qué nos morimos?

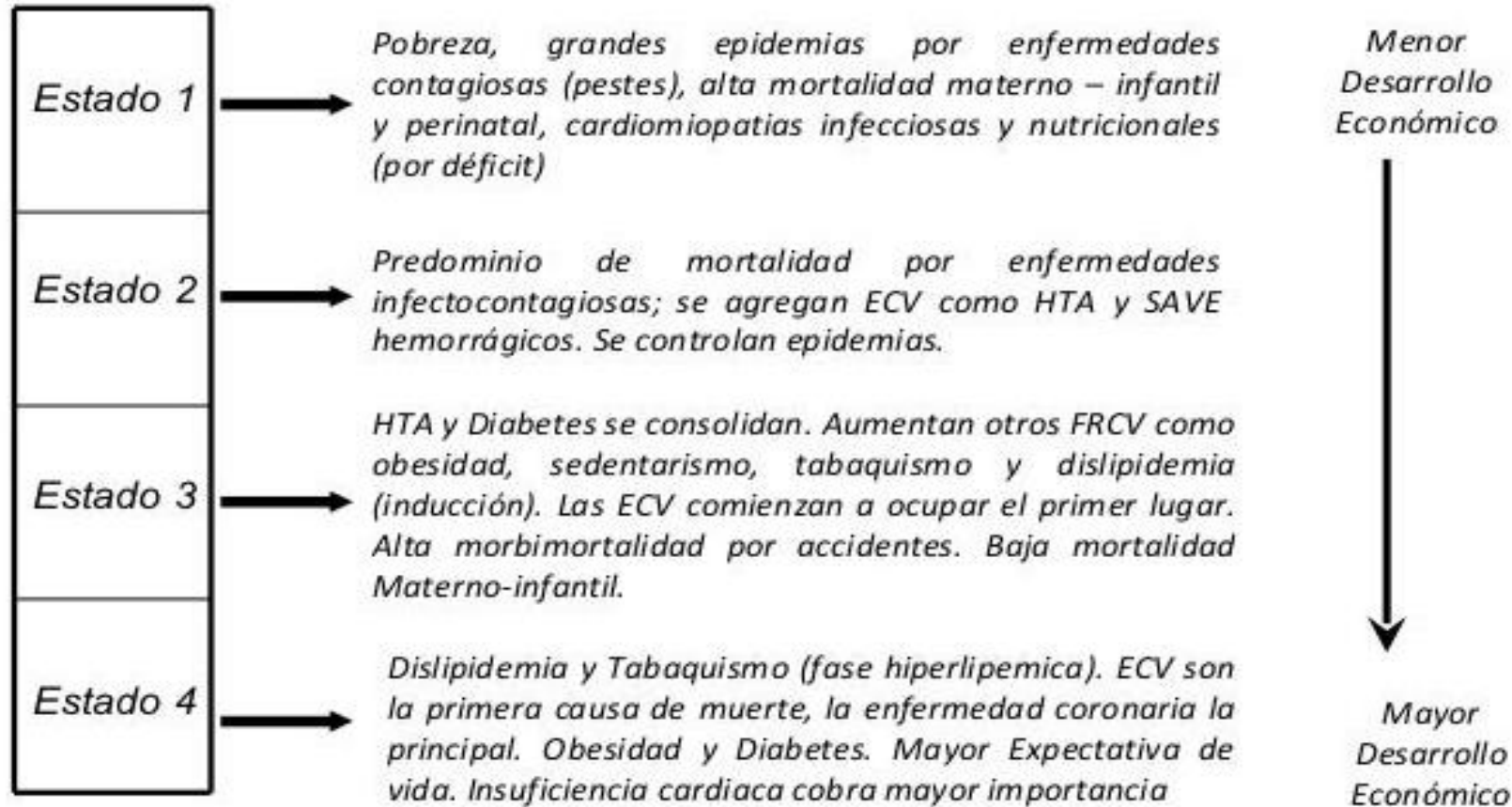
- Un poco de historia:



