



LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER

Una revisión sistemática de la literatura

Tesis Doctoral

Presentada por:
Marina Rodríguez Gómez

Dirigida por:
Isabel Ruiz Pérez
Vicenta Escribà Agüir



PROGRAMA DE DOCTORADO INTERUNIVERSITARIO EN
CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL

**LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LOS CUIDADOS
PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER**

Una revisión sistemática de la literatura

Memoria para optar al grado de Doctora presentada por
Marina Rodríguez Gómez

Directora: Dra. Isabel Ruiz Pérez

Directora: Dra. Vicenta Escribà Agüir

2023



Escuela Andaluza de
Salud Pública
Consejería de Salud y Consumo

LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER

Una revisión sistemática de la literatura

Tesis presentada para aspirar al grado de Doctora por Marina Rodríguez Gómez, dirigida por la Doctora Isabel Ruiz Pérez y la Doctora Vicenta Escribà Agüir y, tutorizada por la Doctora Isabel Ruiz Pérez.

Valencia, 4 de abril de 2023

La Directora (1) y Tutora

Fdo: Dra. Isabel Ruiz Pérez

La Directora (2)

Fdo: Dra. Vicenta Escribà Agüir

La Doctoranda

Fdo: Marina Rodríguez Gómez



Escuela Andaluza de
Salud Pública
Consejería de Salud y Consumo

Isabel Ruiz Pérez, Doctora en Medicina por la Universidad de Valencia y profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP),

HACE CONSTAR:

Que la presente memoria de tesis titulada *“LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LOS CUIDADOS PALITIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA”*, ha sido elaborada por Marina Rodríguez Gómez bajo su dirección, coordinación y tutorización, reuniendo todos los requisitos pertinentes para su presentación y lectura, a fin de optar al grado de doctora.

Y para que así conste, se firma en Valencia a 4 de abril de 2023.

Fdo: La Directora y Tutora,
Dra. Isabel Ruiz Pérez



Escuela Andaluza de
Salud Pública
Consejería de Salud y Consumo

Vicenta Escribà Agüir, Doctora en Medicina por la Universidad de Alicante y vinculada a la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO),

HACE CONSTAR:

Que la presente memoria de tesis titulada *“LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LOS CUIDADOS PALITIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA”*, ha sido elaborada por Marina Rodríguez Gómez bajo su dirección y coordinación, reuniendo todos los requisitos pertinentes para su presentación y lectura, a fin de optar al grado de doctora.

Y para que así conste, se firma en Valencia a 4 de abril de 2023.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'V. Escribà Agüir'.

Fdo: La Directora,
Dra. Vicenta Escribà Agüir

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el resultado del esfuerzo y dedicación no solo de su autora, sino de todas aquellas personas que me han acompañado durante este proceso, con las que ha sido un placer trabajar y compartir estos momentos y, con las que sin su apoyo, no habría sido posible llegar hasta aquí. Por ello, mi más sincero agradecimiento:

A Isabel y Vicenta por su paciencia y comprensión, sin ellas esto no hubiera sido posible. Por todo lo que he aprendido con ellas y por su dedicación, esfuerzo y compromiso.

A Lupe y a Jesús por su generosidad y compañerismo. Siempre han estado ahí para ayudarme y apoyarme.

A Angélica y Miriam, gracias por enseñarme a disfrutar de mi profesión y a ser la enfermera que soy hoy.

A mi madre, mi padre y mi hermano, por el cariño incondicional y por haberme dado la oportunidad de llegar hasta aquí. En gran parte, gracias a vosotros soy lo que soy.

A mis amigos y amigas por su comprensión y apoyo a pesar de tenerlos desatendidos, gracias por no dejar de serlo.

A mi compañero de vida, gracias por apoyarme siempre en todo y en todos los proyectos que en los se me ocurre embarcarme, por cuidarme, por tu paciencia y por tu apoyo y amor. Sin ti, este momento tampoco hubiera sido posible.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	5
1. El cáncer	5
2. Los cuidados paliativos: definición y conceptos	9
3. Los cuidados paliativos y el cáncer	12
4. Las desigualdades sociales en salud	18
5. Las desigualdades sociales en la atención sanitaria del cáncer	23
6. La situación de los cuidados paliativos en España	25
OBJETIVOS	26
1. Objetivo general	26
2. Objetivos específicos	26
METODOLOGÍA	27
1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	28
2. Selección de los estudios	29
3. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios	32
4. Extracción de los datos	33
5. Síntesis y análisis de los datos	34
RESULTADOS	35
1. Identificación de los estudios	36
2. Descripción de las características de los estudios	38
3. Clasificación y análisis de los estudios según el tipo de abordaje de los cuidados paliativos	43
4. Descripción de los cuidados paliativos según eje de desigualdad y análisis de las desigualdades	47
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES	82
REFERENCIAS	84
ANEXOS	100
Anexo 1: Lista de verificación PRISMA 2020	101
Anexo 2: Estrategia de búsqueda	103
Anexo 3: Escalas para la evaluación del riesgo de sesgo. Escala NOS	104
Anexo 4: Descripción de las características de los estudios	107
Anexo 5: Clasificación y análisis de los estudios según tipo de abordaje	114
Anexo 6: Resumen de las características, ejes de desigualdad y tipo de abordaje de los estudios	115
Anexo 7: Descripción de los cuidados paliativos según eje desigualdad y análisis de las desigualdades	120

ÍNDICE DE GRÁFICOS, FIGURAS Y TABLAS

Gráficos

Gráfico 1: Número estimado de casos nuevos y defunciones (en el mundo) en 2025, para todos los tipos de cáncer y ambos sexos	6
Gráfico 2: Número estimado de casos nuevos y defunciones por cáncer (en el mundo) en 2025, ambos sexos	7
Gráfico 3: Evolución temporal de las publicaciones.....	38
Gráfico 4: País de publicación de los estudios	39
Gráfico 5: Tipo de cáncer.....	40
Gráfico 6: Instrumento de recogida de la información	41
Gráfico 7: Sesgo de los estudios incluidos.....	42

Figuras

Figura 1: Modelo integral de los cuidados paliativos.....	10
Figura 2: Pilares centrales de los cuidados paliativos y sus dimensiones	10
Figura 3: Modelo de los determinantes sociales de la salud	19
Figura 4: Diagrama de flujo PRISMA.....	37

Tablas

Tabla 1: Ejes de desigualdad examinados en los estudios incluidos.....	41
Tabla 2: Abordajes para analizar el acceso y uso de los cuidados paliativos de los estudios incluidos	44
Tabla 3: Número de estudios identificados según eje de desigualdad y tipo de abordaje	47
Tabla 4: Descripción y análisis de las desigualdades según EDAD y los diferentes abordajes	49
Tabla 5: Descripción y análisis de las desigualdades según SEXO y los diferentes abordajes	54
Tabla 6: Descripción y análisis de las desigualdades según ETNIA/RAZA y los diferentes abordajes	59
Tabla 7: Descripción y análisis de las desigualdades según NIVEL SOCIOECONÓMICO y los diferentes abordajes	64
Tabla 8: Descripción y análisis de las desigualdades según TERRITORIO y los diferentes abordajes	69
Tabla 9: Análisis de las desigualdades sociales en función de los diferentes ejes de desigualdad y los abordajes de cuidados paliativos.....	75
Tabla 10: Lista de verificación PRISMA 2020.....	101
Tabla 11: Características bibliográficas de los estudios finalmente incluidos en la revisión	107
Tabla 12: Características bibliográficas, ejes de desigualdad y calidad metodológica de los estudios.....	110

Tabla 13: Resultados de la evaluación de la calidad metodológica de los estudios finalmente incluidos	112
Tabla 14: Clasificación de los estudios identificados según el tipo de abordaje de cuidados paliativos	114
Tabla 15: Resumen de las características, eje de desigualdad y tipo de abordaje de los estudios finalmente seleccionados	115
Tabla 16: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según EDAD y el tipo de abordaje de cuidados paliativos	120
Tabla 17: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según SEXO y el tipo de abordaje de cuidados paliativos.....	140
Tabla 18: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según ETNIA/RAZA y el tipo de abordaje de cuidados paliativos	153
Tabla 19: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según NIVEL SOCIOECONÓMICO y el tipo de abordaje de cuidados paliativos	186
Tabla 20: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según TERRITORIO y el tipo de abordaje de cuidados paliativos	208



INTRODUCCIÓN

Actualmente, el cáncer es un importante problema de salud pública a nivel mundial, tanto por su magnitud como por las repercusiones en la salud y en la calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer a través de GLOBOCAN estima que en el año 2025 se producirán 21,6 millones de casos nuevos y 11,3 millones de muertes por cáncer. Según las proyecciones, el número de casos nuevos aumentará a 28,9 millones para el año 2040 (1).

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, los avances diagnósticos y terapéuticos del cáncer han permitido un aumento de la supervivencia y de la calidad de vida de los pacientes con cáncer (2). Pero a pesar de estos avances, cuando el cáncer se diagnostica en fases avanzadas, las posibilidades de curación son mínimas y muchas personas mueren a causa de esta enfermedad. El diagnóstico del cáncer en fases avanzadas, supone un gran desafío para pacientes y sus familias y, puede afectar la calidad de vida (3). En estos casos, los cuidados paliativos juegan un papel importante, pues este tipo de cuidados tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona enferma y su familia, controlando el dolor y otros síntomas y, ofreciendo apoyo psicológico, social y espiritual (4). De acuerdo con la Sociedad Americana de Oncología Clínica, los pacientes con cáncer en fases avanzadas deberían recibir los cuidados paliativos lo antes posible desde el momento del diagnóstico, durante el tratamiento y después del tratamiento (5). Además, la evidencia científica sugiere la integración de los cuidados paliativos desde el inicio del curso de la enfermedad hasta el final de la vida e incluso durante el duelo (6). En definitiva, los cuidados paliativos están basados en unos principios que persiguen el alivio de los síntomas que producen sufrimiento y la promoción de la mejor la calidad de vida posible de la persona enferma y sus familiares hasta el final.

En las últimas décadas, los cuidados paliativos están tomando gran relevancia en las agendas de salud pública, dado el aumento de la supervivencia de los/as pacientes con cáncer y el gran interés por mejorar la calidad de vida de éstos/as (2,7). Mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y de sus cuidadores/as o familiares, es uno de



los pilares centrales de los cuidados paliativos (8). Pero, este tipo de cuidados, no solamente mejoran la calidad de vida, sino que también reducen las hospitalizaciones innecesarias, el uso de los servicios de salud y los costes sanitarios. Por todo ello, la literatura científica recomienda su integración de forma temprana desde el inicio del curso de la enfermedad para poder ofrecer unos cuidados de calidad planificados con antelación y adaptados a las necesidades y preferencias de la persona enferma y sus familiares (3,6,9).

Sin embargo, a pesar de la evidencia científica sobre la efectividad de los cuidados paliativos en la mejora de la calidad de vida de estos/as pacientes y en la reducción del uso de los servicios de salud (8,10,11), algunos grupos de población podrían no beneficiarse de ellos o bien se benefician en menor medida. La literatura científica, pone de manifiesto que existen desigualdades sociales que implican disparidades en la prevención, incidencia, prevalencia, detección, tratamiento y carga de cáncer, incluido también el acceso a los cuidados paliativos (12–16) Estas desigualdades se refieren a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, etnia, educación y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja (17,18).

Las desigualdades en salud se definen como las diferencias innecesarias y potencialmente evitables en aspectos de la salud en grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente (17). Esto se traduce, en una distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud, dando lugar a un peor estado de salud de los grupos más vulnerables (19).

Según la OMS, solo el 14% de la población mundial que precisa asistencia paliativa, la recibe y, son diversos los factores que influyen en la cobertura de las necesidades paliativas. Los determinantes sociales de la salud juegan un papel importante en las oportunidades de las personas enfermas con cáncer para acceder a unos cuidados de calidad dadas sus necesidades y la de sus familiares generando desigualdades sociales en la salud, las cuales además se han acentuado durante la pandemia de COVID-19 (20–22).



También, cabe destacar el gran desconocimiento sobre este tipo de cuidados por parte de las políticas públicas, el sistema sanitario y la población. Un estudio realizado en 234 países para analizar el alcance y el desarrollo de la asistencia paliativa a nivel mundial en el año 2011, reveló que los servicios de asistencia paliativa solo estaban adecuadamente integrados en 20 países y un 42% de los países carecía de este tipo de cuidados (23). En el año 2017, el desarrollo de la asistencia paliativa aumentó y, 30 países, tenían acceso al nivel más alto de provisión de cuidados paliativos, pero esto solo suponía el 15% de la población mundial y, con una necesidad de cuidados paliativos creciente, éstos no alcanzan los niveles requeridos (24).

El acceso a los cuidados paliativos es una necesidad mundial y una prioridad de salud pública, pues el número de personas con necesidad de recibir cuidados paliativos se duplicará en 2060 (48 millones de personas) a causa del sufrimiento grave relacionado con la salud por procesos graves y al final de la vida (25). Cada vez hay más evidencia que sugiere que los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de las personas con cáncer, aliviando el sufrimiento y reducen costes personales y sanitarios (26). Dadas las necesidades mundiales de cuidados paliativos y su coste-efectividad, el acceso a estos cuidados para los pacientes con cáncer debe ser prioritario y es importante conocer las barreras que lo impiden.

En la actualidad, no existe ninguna revisión sistemática que analice los cuidados paliativos y el efecto de las desigualdades sociales, incluyendo todos los ejes más relevantes de desigualdad (edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio) en el acceso y utilización de este tipo de cuidados en pacientes con cáncer.

Por este motivo, se ha decidido llevar a cabo este trabajo de investigación con el fin de aportar evidencia sobre los cuidados paliativos en base a la literatura científica y cómo influyen los determinantes sociales de la salud en el acceso y utilización de estos cuidados en pacientes con cáncer. Los resultados de este trabajo de investigación permitirán conocer el estado de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer y las posibles barreras que determinan las oportunidades de acceso. Además, estos resultados pueden ser útiles para ayudar en la toma de decisiones de las políticas



públicas y para orientar aquellas actuaciones que puedan mejorar el acceso a estos cuidados de las poblaciones más vulnerables.



MARCO TEÓRICO

1. El cáncer

El cáncer, es una enfermedad de origen multifactorial ya que, intervienen tanto factores externos (estilos de vida y ambientales) como factores genéticos. La mayoría de los cánceres, son atribuibles a factores externos por la exposición a factores de riesgo o agentes carcinógenos (agentes químicos, físicos o biológicos con capacidad de producir cáncer). Entre los diferentes factores de riesgo relacionados con el cáncer, cabe mencionar, los hábitos de vida: el tabaquismo, el consumo de alcohol, la dieta y la inactividad física. También, la exposición a agentes carcinógenos ocupacionales, la contaminación ambiental y la exposición a ciertas infecciones virales que están asociadas al desarrollo de cáncer como el virus del papiloma humano o el virus de la hepatitis B y C. También, algunos casos de cáncer tienen carácter hereditario. En estos casos, existe una predisposición genética en la que se hereda una mutación genética que aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer (27,28).

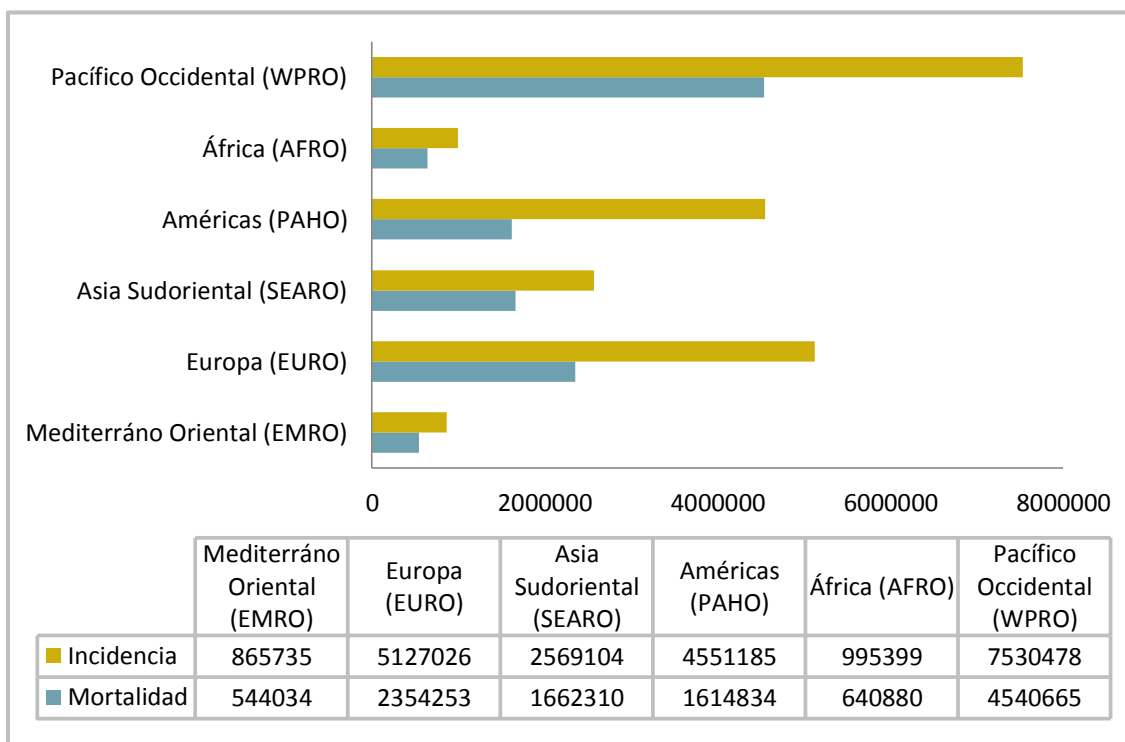
El abordaje de los distintos tipos de cáncer es muy diferente en función de la causa que lo originó y en función de la fase en la que se encuentre la enfermedad. Según la OMS, entre el 30% y el 50% de los casos de cáncer pueden prevenirse. Además, la detección del cáncer en sus fases más tempranas, aumenta la probabilidad de su curación (29). En otras ocasiones, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, el diagnóstico del cáncer ocurre en fases avanzadas de la enfermedad, con pocas posibilidades de curación porque no hay respuesta al tratamiento específico y el abordaje es predominantemente paliativo (29,30).



1.1 Las cifras del cáncer: incidencia y mortalidad

El cáncer, es una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (*IARC: International Agency for Research on Cancer*) mediante los datos de GLOBOCAN (*Global Cancer Observatory*) estima que en el año 2025 se producirán 21,6 millones de casos nuevos de cáncer y 11,3 millones de muertes por cáncer en ese mismo año a nivel mundial. Según las proyecciones, en el año 2040 el número de casos nuevos en el mundo habrá aumentado hasta llegar a los 28,9 millones (1).

Gráfico 1: Número estimado de casos nuevos y defunciones (en el mundo) en 2025, para todos los tipos de cáncer y ambos sexos (1)



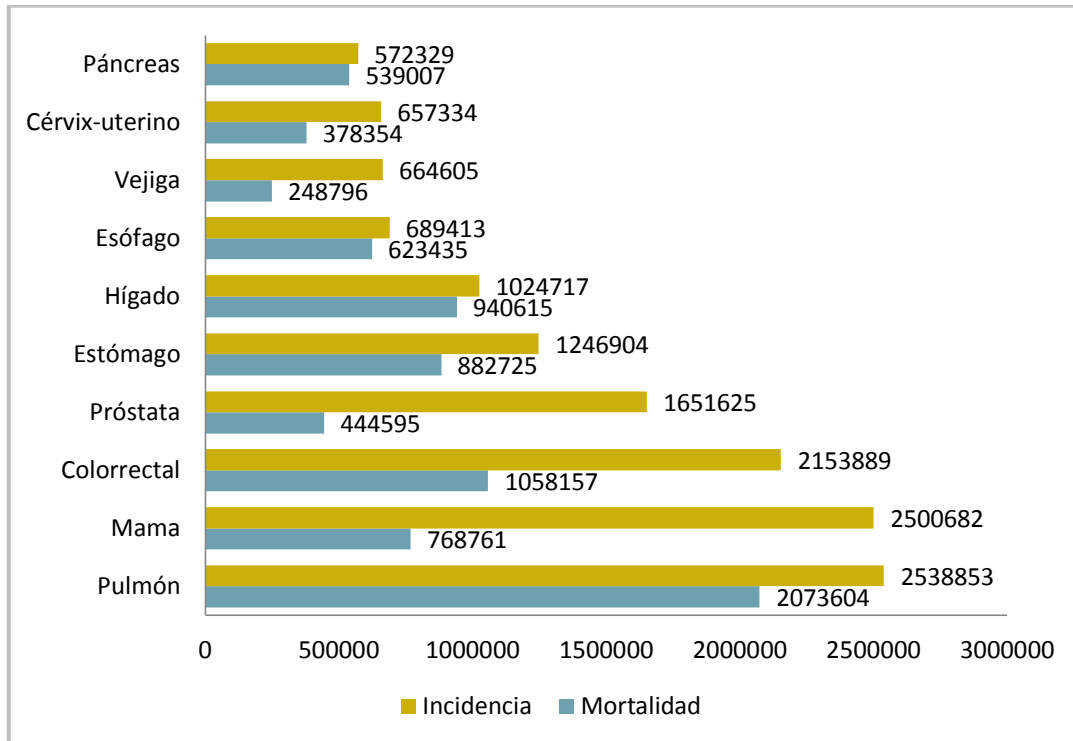
En el **Gráfico 1**, se muestra el total de casos nuevos y defunciones (en el mundo) por cáncer estimados para el año 2025, en las diferentes regiones que establece la OMS, para todos los tipos de cáncer y en ambos sexos. Como se puede observar en el **Gráfico 1**, en la región del Pacífico Occidental, es donde se estiman más casos nuevos y más defunciones por cáncer para el año 2025, seguido de la región de Europa.

También, según los datos de GLOBOCAN, para el año 2025 se estima que los tumores más frecuentemente diagnosticados a nivel mundial serán el cáncer de pulmón, mama,



colorrectal, próstata y estómago. Y, el cáncer de pulmón, será el cáncer que más muertes producirá en ese mismo año, seguido de cáncer colorrectal, hígado y estómago (**Gráfico 2**) (1).

Gráfico 2: Número estimado de casos nuevos y defunciones por cáncer (en el mundo) en 2025, ambos sexos (1)



En España, el número de casos nuevos de cáncer alcanzará los 207.111 en el año 2025 y los cánceres más frecuentemente diagnosticados, serán el cáncer colorrectal (43.501 nuevos casos), seguido del de próstata (38.519), mama (35.530), pulmón (32.115) y vejiga (20.382). Los cánceres que mayor mortalidad producirán en España serán el cáncer de pulmón (25.204), seguido de cáncer colorrectal (17.783), páncreas (8.248), mama (7.007) y próstata (6.344) (1).

1.2 La magnitud del problema

El cáncer, continúa suponiendo un gran reto para la Salud Pública, dada su incidencia y su mortalidad y, a pesar de los avances tecnológicos, la tendencia de las cifras de cáncer a nivel mundial, según las estimaciones, siguen en aumento. La carga creciente de esta enfermedad viene influenciada por diferentes factores como son el



crecimiento y el envejecimiento de la población, pero también por las variaciones en la prevalencia y en la distribución de los principales factores de riesgo, a menudo asociados al desarrollo social y económico (31).