Modelo de transición epidemiológica Omran (1971)



Etapas de transición epidemiológica



OMRAN AR. *Millbank Memorial Fund Q*. 1971; 49: 509-538

YUSUF et. al. *Circulation* 2001; 104: 2746 - 53

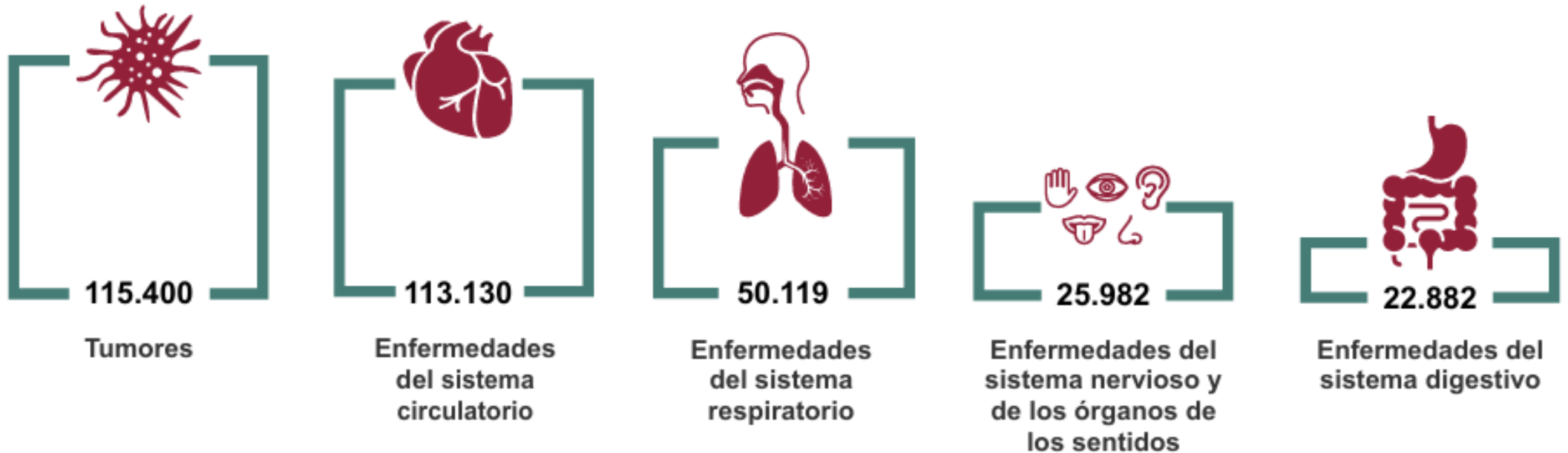


Causas de muerte en España (2024)

Número de defunciones: **433.547** (▼0,6 % respecto a 2023)

Principales causas de muerte por grupos de enfermedades

Número de defunciones





¿Cómo nos morimos? Ariés (1981) (I)

- **Muerte domesticada.** Primer milenio del Occidente cristiano. Muerte esperada, compartida, pública, familiar. Ocurre con el apoyo de la comunidad. La intervención de los religiosos de la comunidad asegura el reposo del difunto.
- **Muerte de “Yo”.** Finales de la Edad Media. Terror por el juicio final. Para llegar a la vida eterna hay que pasar pruebas y purificaciones. *Ars moriendi*. La muerte se clericaliza, lo religioso en el centro, especialmente en clases altas.



¿Cómo nos morimos? Ariés (1981) (II)

- **Muerte “propia”.** Exaltación del individualismo, influida por la sensibilidad romántica. Menor preocupación por los asuntos religiosos y mayor por el sufrimiento al final de la muerte. Romantización de ciertas enfermedades y de los héroes de guerra hasta la 1ª Guerra mundial.
- **Muerte “invertida”.** Negación de la muerte. **S. XX.** Avances tecnológicos en medicina, “lucha contra la muerte”. Encarnizamiento terapéutico y pacto de silencio. Muerte inadvertida, indigna, solitaria. (Kübler-Ross, 1970). Negación de la muerte y del duelo, el mundo no se para, ni siquiera para los dolientes.