Pero la magnitud del cáncer, no sólo tiene que ver con las cifras de incidencia y mortalidad, también se debe tener en cuenta el impacto psicosocial y económico que conlleva esta enfermedad. Tanto el diagnóstico como todo el proceso de la enfermedad, supone un gran desafío emocional y psicológico para pacientes y familiares e incluso para el equipo sanitario (32). También, el cáncer se debe entender desde la perspectiva económica y social. La Asociación Española Contra el cáncer estimó en el año 2020, a través de la consultora “*Oliver Wyman*”, que esta enfermedad supondría un coste de unos 19.300 millones de euros a la sociedad española en costes directos médicos (tratamiento, seguimiento, farmacia y parafarmacia, cuidados paliativos, reconstrucción mamaria y preservación de la fertilidad), costes indirectos no médicos (transporte, comida y alojamiento, equipamiento y obras, cuidados formales, cuidados informales) y costes indirectos (pérdida de productividad tanto del paciente como de las familias como consecuencia directa del cáncer; pérdida de ingresos de pacientes activos, pérdida de ingresos del hogar y pérdida de productividad por muerte prematura). Según este informe, el 55% de los costes serían asumidos por el sistema sanitario y el 45% por las familias y pacientes (33).



2. Los cuidados paliativos: definición y conceptos

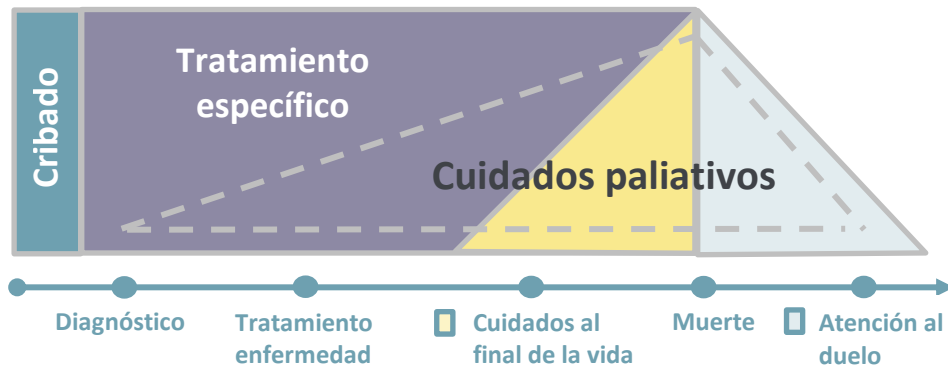
Los cuidados paliativos¹, tienen su origen en el movimiento “*Hospice*” moderno, fundado por Cicely Saunders en los años 60. El inicio de este movimiento, se puede atribuir a la fundación del “*St Christopher’s Hospice*” en Londres en 1967 y que posteriormente, se extendió al resto de países (34). Según la literatura, la palabra “*Hospice*”, deriva del latín *hospitium* que significa hospitalidad, un concepto estrechamente relacionado con los valores y principios del movimiento “*hospice*”. El movimiento “*hospice*” moderno está considerado como una filosofía de cuidados dirigidos a pacientes con enfermedades avanzadas y terminales que persigue garantizar una “buena muerte” para aquellos/as pacientes que se encuentran al final de la vida. De esta filosofía de cuidados surge la base para la atención de pacientes al final de la vida con el objetivo de proporcionar bienestar, confort, soporte y acompañamiento tanto a los/as pacientes como a sus familiares, incluso durante el duelo (35–37).

Actualmente, los cuidados paliativos, se contemplan desde una perspectiva más amplia que incluye el concepto de intervención temprana y cuidados continuos adecuados a las necesidades de las personas enfermas y familiares, además de la especialización de la atención para poder dar cobertura a necesidades más complejas y soporte a otros niveles y ámbitos asistenciales (38,39). Estos cuidados, se basan en un modelo de atención integral y continua, donde los cuidados paliativos puede empezar en cualquier momento de la atención y aplicarse de forma progresiva a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de los/as pacientes y sus familias hasta el final de la vida, e incluso durante el duelo (**Figura 1**) (39–41).

¹ El origen etimológico del término paliativo proviene del latín “*pallium*” que significa capa o manto, para cubrir o tapar cuando ya no es posible curar, refiriéndose al acto de aliviar.
Allende Pérez SR, Verastegui Avilés E. El ABC en Medicina Paliativa. 1º ed. Medica Panamericana; 2014. 428 p.



Figura 1: Modelo integral de los cuidados paliativos (39,41)



La Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos define los cuidados paliativos como la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los/as pacientes, sus familias y sus cuidadores/as (42,43). Los/as pacientes, la familia o los/as cuidadores/as y la calidad de vida y sus dimensiones son los pilares centrales de los cuidados paliativos y conforman la base para proporcionar una atención integral (**Figura 2**) (44,45).

Figura 2: Pilares centrales de los cuidados paliativos y sus dimensiones (44,45).





Los cuidados paliativos, incluyen prevención, identificación temprana, evaluación integral y manejo de problemas físicos, sufrimiento psicológico, sufrimiento espiritual y necesidades sociales. Éstos, no pretenden acortar ni alargar el proceso de morir, sino afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso natural. Además, persiguen brindar apoyo para aliviar el sufrimiento y promocionar la mejor calidad de vida posible de la persona enferma y los familiares hasta el final, incluso durante el duelo, y son aplicables en todos los ámbitos sanitarios y a todos los niveles (42,43).



3. Los cuidados paliativos y el cáncer

Las personas con cáncer deben hacer frente al gran desafío que supone esta enfermedad y los cuidados paliativos son idóneos para conseguir aliviar aquellos síntomas que producen sufrimiento, ofreciendo apoyo y mejorando el bienestar físico, psicosocial y espiritual de pacientes y familiares (8,46). Este tipo de cuidados son considerados como un componente esencial dentro de la atención sanitaria del cáncer durante el continuo de la enfermedad ya que, mejoran la calidad de vida de las personas enfermas y sus familiares.

Existe gran variabilidad en la literatura en la conceptualización de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer. Hui et al. (47), sugieren que los cuidados paliativos han evolucionado desde una filosofía de cuidados al final de la vida a una disciplina especializada en cuidados de soporte para pacientes con enfermedades que limitan la vida a lo largo del proceso de la enfermedad y, proponen un modelo conceptual en el que los cuidados de hospicio (cuidados al final de la vida) son parte de los cuidados paliativos y, a su vez, éstos se encuentran dentro del concepto de cuidados de soporte. Los cuidados de soporte hacen referencia a los cuidados destinados a la prevención y manejo de los efectos adversos del cáncer y su tratamiento desde fases tempranas de la enfermedad hasta el final de la vida (47,48). Estos cuidados, persiguen objetivos similares a los cuidados paliativos y, a veces, se utilizan estos términos indistintamente. Según la literatura, en muchas ocasiones se utiliza el término cuidados de soporte para aliviar las posibles connotaciones negativas relacionadas con el término cuidados paliativos en oncología y su vinculación a los cuidados al final de la vida (47). Los cuidados paliativos se consideran para etapas más avanzadas del cáncer y los cuidados de hospicio son los cuidados al final de la vida, principalmente durante los últimos 6 meses de vida (49).

Según la Sociedad Americana de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology), los cuidados paliativos deben instaurarse lo antes posible desde el momento del diagnóstico del cáncer en fases avanzadas, durante el tratamiento y después del tratamiento (5). Además, la evidencia científica sugiere que la integración de los cuidados paliativos desde el inicio del curso de una enfermedad avanzada mejora el control de los síntomas, la calidad de vida, la satisfacción de las personas



enfermas y sus familiares e incluso, facilita la planificación anticipada de la atención (3,6).

Por lo tanto, los cuidados paliativos pueden empezar en cualquier momento del continuo de la atención del cáncer hasta el final de la vida, de forma simultánea con el tratamiento oncológico o en las fases finales de la enfermedad, cuándo ya no hay respuesta al tratamiento específico y, el tratamiento es predominantemente paliativo (30). La transición de los cuidados curativos a los cuidados paliativos debe ser de forma gradual, adecuando los cuidados a las necesidades individuales de la persona enferma y de la familia en cada momento (30,50). El objetivo de adecuar la estrategia terapéutica, es proporcionar unos cuidados de calidad centrados en mejorar el control de los síntomas, la satisfacción de la persona y sus familiares, reducir la utilización de servicios sanitarios como visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI), etc. y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos inadecuados o innecesarios (6,51).

En definitiva, la atención paliativa, tiene como finalidad proporcionar unos cuidados adecuados a las circunstancias de la persona enferma y su familia, atendiendo a sus necesidades psicológicas, físicas, espirituales, sociales y emocionales, promocionando el confort y aliviando el sufrimiento (4,30). Desde una perspectiva integral y multidisciplinar, la atención paliativa pretende identificar y dar cobertura a estas necesidades desde el diagnóstico hasta el final de la vida e incluso durante el duelo, a través de distintas estrategias como el apoyo social y espiritual, atención psicológica y el control de los síntomas teniendo en cuenta los valores y preferencias de los/as pacientes con cáncer y sus familiares, con el objetivo de proporcionar confort, maximizar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento.

Cabe destacar, la importancia de la planificación de los cuidados con la persona enferma y la familia. Algunos autores sugieren que la planificación anticipada de la atención mejora la calidad de vida y la satisfacción de los/as pacientes con cáncer y sus familias, e incluso puede tener un efecto positivo en el proceso del duelo (52). Para ello, es importante establecer una relación de cooperación entre el equipo multidisciplinar, la persona enferma y sus cuidadores/as, mediante la comunicación, la



información y la educación, teniendo en cuenta, el conocimiento de la persona y la familia sobre la enfermedad y los cuidados paliativos, los deseos y preferencias en relación a los cuidados y al lugar dónde desean que se desarrollen los cuidados (9,53).

Dada la amplitud de conceptos que incluyen los cuidados paliativos y la variabilidad de términos usados al referirse a las diferentes medidas a utilizar, para facilitar resumir los resultados encontrados en este trabajo se propone una clasificación en 5 abordajes o elementos principales de los cuidados paliativos en base a las diferentes medidas encontradas en la literatura para analizar el uso y acceso a los cuidados paliativos. Esta clasificación surge de una revisión realizada previamente sobre los diferentes abordajes encontrados en la literatura para analizar el acceso y uso de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer (54). Los abordajes o elementos principales, se describen a continuación:

3.1 Cuidados para el control de síntomas

El manejo de los síntomas, derivados de la propia enfermedad o del tratamiento, es uno de los aspectos más importantes en los cuidados paliativos, ya que, supone el alivio del sufrimiento físico, pero también, psicológico, social y espiritual, mejorando la calidad de vida de la persona enferma y su familia (55,56). A lo largo de todo el proceso de la enfermedad, pueden aparecer diferentes síntomas, solos o acompañados, como dolor, fatiga, náuseas y vómitos, depresión, ansiedad, sufrimiento espiritual, angustia, delirium, insomnio, etc. Además, un síntoma mal controlado puede desencadenar la aparición de otros síntomas. El dolor, es uno de los síntomas más comunes entre los/as pacientes con cáncer y es el síntoma que más impacto produce en la calidad de vida de los/as pacientes (56,57). Existen diversos enfoques para el manejo de los síntomas, como medidas no farmacológicas, medidas farmacológicas y el uso de tratamientos oncológicos con intención paliativa (56,58). En la literatura se han identificado el uso de medidas farmacológicas para el control del dolor y otros síntomas (opioides, antidepresivos, antieméticos, ansiolíticos, etc.) o el uso de tratamientos oncológicos con fines paliativos (radioterapia, quimioterapia, cirugía paliativa). La evaluación y el manejo de los síntomas de las personas con cáncer son fundamentales y, mediante el uso de medidas farmacológicas se pueden obtener resultados positivos mejorando el control de síntomas y la calidad de vida de las



personas con cáncer. En ocasiones, es necesario el uso de terapias anti cáncer con intención paliativa para abordar el manejo de los síntomas como por ejemplo el uso de radioterapia para el control de dolor óseo o el uso de quimioterapia para reducir la carga de la enfermedad y mejorar el control de síntomas. Para la indicación de estas terapias se debe tener en cuenta el riesgo-beneficio y deber ser adecuada a las necesidades de la persona enferma. El uso de quimioterapia al final de la vida está relacionado con una mayor agresividad terapéutica y un menor uso de cuidados paliativos (59). Por tanto, dentro de este abordaje se consideran medidas farmacológicas como medicación de soporte y tratamientos oncológicos con finalidad paliativa.

3.2 Adecuación y calidad de los cuidados

La adecuación de la estrategia terapéutica es una parte esencial dentro de los cuidados paliativos pues, es objetivo de los cuidados paliativos, ofrecer unos cuidados de calidad a lo largo de todo el proceso de enfermedad basados en las necesidades de la persona enferma y de sus familiares (51,60). Adecuar la estrategia terapéutica, supone proporcionar unos cuidados que mejoren la calidad de vida de pacientes y familiares y reducir la aplicación de medidas no indicadas o desproporcionadas como el uso de servicios sanitarios inadecuados o innecesarios al final de la vida (51,60). Según Earle y colegas (61,62), la sobreutilización de terapias antineoplásicas agresivas y el mal uso de dispositivos no específicos de cuidados paliativos (visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, estancias en unidades de cuidados intensivos, etc.) reflejan agresividad terapéutica al final de la vida. Una mayor agresividad terapéutica al final de la vida puede suponer una peor adecuación y calidad de la atención, una menor planificación de los cuidados y un menor uso de cuidados paliativos oportunos relacionado con factores sociales, económicos y culturales, la disponibilidad de recursos, el acceso a la información, las creencias y valores respecto a la salud y la enfermedad de los/as pacientes, familiares y profesionales sanitarios que en ocasiones afectan a la toma de decisiones sobre la atención sanitaria. De acuerdo con la literatura, la evaluación de la adecuación y calidad de los cuidados contempla la utilización de servicios sanitarios inadecuados o innecesarios al final de la vida, medidos como agresividad terapéutica al



final de la vida, uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y atención no paliativa.

3.3 Atención paliativa oportuna: ¿cómo, cuándo y dónde?

La atención paliativa es esencial a lo largo de todo el proceso de enfermedad desde el diagnóstico del cáncer hasta el final de la vida, incluso durante el duelo y es aplicable en todos los niveles y ámbitos asistenciales y por profesionales con formación especializada o básica. Dada la heterogeneidad en la organización de los sistemas de salud, la disponibilidad de recursos, la capacitación de los profesionales y las actitudes y creencias en relación a los cuidados paliativos, existen diferentes modelos de provisión y organización de los cuidados paliativos (39,47). Para facilitar el estudio del acceso a la atención paliativa considerada dentro de este abordaje y conforme a la literatura publicada, se ha tenido en cuenta el modelo basado en el nivel de complejidad y el lugar de la atención que divide la atención paliativa en básica o especializada. La atención básica son cuidados de apoyo llevados a cabo por profesionales (atención primaria, oncología y otros profesionales de la salud) con formación básica en cuidados paliativos. Por otro lado, la atención paliativa especializada, es aquella llevada a cabo por profesionales especializados en cuidados paliativos y en diferentes entornos asistenciales como puede ser la atención ambulatoria, atención hospitalaria, unidades de cuidados paliativos especializados, cuidados de hospicio, etc. (38,63).

3.4 Planificación de los cuidados

Para lograr unos cuidados de calidad, es necesario establecer un plan de cuidados teniendo en cuenta las necesidades y las preferencias de la persona enferma y sus familiares. Para ello, se debe planificar la atención en coordinación con el equipo multidisciplinar, los/as pacientes y la familia. Todos ellos, deben tener la oportunidad de adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para participar en la toma de decisiones respecto a los cuidados. Este proceso, supone la planificación anticipada de los cuidados, en la que los/as pacientes, tras consensuar con el equipo sanitario y sus familiares, expresan sus preferencias sobre la atención que desean recibir. Esta información puede quedar reflejada en la historia clínica o a través de documentos como las voluntades anticipadas o instrucciones previas (9,53). La literatura en relación



a la planificación de los cuidados se centra en el conocimiento sobre los cuidados paliativos, las preferencias y el registro de estas preferencias.

3.5 Lugar del fallecimiento

El lugar del fallecimiento es un aspecto importante dentro de los cuidados paliativos, tanto es así, que está considerado como un indicador de cuidados de calidad al final de la vida (64,65). Poder elegir el lugar de fallecimiento, es un factor a tener en cuenta durante el proceso de toma de decisiones y planificación de los cuidados. Según la literatura, la mayoría de pacientes con cáncer prefieren fallecer en el domicilio y, esto puede estar relacionado con recibir cuidados paliativos en domicilio (66,67). En el estudio de Ko et al., 2017 (67), las visitas domiciliarias médicas aumentaron la probabilidad de fallecer en domicilio. El lugar deseable para fallecer es el domicilio pero también aquellos lugares donde se puedan ofrecer unos cuidados adecuados a las necesidades paliativas como por ejemplo, los centros especializados en cuidados paliativos (68,69). Los centros sociosanitarios, son lugares donde también se podrían proveer este tipo de cuidados, pero depende en muchas ocasiones de la disponibilidad de recursos paliativos (formación básica o soporte por equipos especializados) de la que dispone el personal de centro (70,71) y, además el fallecimiento en estos centros no siempre es deseable, accesible y elegible. El fallecimiento en hospital de agudos se suele asociar a una menor adecuación y planificación de los cuidados y a una peor calidad de los cuidados al final de la vida (72). Pero elegir el lugar de fallecimiento y fallecer en el lugar preferido no siempre es posible y puede estar influenciado por diversos factores relacionados con la enfermedad, factores individuales o factores relacionados con el entorno como por ejemplo el lugar de residencia o la disponibilidad de recursos sanitarios (73). Los lugares identificados en la literatura en el que los pacientes con cáncer fallecen son el domicilio, hospital de agudos, centros especializados en cuidados paliativos y centros sociosanitarios.



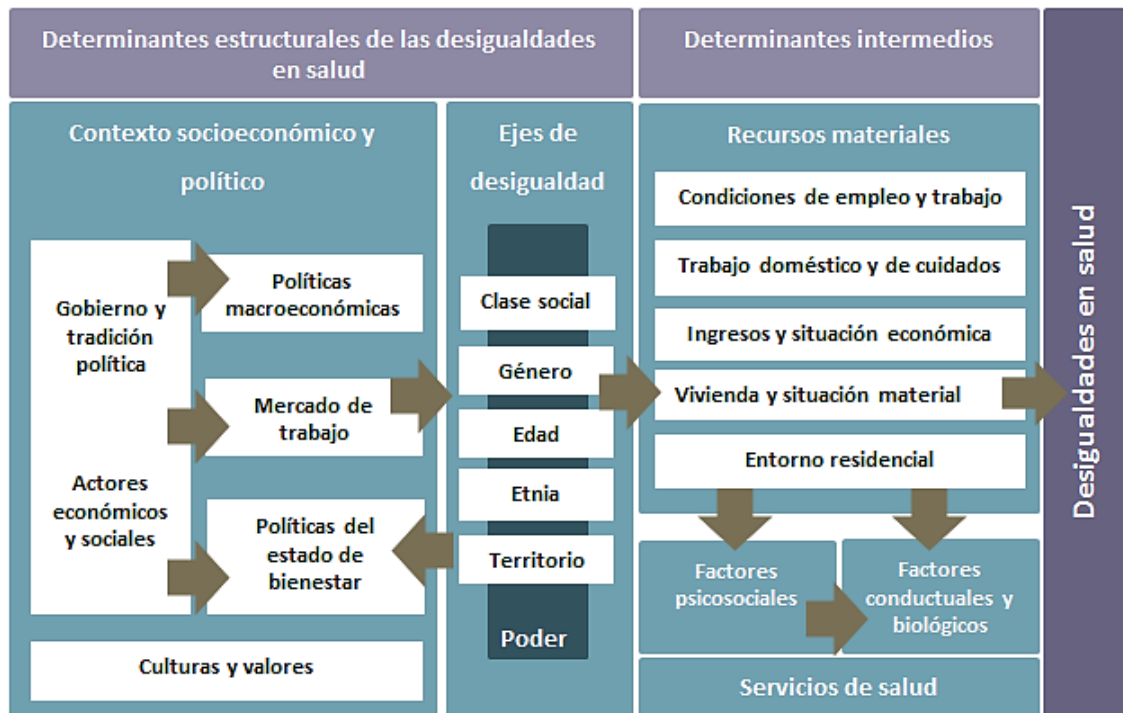
4. Las desigualdades sociales en salud

Como ya se ha descrito en el apartado de introducción, las desigualdades en salud, son las diferencias innecesarias y potencialmente evitables en aspectos de la salud en grupos de población definidos y, éstas, se producen por el impacto que tienen los determinantes sociales en la salud y la enfermedad (17,74). Según la OMS, los determinantes sociales, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Y, tienen que ver con factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, el lugar de residencia (urbana o rural) y las condiciones sociales de la vivienda o del lugar de trabajo. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud, se pueden explicar mediante varios modelos. El modelo utilizado por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010), se compone de los siguientes elementos (**Figura 3**) (19):

- ❖ *Determinantes estructurales:*
 - El contexto socioeconómico y político son factores que afectan a la estratificación social y la distribución de poder y recursos.
 - Los distintos ejes de desigualdad (etnia/raza, sexo, edad, territorio, clase social, nivel socioeconómico) determinan jerarquías de poder que influyen en la exposición a los determinantes intermedios.
- ❖ *Determinantes intermedios:* son circunstancias materiales (vivienda, condiciones empleo, etc.), psicosociales (falta de apoyo social, estrés, etc.), factores conductuales y biológicos (estilos de vida) y, el sistema de salud (menor acceso y calidad de los servicios de salud para los grupos socialmente desfavorecidos) (75).



Figura 3: Modelo de los determinantes sociales de la salud (19)



La diferente distribución de estos determinantes sociales a lo largo de la escala social produce una desigual distribución de las circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud, generando desigualdades sociales en salud y, con ello, dando lugar a un peor estado de salud de los grupos más vulnerables (19,76).

Estas desigualdades pueden estar influenciadas por factores sociodemográficos relacionados con las características individuales de las personas como la edad, el sexo, la etnia, pero también, con el estatus económico y sociocultural y, el lugar de residencia (74,77).

4.1 La edad

La edad es un determinante social de la salud que está tomando gran interés en la actualidad dado el envejecimiento de la población (78). La OMS, denomina a las desigualdades sociales por motivos de edad como “edadismo” y hace referencia a estereotipos, prejuicios y discriminación contra personas o grupos de personas en función de la edad. El término “edadismo” fue introducido por el Robert N. Butler en



1969 para describir la discriminación contra las personas mayores, la vejez y el proceso de envejecimiento (79) .

La discriminación por edad puede suponer una limitación de oportunidades en la atención sanitaria, resultando en un trato diferente de las personas en función de su edad. Esto puede estar relacionado con la diferente complejidad de las necesidades de atención entre unos grupos de edad y otros (80–82). Las personas mayores a pesar de precisar una mayor atención debido a sus necesidades complejas, a menudo encuentran dificultades y enfrentan claras desventajas para poder acceder y recibir la atención que precisan, resultando en una reducción de la calidad de la atención (83,84).