¿Cómo nos morimos en la actualidad?

- En la edad Cosmopolita (Kellehear, 2007) la muerte se vive de manera **vergonzosa**.
- Mayores, que han vivido demasiado tiempo.
- Enfermedades que demuestran un comportamiento reprobable, como el VIH.
- La muerte es evitable debido a los avances tecnológicos.



Buena muerte

- **RAE:** Para los cristianos, muerte que sobreviene en **estado de gracia**.
- Es aquella que se produce de acuerdo con los **procesos prescritos por la sociedad**. Se construye a través de un proceso de negociación cultural y de acuerdo con las costumbres y valores.
- Los cuidados paliativos buscan la buena muerte: el control de los síntomas del final de la vida y del dolor, no solo físico sino también el social, emocional y espiritual (dolor total).



Mala muerte

- **RAE:** De poco valor o importancia, baladí, **despreciable**.
- Aquella que se produce con dolor, sufrimiento, soledad, violencia.
- La muerte violenta es más frecuente en estratos marginales de la sociedad, los muy pobres y las minorías.
- Estas son las personas con menos recursos y formación y que, históricamente, han estado sometidos a la autoridad y a los designios de aquellos que tenían más conocimiento.
- Aún hoy encontramos muchos pacientes con incapacidad para tomar decisiones al final de la vida debido a la falta de acceso a la información y exclusión social.