4.2 El sexo o el género

El estudio de las diferencias en la atención sanitaria relacionadas con el sexo o el género, es de vital importancia, ya que ambos pueden generar un gran impacto en la salud (85). Según la literatura, el género, es una construcción psicosocial que se refiere a los roles, comportamientos, expresiones, identidades, actividades y oportunidades consideradas apropiadas para niñas, niños, hombres y mujeres en una sociedad determinada y, el sexo, se refiere al conjunto de características físicas y biológicas definidas genéticamente. Tanto el sexo como el género, son conceptos complejos que están interrelacionados y que tienen gran influencia sobre la salud de las personas, tanto a nivel físico como psicosocial (85,86). El análisis de sexo o de género en salud permiten identificar de qué manera la diferente presentación, identificación y evolución de las enfermedades entre hombres y mujeres y los roles sociales que son atribuidos a hombres y mujeres influyen en los procesos de salud y enfermedad (74,87). En muchas áreas de la atención sanitaria las mujeres experimentan peores resultados en salud y tienen una menor representación en la investigación (87,88).

4.3 La etnia/raza

La etnia o la raza son categorías socialmente construidas que afectan a la salud de las personas, por lo que la pertenencia a una minoría étnica, también es un determinante social de la salud (89). Las desigualdades en la salud relacionadas con la etnia o la raza



se deben al racismo interpersonal, estructural e institucional que influye en las oportunidades de las minorías étnicas en el acceso a la atención sanitaria (90,91). Los grupos minoritarios experimentan mayores tasas de enfermedad y muerte en una amplia gama de condiciones de salud (90). Estas desigualdades están relacionadas con la existencia de potenciales barreras de acceso como pueden ser la falta de sensibilidad cultural y religiosa en la prestación de los servicios, discriminación racial, barreras lingüísticas, diferentes valores culturales respecto a la enfermedad y al proceso de morir, etc. (80).

4.4 El nivel socioeconómico

El estatus o nivel socioeconómico generalmente viene definido por el nivel de ingresos, el nivel de estudios y la ocupación y está íntimamente relacionado con la salud ya que, la posición socioeconómica influye en la forma en la que las personas viven y enferman, generando desigualdades en salud (92). Las personas con nivel socioeconómico bajo experimentan una peor calidad y accesibilidad a la atención sanitaria y, por tanto, obtienen peores resultados en salud (93,94). Estas personas a causa de estas desigualdades presentan un mayor riesgo de enfermedad y muerte que las personas con niveles socioeconómicos más altos (95). La salud y la enfermedad siguen un gradiente social en el que cuanto más baja es la posición socioeconómica peor es la salud (95).

4.5 Territorio: accesibilidad geográfica

Las desigualdades geográficas en salud son aquellas desigualdades relacionadas con el entorno geográfico, la localización geográfica y el lugar o zona geográfica de residencia que influyen en la salud y en el acceso a la atención sanitaria (15,96). Estas desigualdades territoriales en la accesibilidad hacen referencia a las posibilidades y oportunidades de las personas para acceder a los servicios de salud en función de las características geográficas del lugar de residencia (rural o urbano) y a la disponibilidad de los servicios sanitarios (15,96). La presencia de un servicio o recurso en el lugar de residencia, la posibilidad de desplazarse hasta un servicio y el lugar de residencia (urbano o rural) pueden determinar los resultados en salud (15,97). Las poblaciones rurales y remotas enfrentan desafíos únicos debido a sus características y, a menudo, obtienen peores resultados de salud. Estas poblaciones encuentran barreras para



acceder a la atención sanitaria debido a la distribución geográfica, a la infraestructura limitada y a los coste más altos que supone brindar atención a sanitaria en zonas rurales (98).



5. Las desigualdades sociales en la atención sanitaria del cáncer

La desigualdad social en la atención del cáncer se refiere a las diferencias entre grupos sociales en la exposición a factores de riesgo, en la probabilidad de desarrollar cáncer, en el acceso a la atención sanitaria, en la supervivencia, etc. Estas desigualdades, implican disparidades en el acceso a la prevención, a la detección precoz, al tratamiento y al seguimiento e incluso al acceso a los cuidados paliativos de los/as pacientes con cáncer (12,13).

De acuerdo con Penchansky & Thomas, 1981 (99), el acceso a la atención sanitaria viene determinada por al menos las siguientes dimensiones: disponibilidad, asequibilidad, aceptabilidad, accesibilidad geográfica y acomodación. La presencia de desigualdades sociales en alguna de estas dimensiones se ven reflejadas en la desigual incidencia, prevalencia, mortalidad y carga del cáncer entre grupos de población. Existe una distribución desigual de la incidencia y mortalidad por cáncer entre países de ingresos altos y bajos, áreas geográficas y grupos raciales/étnicos que indica la presencia de desigualdades sociales (31). Los grupos de población socialmente desfavorecidos definidos por sus características demográficas y socioeconómicas, especialmente aquellos que viven en países de ingresos bajos y medios, experimentan peores resultados en salud que se traduce en una mayor proporción de pacientes diagnosticados/as con cáncer en fases avanzadas, un peor acceso a tratamientos eficaces y asequibles, y menores tasas de supervivencia (100).

Los principales determinantes de estas disparidades son las diferencias en la exposición a los factores de riesgo y en el acceso a la atención sanitaria produciendo que grupos de población más vulnerables experimenten una mayor carga de cáncer. La disponibilidad y la accesibilidad a la asistencia sanitaria del cáncer, como el diagnóstico precoz, el tratamiento y seguimiento y, los cuidados paliativos, influyen la supervivencia y en la calidad de vida de las personas con cáncer y sus familiares (12,13).

En España, un informe elaborado por Asociación Española Contra el Cáncer, revela que los determinantes sociales de la salud influyen en la atención sanitaria del cáncer de la población española. El lugar de residencia, determina la exposición a factores de



riesgo, el acceso a la detección precoz y a la atención paliativa. Entre Comunidades Autónomas (CCAA) existen diferencias en la regulación del consumo de tabaco y, 6 CCAA, no cuentan con iniciativas sobre espacios sin humos. También, según este informe, 7 CCAA, no han conseguido que toda su población de riesgo tenga acceso a un programa de cribado de cáncer colorrectal. Además, la presencia de recursos especializados en paliativos difiere entre CCAA. La tasa recomendada por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos sobre el número óptimo de recursos especializados de cuidados paliativos para una atención adecuada es de 2 por cada 100.00 habitantes y, algunas CCAA como la Rioja o Canarias, se encuentran muy por debajo de la media con 0,32 y 0,40 por cada 100.000 habitantes respectivamente.

También, el nivel socioeconómico y el sexo interfieren en la atención sanitaria, determinando la exposición a factores de riesgo y afectando a los grupos de población más vulnerables. Tanto el consumo de tabaco como la exposición al humo del tabaco son entre 2 y 3 veces mayor en personas de estratos sociales inferiores comparado con personas de clase alta. Además, las personas en situación de vulnerabilidad laboral y de ingresos bajos y las mujeres tienen más dificultades para hacer frente a la carga del cáncer. Para las personas en situación de vulnerabilidad laboral (paro, autónomos o ingresos inferiores al Salario Mínimo Interprofesional) y para las mujeres los costes del cáncer podrían ser inasumibles, además el 25,7% de las mujeres (más del doble que los hombres) tienen ingresos inferiores al Salario Mínimo Interprofesional (101).



6. La situación de los cuidados paliativos en España

Los cuidados paliativos forman parte de las prestaciones sanitarias básicas del Sistema Nacional de Salud y se enmarcan dentro de la siguiente legislación española (102):

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización

La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud es la que establece el marco y las recomendaciones a partir de las cuales las Comunidades Autónomas elaboran sus propios planes y programas de cuidados paliativos. Esta estrategia trabaja en la mejora de la calidad de la atención prestada a las personas en situación avanzada y terminal y a sus familiares, promoviendo la respuesta integral e integrada, multidisciplinar, equitativa y universal del sistema sanitario a sus necesidades y respetando su autonomía y valores (102).



OBJETIVOS

1. Objetivo general

Analizar la evidencia disponible sobre las desigualdades sociales por edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio en el acceso y utilización de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer.

2. Objetivos específicos

- Identificar los estudios que evalúan las desigualdades sociales por edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio en el acceso y utilización de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos.
- Describir las características de los estudios identificados (título, autor, año de publicación, país de estudio, diseño del estudio, número de participantes, población a estudio, tipo de cáncer, instrumento recogida información, eje de desigualdad y calidad metodológica).
- Clasificar y analizar los estudios según el tipo de abordaje de cuidados paliativos contemplado en las variables de resultado y agrupándolos en las 5 categorías: a) cuidados para el control de síntomas, b) adecuación y calidad de los cuidados, c) atención paliativa, d) planificación de los cuidados y e) lugar de fallecimiento.
- Analizar las desigualdades sociales por edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio según el abordaje relacionado con el acceso y utilización de los cuidados paliativos en cáncer.



METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos planteados en este trabajo de investigación, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica (RSL) sobre desigualdades sociales por edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio en el acceso y uso de los cuidados paliativos de pacientes con cáncer.

Existen ciertos ambitos del conocimiento que no se pueden abordar mediante la investigación aleatoria, pues este tipo de investigación no siempre es factible y son necesarios otros métodos para responder a las preguntas de investigación (103,104). Para el estudio de las desigualdades sociales en salud, la investigación observacional es idónea ya que, permite identificar el efecto de los determinantes sociales en el acceso a la atención sanitaria, en este caso a los cuidados paliativos, sobre grupos de población más amplios obteniendo unos resultados más precisos y generalizables al resto de la población (103,105,106).

En esta RSL, se ha revisado toda la literatura relevante sobre los cuidados paliativos en pacientes adultos con cáncer y las desigualdades sociales en relación al acceso y utilización de este tipo de cuidados y, para ello, se han seguido las recomendaciones propuestas por la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Esta declaración, es una guía diseñada para abordar los problemas en la publicación de revisiones sistemáticas y consiste en una lista de verificación con 27 ítems recomendados, dirigida a los autores, para elaborar informes de forma transparente y precisa (107–109). La lista de verificación se muestra en **Anexo 1**.

En los siguientes apartados, se describe el método utilizado para realizar esta RSL, desde las fuentes de información utilizadas y la búsqueda hasta la síntesis de los datos, siguiendo las recomendaciones comentadas anteriormente.



1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para realizar la búsqueda bibliográfica, se han consultado las bases de datos PubMed, Embase y CINAHL mediante la combinación de términos MeSH (*medical subject headings*) y de palabras clave de los títulos y los resúmenes y, después, ésta ha sido adaptada para las demás bases de datos. Los principales componentes de la estrategia de búsqueda, han sido términos relacionados con cáncer, cuidados paliativos, y los diferentes ejes de desigualdad (edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio). La estrategia de búsqueda se muestra en el **Anexo 2**.

Todas las búsquedas han sido llevadas a cabo hasta noviembre del 2022 y, éstas, no han sido restringidas por idioma de publicación ni tampoco por fecha de publicación y sin límite inferior de tiempo.

Por último, la gestión de las referencias encontradas tras la búsqueda bibliográfica, se ha realizado a través del programa Rayyan. Este programa es una herramienta que permite la gestión de las referencias y, de este modo, se han podido detectar y eliminar las referencias que aparecen de forma duplicada e identificar las referencias de interés siguiendo un proceso de selección en base a los criterios de elegibilidad que se describen en el apartado siguiente (2. Selección de los estudios).



2. Selección de los estudios

Los criterios que se han aplicado para la selección de los estudios se describen a continuación:

2.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Estudios dirigidos a pacientes adultos (≥ 18 años) con cáncer. Todos los tipos de cáncer.
- Estudios cuyas **variables de resultado** midan el acceso o la utilización de los cuidados paliativos. Para facilitar la comprensión y síntesis de los resultados, se ha seguido la clasificación mencionada anteriormente. Esta clasificación surge de una revisión realizada previamente sobre los diferentes abordajes encontrados en la literatura para analizar el acceso y uso de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer (54):
 - **Cuidados para el control de síntomas:** medidas farmacológicas y/o tratamientos oncológicos con fines paliativos.
 - **Adecuación y calidad de los cuidados:** utilización de servicios sanitarios al final de la vida (sobreutilización de terapias antineoplásicas agresivas o mal uso de procedimientos o dispositivos no específicos de cuidados paliativos).
 - **Atención paliativa:** básica (cuidados de apoyo) o especializada (cuidados al final de la vida, programas de cuidados paliativos, programas de cuidados paliativos, unidades de cuidados paliativos especializados, etc.).
 - **Planificación de los cuidados:** conocimiento sobre cuidados paliativos, preferencias y registro (historia clínica, instrucciones previas/voluntades anticipadas).
 - **Lugar de fallecimiento:** domicilio, centros especializados en cuidados paliativos, hospital de agudos y centros sociosanitarios.
- Estudios originales que sigan un diseño transversal, de cohortes o casos y controles.
- Todos los ejes de desigualdad: edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico (ocupación, nivel de ingresos y nivel educativo) y territorio.



Criterios de exclusión

Por lo tanto, quedan excluidos aquellos estudios que no cumplan con los siguientes criterios:

- Estudios no dirigidos exclusivamente a pacientes adultos con cáncer.
- Estudios cuyo objetivo principal no es analizar el acceso y uso de los cuidados paliativos.
- Estudios no originales que no sigan un diseño transversal, de cohortes o casos y controles.
- Estudios cuyo objetivo no es analizar las desigualdades sociales por edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio.

2.2 Proceso de selección

Tras la búsqueda bibliográfica, se ha realizado la selección de los estudios siguiendo el proceso propuesto por la guía PRISMA (107–109). Todo el proceso de selección ha sido realizado por la autora de la tesis y ha sido revisado por las directoras de la tesis (IRP y VEA).

En primer lugar, se han detectado y eliminado las referencias que se encuentran duplicadas. Una vez retiradas las referencias duplicadas, se ha procedido a la selección de los estudios.

Revisión de los títulos:

Primero, se ha realizado la revisión de los títulos de las referencias obtenidas tras la búsqueda bibliográfica. Mediante la información que aporta el título, se han podido identificar las referencias de interés y, excluir aquellas que no cumplen con los criterios de inclusión.

Revisión de los resúmenes:

A continuación, con las referencias seleccionadas en el proceso anterior, se ha realizado la revisión del resumen. Los estudios que han generado dudas, se han revisado a texto completo.



Revisión a texto completo:

Finalmente, los estudios que han sido seleccionados en la fase anterior, se han recuperado a texto completo y, se han analizado de forma detallada para determinar si finalmente cumplen con los criterios de selección.



3. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios

Una vez seleccionados los estudios que son aptos para la revisión y que cumplen los criterios de selección, se ha evaluado el riesgo de sesgo de éstos, mediante la escala Newcastle-Ottawa (NOS) (110). Esta escala, evalúa la calidad metodológica de estudios observacionales (estudios de casos y controles o cohortes) analizando ocho ítems clasificados en tres grupos: la selección de los grupos de estudio (puntuación máxima 4 estrellas), la comparabilidad de los grupos (máximo 2 estrellas) y la determinación de la exposición o el resultado de interés (máximo 3 estrellas). En el caso de los estudios de cohortes, en el ítem “¿el seguimiento es suficiente para que se produzcan los resultados?” se ha establecido otorgar una estrella a aquellos estudios que realizan un seguimiento durante al menos 3 meses antes del fallecimiento. Se ha considerado este límite de tiempo puesto que para obtener todos los beneficios de los cuidados paliativos, estos deben ser proveídos de forma continuada durante al menos 3-4 meses antes de fallecer (111).

Para la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios transversales, se ha utilizado una adaptación de la escala NOS descrita previamente en otros estudios (112). En este caso, la escala cuenta con 7 ítems clasificados también en tres grupos: la selección de los grupos de estudio (puntuación máxima 5 estrellas), la comparabilidad de los grupos (máximo 2 estrellas) y el resultado de interés (máximo 3 estrellas). Las escalas utilizadas se muestran en el **Anexo 3**.

Los estudios se han clasificado en 3 grupos en función de la puntuación obtenida tras el análisis: calidad metodológica alta (7-10 estrellas), calidad metodológica moderada (4-7 estrellas) y calidad metodológica baja (<4 estrellas).

La evaluación del riesgo de sesgo, ha sido llevada a cabo, de forma independiente, por la autora de la tesis y por una de las directoras de la tesis (VEA). Cualquier desacuerdo en los resultados obtenidos, se ha consultado con la otra directora de la tesis (IRP).



4. Extracción de los datos

Para la extracción de los datos de los diferentes estudios, se ha creado una base de datos en Excel, en la que se han registrado las características de los estudios finalmente seleccionados. En esta base de datos, por un lado, se ha recogido toda la información relacionada con las características bibliográficas de los estudios (título, autor, año de publicación, etc.). Por otro lado, se ha recogido la información relativa al país de estudio, al diseño del estudio, al número de participantes, a la población objetivo, al tipo de cáncer y al instrumento de recogida de la información de los estudios incluidos. También, se han registrado las variables examinadas relacionadas con los ejes de desigualdad presentes y con los diferentes abordajes para evaluar el acceso y uso de los cuidados paliativos. Finalmente, se han registrado en la base de datos, los resultados hallados en los estudios y los resultados de la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios.



5. Síntesis y análisis de los datos

Dada la heterogeneidad de los resultados de los estudios incluidos, no se ha considerado realizar meta-análisis. Por lo que, los resultados se han sintetizado y analizado de forma cualitativa y se han clasificado según los ejes de desigualdad y las variables de resultado estudiadas relacionadas con los diferentes abordajes encontrados en la literatura para analizar el acceso y uso de cuidados paliativos.

El análisis cualitativo, incluye una descripción detallada de las características de los estudios y de los ejes de desigualdad examinados, una clasificación de los estudios en los diferentes abordajes contemplados y el análisis de las desigualdades, teniendo en cuenta los hallazgos de los estudios. Se ha establecido el nivel de significación como $p < 0.05$ y se presenta mediante IC o valor de p.

La descripción y clasificación de los estudios se ha realizado en función de los cuidados paliativos definidos en las variables de resultado y agrupándolos según características comunes en los 5 abordajes: a) cuidados para el control de síntomas, b) adecuación y calidad de los cuidados, c) atención paliativa, d) planificación de los cuidados y e) lugar de fallecimiento (54) y, el análisis de las desigualdades, se ha realizado según el eje de desigualdad: edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio. Se han tenido en cuenta y se han analizado, todos los ejes de desigualdad presentes en los estudios aunque no sean el objetivo principal del estudio. Es decir, se han recogido y analizado los resultados de aquellos estudios que examinan alguno de los 5 ejes de desigualdad contemplados, además del eje de desigualdad principal. Además, dado que en algunos estudios se han examinado diversas variables de resultado pertenecientes a distintos abordajes, los resultados de estos estudios se muestran en cada abordaje. En último lugar, se ha realizado una tabla indicando el eje de desigualdad y el tipo de abordaje en cada estudio y, también, una tabla por cada eje de desigualdad para facilitar la síntesis y la comprensión de los resultados.



RESULTADOS

A continuación, se procede a mostrar los resultados de esta revisión sistemática que están presentados en 4 apartados. En primer lugar, se describe el resultado tras el proceso de selección e identificación de los estudios relevantes que finalmente cumplen con los criterios de elegibilidad y son aptos para la revisión. En segundo lugar, se procede a describir las características de los estudios finalmente seleccionados. A continuación, se presentan los resultados de la clasificación y análisis de los estudios finalmente incluidos según los diferentes abordajes de los cuidados paliativos. Finalmente, se describen los resultados relacionados con la revisión de las desigualdades sociales en el acceso y uso de los cuidados paliativos en función de los ejes de desigualdad contemplados y, se presenta el análisis de las desigualdades en base a los hallazgos de los estudios.



1. Identificación de los estudios

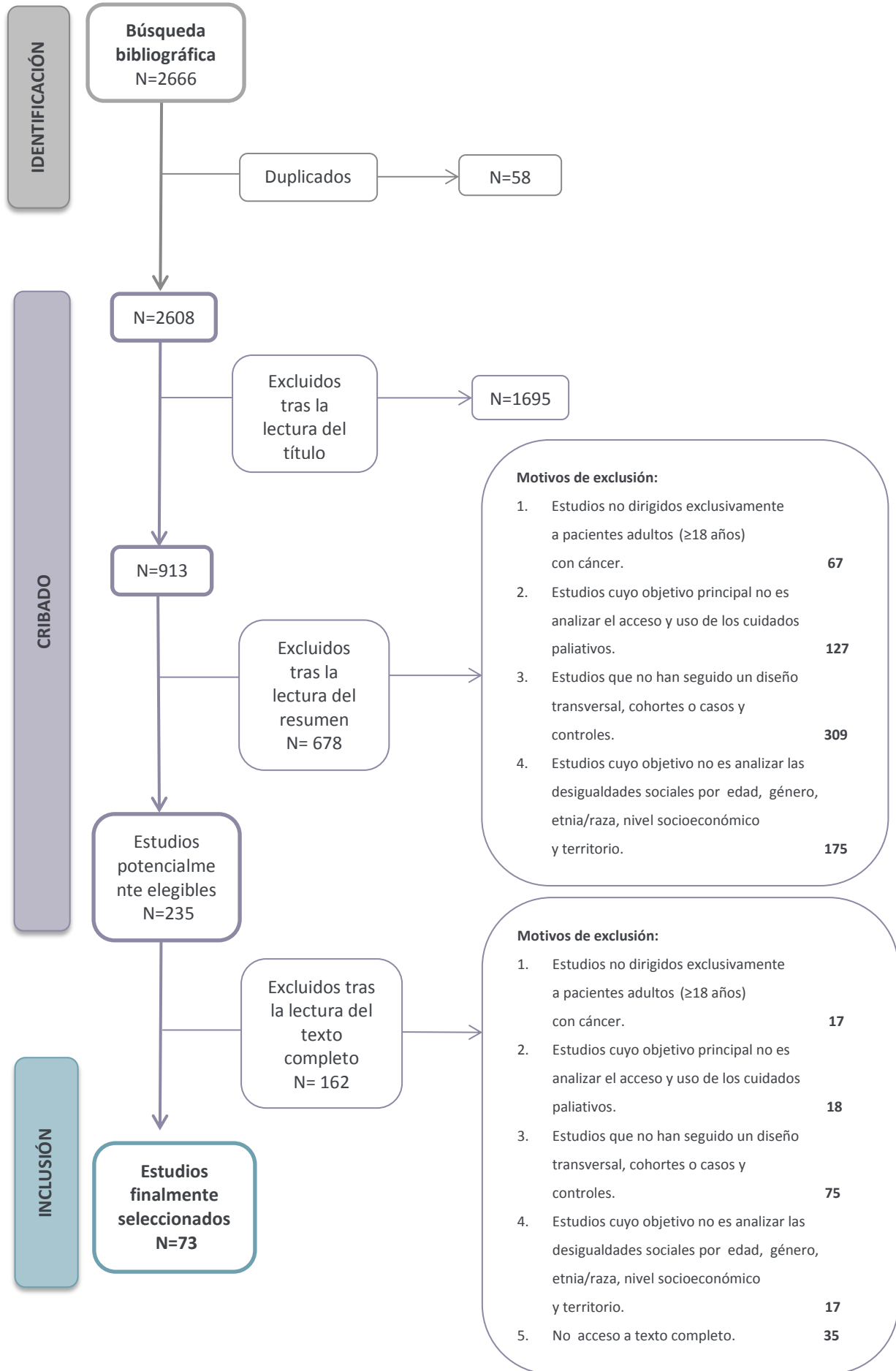
Tras la búsqueda bibliográfica, se han identificado **2.666 referencias**. De éstas, 58 han sido excluidas por estar duplicadas quedando 2.608. A continuación, se ha realizado la selección de los estudios mediante la lectura del título, en esta fase se han excluido 1.695. De las 913 referencias restantes, se ha realizado la revisión de los resúmenes, pasando a la siguiente fase 235. Los estudios excluidos en esta fase han sido 678 y los motivos de exclusión aparecen en la **Figura 4**. De los 235 estudios restantes, se ha recuperado el texto completo para determinar de forma más detallada si cumplían con los criterios de selección. En esta fase fueron excluidos 162 estudios y los motivos de exclusión se muestran a continuación y en la **Figura 4**.