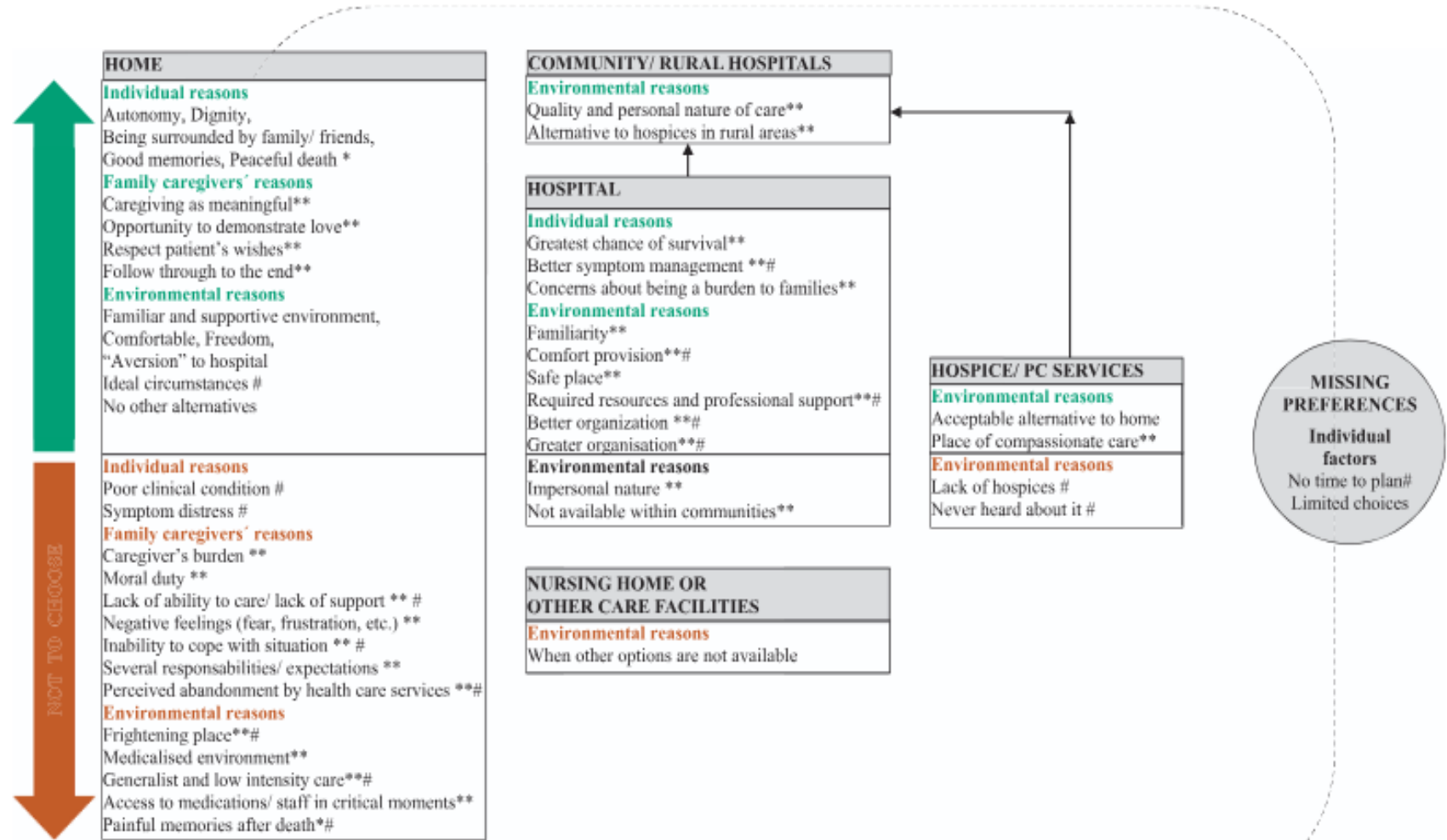
Lugar de los cuidados: preferencias

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

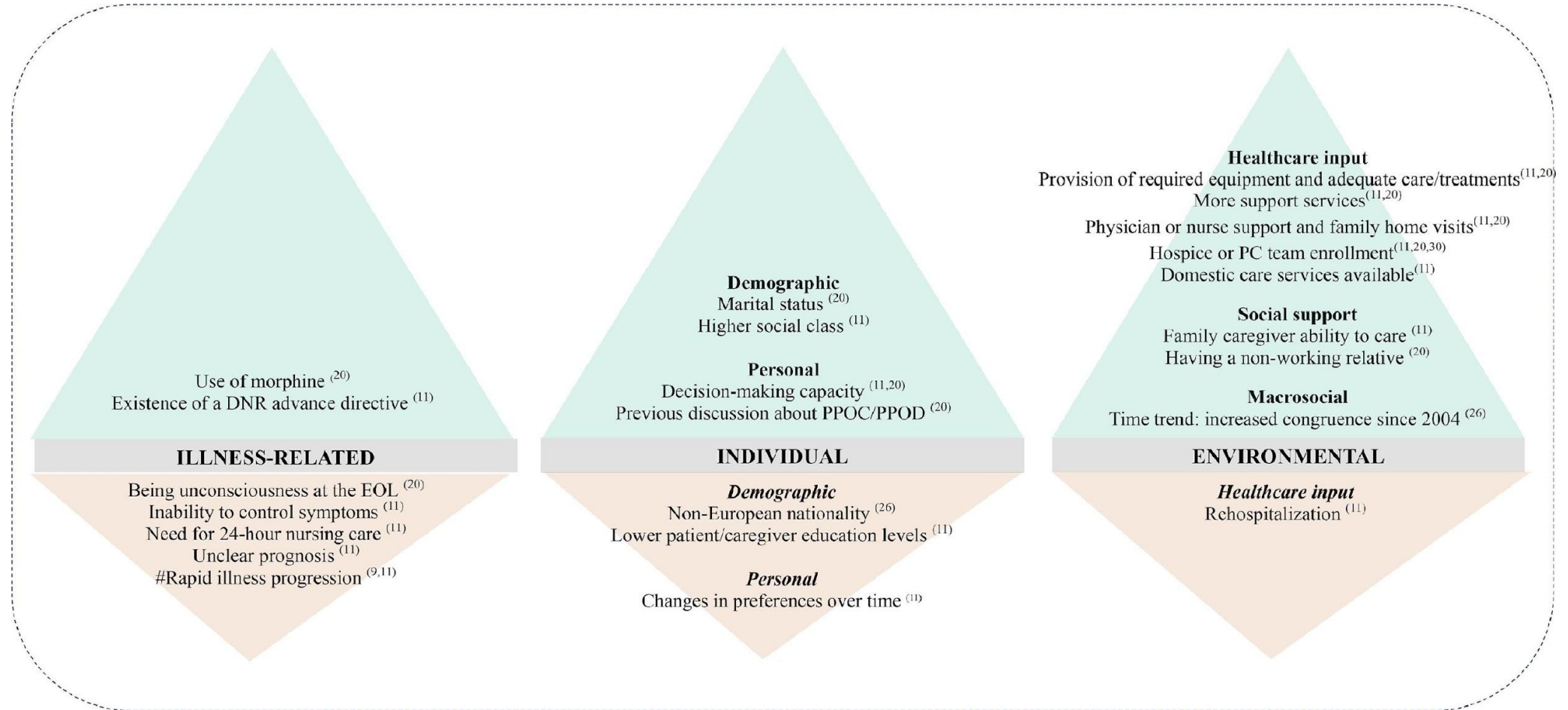
SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Pinto S, Lopes S, de Sousa AB, Delalibera M, Gomes B. Patient and Family Preferences About Place of End-of-Life Care and Death: An Umbrella Review. J Pain Symptom Manage. 2024 May;67(5):e439-e452.