- Estudios no dirigidos exclusivamente a pacientes adultos (≥ 18 años) con cáncer: **17 referencias**.
- Estudios cuyo objetivo principal no es analizar el acceso y uso de los cuidados paliativos: **18 referencias**.
- Estudios que no sean originales y no sigan un diseño transversal, de cohortes o casos y controles: **75 referencias**.
- Estudios cuyo objetivo no es analizar las desigualdades sociales por edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio: **17 referencias**.
- Estudios en los que no ha sido posible acceder al texto completo: **35 referencias**.

Finalmente, han sido seleccionados 73 estudios que cumplen con los criterios de selección y son aptos para la revisión (113–185).



Figura 4: Diagrama de flujo PRISMA





2. Descripción de las características de los estudios

En este apartado, se procede a describir las características bibliográficas de los 73 estudios y, también, las características relacionadas con el país de estudio, el diseño del estudio, el tipo de cáncer y el instrumento de recogida de la información utilizado en los estudios. Además, se identifican los diferentes ejes de desigualdad examinados y se presentan los resultados de la evaluación de la calidad metodológica.

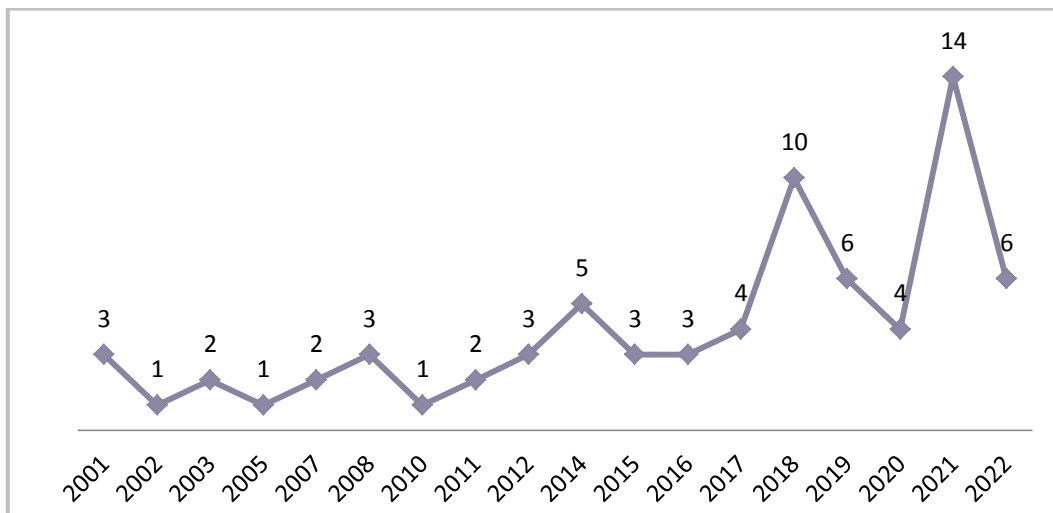
2.1 Características bibliográficas

Las características bibliográficas, se muestran en el **Anexo 4.1**.

2.2 Evolución temporal de las publicaciones

Los estudios, han sido publicados entre los años 2001 y 2022, siendo 2021 el año con mayor número de publicaciones (14 publicaciones) (19,2%) (157,159,162,163,165,167,168,170,173,175–177,179,181), le sigue el año 2018 con 10 publicaciones (114–116,127,128,142,144,148,154,184) y, el año 2022 (160,166,171,172,174,178) y 2019 (120,133,141,143,145,153), con 6 publicaciones respectivamente. La evolución temporal de las publicaciones ha sido progresiva pues, desde el año 2001 hasta el 2022, se han producido publicaciones, exceptuando los años 2004, 2006, 2009 y 2013 (**Gráfico 3**) (**Anexo 4.2**).

Gráfico 3: Evolución temporal de las publicaciones





2.3 Países en los que se han publicado los estudios

De los 73 estudios finalmente seleccionados, la mayoría han sido realizados en Estados Unidos (40 publicaciones), seguido de Canadá con 8 publicaciones (117,122,125,126,132,134,136,147) y, Reino Unido (115,119,129,185), Suecia (138,148,160,174) y Taiwán (121,150,158,182) con 4 publicaciones respectivamente. El resto de los estudios, han sido realizados en Australia, Alemania, Dinamarca, China, Italia, Noruega, Puerto Rico y España (**Gráfico 4**) (**Anexo 4.2**).

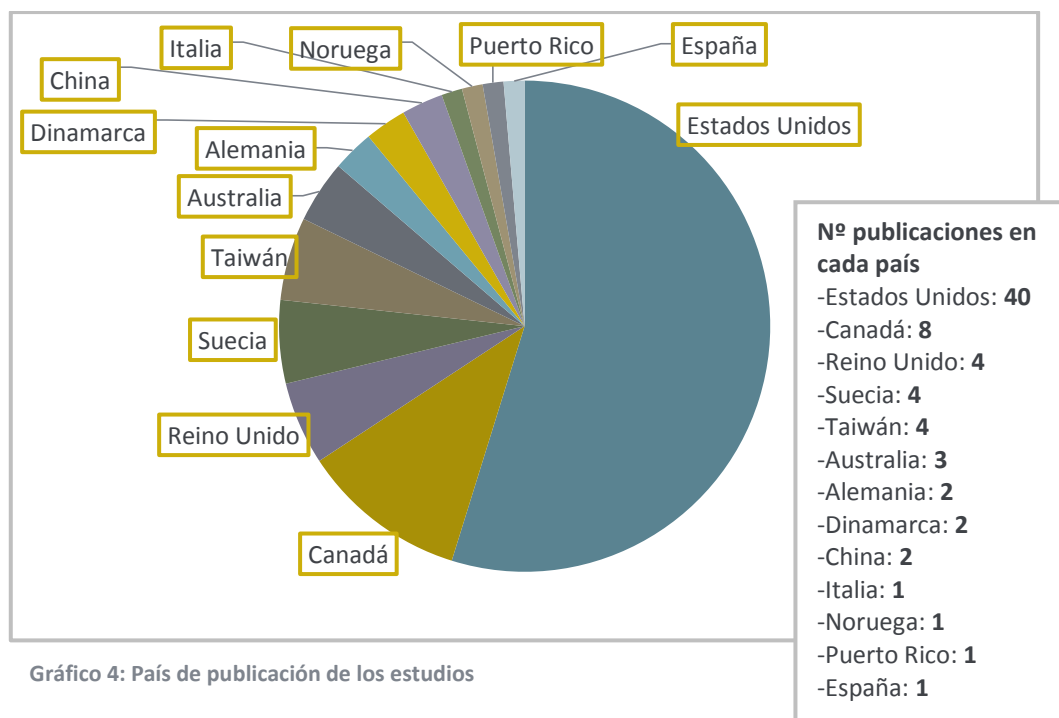


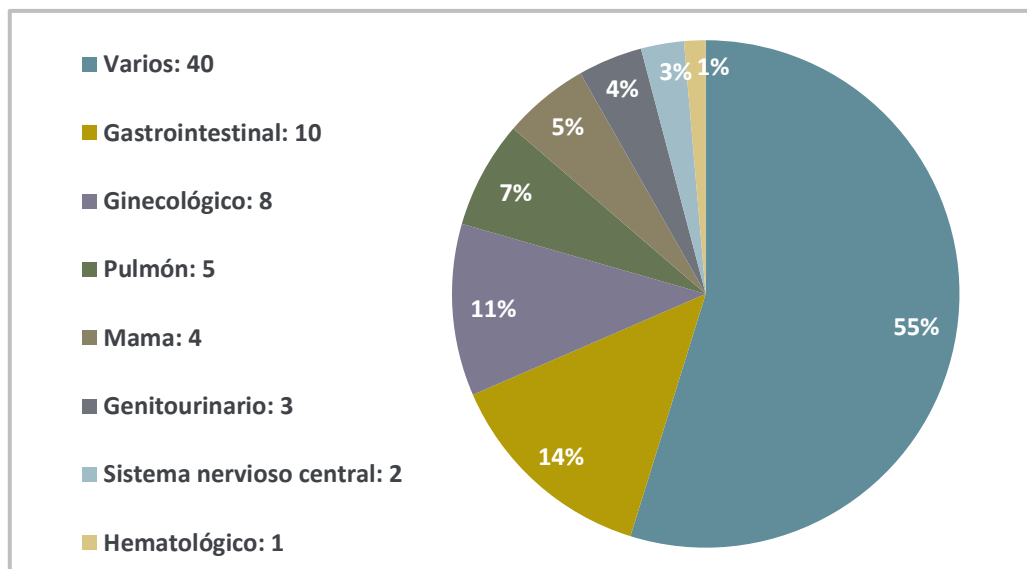
Gráfico 4: País de publicación de los estudios

2.4 Tipo de cáncer

Cuarenta estudios analizan varios tipos de cáncer conjuntamente y en ocasiones sin identificar cuáles. De los 33 estudios restantes, 10 estudios se han centrado en cáncer gastrointestinal (116,120,134,139,155,157,159,166,171,184), 8 estudios en cáncer ginecológico (142,151–153,168,170,175,176), 5 estudios en cáncer de pulmón (127,135,154,161,167), 4 estudios en cáncer de mama (131,141,169,180), 3 estudios en cáncer genitourinario (113,162,165), 2 en cáncer del sistema nervioso central (172,174) y 1 estudio en cáncer hematológico (128) (**Gráfico 5**) (**Anexo 4.2**).



Gráfico 5: Tipo de cáncer



2.5 Diseños epidemiológicos de los estudios

Cincuenta y dos estudios han seguido un diseño de cohortes (51 retrospectivos y uno prospectivo) (149) y, los 21 restantes, han utilizado un diseño transversal (118,119,123,124,129,133,135,137–140,144,145,148,155,160,163,165,167,179,183).

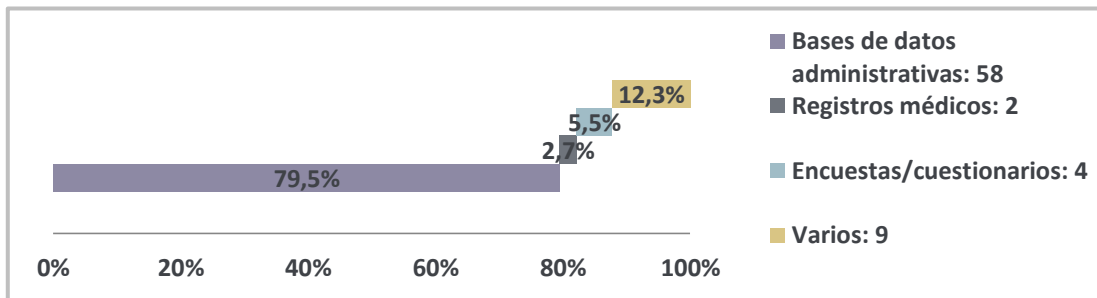
No se ha identificado ningún estudio de casos y controles (**Anexo 4.2**).