Lugar de cuidados: Factores



¿Dónde se mueren nuestros pacientes?

- Un **60%** de los pacientes preferiría morir en su **casa**.
- En nuestro país, en 2015, en las ciudades medianas y grandes un 25,6% de las muertes por cáncer ocurrieron en domicilio, un 66,4% en el hospital y un 8,0% en residencias.
- En las ciudades de <10.000 habitantes un 32,7% de los fallecimientos ocurrieron en domicilio, un 58,6 en hospital y un 8,7% en residencias.
- Para la muerte en domicilio los datos variaron de 6,7% a 57,0%, en residencia de un 0% a un 33,1% y en hospital de un 39,3% a 90,5%.

López-Valcárcel Beatriz G., Pinilla Jaime, Barber Patricia. Dying at home for terminal cancer patients: differences by level of education and municipality of residence in Spain. Gac Sanit [Internet]. 2019; 33(6): 568-574.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



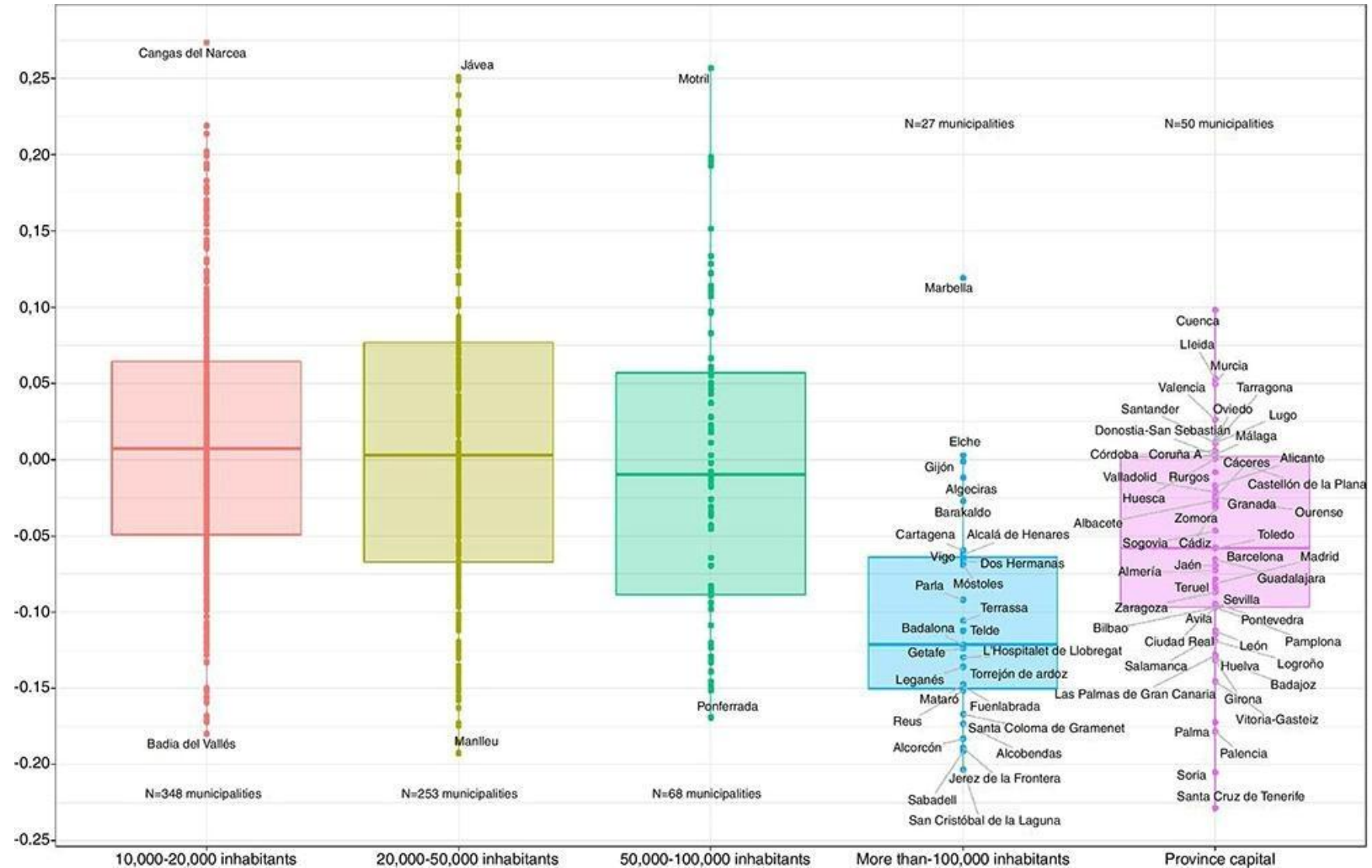
¿Dónde se mueren nuestros pacientes?

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿Dónde se mueren nuestros pacientes?

- El fallecimiento en **domicilio** se asocia a:
- Ser mujer
- Casada
- Nivel de estudios alto
- Edad avanzada
- Vivir en una población pequeña o mediana
- Regiones con más muertes en domicilio: **Valencia y Andalucía**

López-Valcárcel Beatriz G., Pinilla Jaime, Barber Patricia. Dying at home for terminal cancer patients: differences by level of education and municipality of residence in Spain. Gac Sanit [Internet]. 2019; 33(6): 568-574.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA





¿Dónde se mueren nuestros pacientes?

- La muerte en **hospital** se asocia a:
- Ser varón
- Soltero/divorciado/viudo
- Nivel educacional bajo
- Vivir en una ciudad grande
- Edad más temprana
- Regiones con más fallecimientos en hospital: **Madrid y Canarias**
- En Cataluña un 25% de los fallecimientos se produjeron en **residencias**.

López-Valcárcel Beatriz G., Pinilla Jaime, Barber Patricia. Dying at home for terminal cancer patients: differences by level of education and municipality of residence in Spain. Gac Sanit [Internet]. 2019; 33(6): 568-574.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿Podemos elegir?

- No elegimos enfermar.
- No elegimos los síntomas.
- No elegimos a las personas que nos cuidan, muchas veces.



¿Qué queremos para nuestros pacientes?

- Aumenten las medidas de conciliación para pacientes y cuidadores
- Mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios
- Ayudarles a navegar por el sistema
- Atender sus preferencias sobre el lugar de los cuidados y la muerte
- Acompañarlos en el proceso de enfermar y morir y aliviar su sufrimiento.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Muchas gracias