2.6 Instrumento utilizado para la recogida de la información en los estudios incluidos

Gran parte de los estudios incluidos (58 estudios), han recogido la información para analizar el acceso y uso de los cuidados paliativos a partir de registros y bases de datos administrativas como, por ejemplo, registros nacionales de cáncer, registros sanitarios, etc. En el resto de estudios, la información ha sido extraída de registros médicos (2 estudios) (146,151), a través de encuestas/cuestionarios (4 estudios) (118,144,145,148) o mediante la combinación de alguno de los anteriores (9 estudios) (115,116,128–130,149,164,167,179) (**Gráfico 6**) (**Anexo 4.2**).



Gráfico 6: Instrumento de recogida de la información



2.7 Ejes de desigualdad examinados

Respecto a los ejes de desigualdad estudiados, 45 artículos han analizado las desigualdades sociales en el acceso a los cuidados paliativos según la edad (114–116,119,120,122–126,130–132,134–138,140,142–145,147,148,150,155–157,159,160,162–166,171,173–175,177,178,181,182,184), 44 estudios según el sexo (114–116,119,120,123,125,126,129,130,132–140,143–148,155,157,160,163–167,171–174,177–179,181–184), 40 estudios según la etnia/raza (113,118,120,123,127–131,135,139,141–143,145,146,151–153,155,159,161–165,168,169,171–173,175–177,179–181,184,185), 39 estudios según el nivel socioeconómico (114,116,120–123,125,126,130,131,133–139,142–145,147,148,155,158–160,162–164,166,170,171,174,175,179,182–184) y 22 estudios según el territorio (114,116,117,119,122–124,126,131,132,134–136,138,140,147,154,155,164,166,170,184) (Tabla 1).

Tabla 1: Ejes de desigualdad examinados en los estudios incluidos

Eje de desigualdad*	N= 73	%
Edad	45	61,6
Sexo	44	60,3
Etnia/raza	40	54,8
Nivel socioeconómico	39	53,4
Territorio	22	30,1

* La suma puede ser superior al número total de estudios incluidos (73), dado que el sistema de clasificación está basado en categorías no excluyentes.

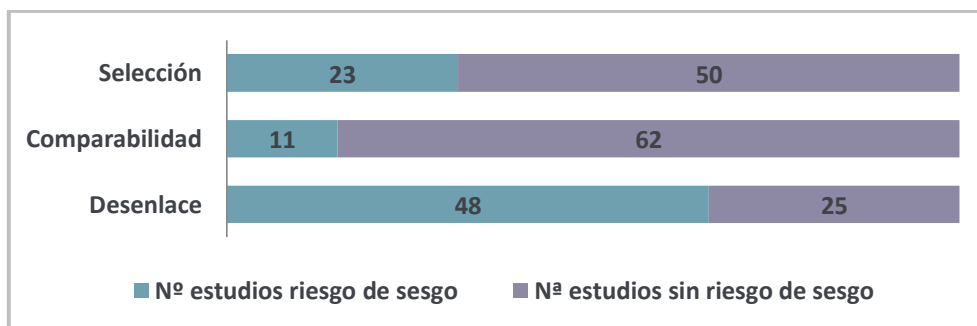


2.8 Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Tras el análisis de la calidad metodológica de los estudios incluidos, mediante la escala NOS, el 83,6% de los estudios han obtenido una calidad metodológica alta con un riesgo de sesgo bajo y, el 16,4% de los estudios, han obtenido una calidad metodológica moderada (117–119,129,131,135,140,144–146,149,179). Ninguno de los estudios incluidos, ha obtenido una calidad metodológica baja (**Anexo 4.2**).

El sesgo que con más frecuencia se ha observado tras la valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos, es el relacionado con la determinación del resultado de interés (48 estudios) y el sesgo de selección (23 estudios) (**Gráfico 7**) (**Anexo 4.3**).

Gráfico 7: Sesgo de los estudios incluidos





3. Clasificación y análisis de los estudios según el tipo de abordaje de los cuidados paliativos

De los 73 estudios, 16 han analizado el acceso a los cuidados para el control de síntomas (114,116,117,122,126,132,141,154,156,159,162,168–170,180,184), 20 estudios han analizado la adecuación y calidad de los cuidados (uso de servicios sanitarios la final de la vida) y 34 estudios se han centrado en evaluar el uso u acceso a la atención paliativa (115,120,124,125,127,130,131,134,135,139,142,143,146–148,150–155,157,160,161,165,166,171–176,180,182). Además, 9 estudios de los 73 estudios finalmente seleccionados, han evaluado el acceso la planificación de los cuidados (118,128,129,144,145,149,151,167,179) y, 26 estudios, han analizado el lugar de fallecimiento (119,121,123,125,127,128,130,133,134,136–138,140,150,152,154,158,160,164,166,174,176,180,181,183,185).

En la **Tabla 2**, se muestran el número total de estudios clasificados en cada tipo de abordaje de los cuidados paliativos y las variables de resultado examinadas agrupadas según características comunes:



Tabla 2: Abordajes para analizar el acceso y uso de los cuidados paliativos de los estudios incluidos

Tipo abordaje CP*	VARIABLES DE RESULTADO	N=73	%
Control de síntomas		16	21,9
	Medicación de soporte	4	5,5
	Consulta y/o tratamiento oncológico con finalidad paliativa	12	16,4
Adecuación y calidad cuidados		20	27,4
	Utilización de servicios sanitarios al final de la vida		
	Agresividad terapéutica al FDV	20	27,4
	Procedimientos diagnósticos y atención ambulatoria	2	2,7
Atención paliativa		34	46,6
	Atención básica	4	5,5
	Atención especializada	33	5,5
	Unidades de CP especializados	4	5,5
	Atención hospitalaria	11	15,1
	Cuidados al FDV	15	20,5
	Programas de CP	2	2,7
	Ambulatoria	1	1,4
Planificación cuidados		9	12,3
	Conocimiento sobre CP	1	1,4
	Preferencias en los CP	3	4,1
	Cumplimentación de instrucciones previas	5	6,8
Lugar de fallecimiento		26	35,6
	Hospital de agudos	14	19,2
	Domicilio	1	1,4
	Centro especializado en CP	1	1,4
	Varios lugares	10	13,7

*La suma puede ser superior al número total de estudios incluidos (73), dado que el sistema de clasificación está basado en categorías no excluyentes.

CP: cuidados paliativos; FDV: final de vida

En el **Anexo 5**, se muestran los resultados de la clasificación de los estudios finalmente incluidos según el tipo de abordaje de cuidados paliativos y las variables de resultado examinadas y agrupadas según características comunes. En el **Anexo 6**, se muestran los tipos de abordajes identificados en cada uno de los estudios finalmente seleccionados y, en el **Anexo 7**, se muestran éstos de forma más detallada.



3.1 Cuidados para el control de síntomas

De los 16 estudios que evalúan el acceso a los cuidados para el control de los síntomas, 4 analizan el uso de medidas para el manejo del dolor y otros síntomas como medicación de soporte (opioides para el dolor, antieméticos, psicotrópicos antidepresivos o ansiolíticos) (141,154,169,180) y, 12 estudios, analizan el uso u acceso a consulta y/o tratamiento oncológico específico con fin paliativo (radioterapia, quimioterapia o cirugía paliativa) para el control de los síntomas (114,116,117,122,126,132,156,159,162,168,170,184).

3.2 Adecuación y calidad de los cuidados

Veinte estudios evalúan la utilización de servicios sanitarios al final de la vida como procedimientos diagnósticos, la atención ambulatoria y la agresividad terapéutica al final de la vida, es decir, la sobreutilización de terapias antineoplásicas agresivas o mal uso de procedimientos o dispositivos no específicos de cuidados paliativos (visitas a urgencias, hospitalizaciones, ingreso en unidades de cuidados intensivos, etc.). Estos estudios, evalúan y aportan evidencia sobre la adecuación y la calidad de los cuidados de forma indirecta, pues una mayor utilización de servicios sanitarios inadecuados o innecesarios y una mayor agresividad terapéutica al final de la vida sugieren una peor adecuación y calidad de la atención.

3.3 Atención paliativa

Treinta y cuatro estudios evalúan el acceso a la atención paliativa en diferentes niveles y ámbitos asistenciales. Cuatro estudios analizan el acceso a la atención paliativa básica (p. ej., atención en domicilio, apoyo social o seguimiento telefónico) (115,125,148,172) y, treinta y tres estudios, a la atención paliativa especializada. Entre estos 33 estudios, 4 estudios evalúan el acceso a unidades de cuidados paliativos especializados (157,160,166,174), 15 estudios analizan el acceso a los cuidados al final de la vida (cuidados de hospicio) (124,127,130,131,135,150–153,161,176,180,182), 11 a la atención paliativa hospitalaria (p.ej., durante un ingreso hospitalario) (115,120,139,142,143,146,165,171–173,175), 2 a programas de cuidados paliativos (134,147) y, 1 a la atención paliativa a nivel ambulatorio (172).



3.4 Planificación de los cuidados

Nueve estudios evalúan el uso de los cuidados paliativos mediante el análisis del acceso a la planificación de los cuidados. Un estudio evalúa el conocimiento sobre cuidados paliativos (129), 3 estudios las preferencias en los cuidados (144,167,179) y, 5 estudios, el registro de estos cuidados y preferencias (p.ej. instrucciones previas, voluntades anticipadas) (118,128,145,149).

3.5 Lugar de fallecimiento

De los 26 estudios que analizan el lugar de fallecimiento, 14 evalúan el fallecimiento en hospital de agudos (121,125,127,128,130,134,150,154,158,160,174,176,180,183), 1 en domicilio (137) y 1 en centros especializados en cuidados paliativos (152). El resto de estudios, evalúan diferentes escenarios como centros especializados en cuidados paliativos, hospitales de agudos, centros sociosanitarios y/o el domicilio.



4. Descripción de los cuidados paliativos según eje de desigualdad y análisis de las desigualdades

A continuación, se realiza una descripción y análisis de los diferentes abordajes de los cuidados paliativos en función del eje de desigualdad estudiado (edad, sexo, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio).

De los 73 estudios, 19 estudios analizan varias variables de resultado (121,125,127,128,130,134,135,150–152,154,155,158,160,161,166,174,176,180) y, 51 estudios, examinan varios ejes de desigualdad (114–116,119,120,122–126,129–140,142–148,155,157,159,160,162–166,170–175,177–179,181–184) (**Tabla 3**).

Tabla 3: Número de estudios identificados según eje de desigualdad y tipo de abordaje

Eje de desigualdad	Tipo de abordaje CP (variable resultado)				
	Control de síntomas	Adecuación de los cuidados	Atención paliativa	Planificación de los cuidados	Lugar de fallecimiento
Edad	9	10	23	2	15
Sexo	5	9	20	5	15
Etnia/raza	7	12	21	7	10
Nivel socioeconómico	8	9	18	3	14
Territorio	9	4	8	-	9

*La suma puede ser superior al número total de estudios incluidos (73), dado que el sistema de clasificación está basado en categorías no excluyentes.

En el **Anexo 6**, se muestra un resumen de los estudios identificados y el eje de desigualdad examinado en cada estudio, junto con el tipo de abordaje. En el **Anexo 7**, se muestran más detalladamente las características de los diferentes abordajes de los cuidados paliativos, los resultados de los estudios y los resultados de la evaluación del riesgo de sesgo. Se presenta una tabla por cada eje de desigualdad examinado y, en cada tabla, se clasifican los estudios según el tipo de abordaje de los cuidados paliativos.



4.1 La edad y el acceso y uso de los cuidados paliativos

De los 45 estudios identificados que analizan el efecto de la edad en el acceso y uso de los cuidados paliativos, 9 analizan el acceso a los cuidados para el control de los síntomas (114,116,122,126,132,156,159,162,184), 10 a la adecuación y la calidad de los cuidados (130,134,135,150,155,160,163,174,177,178), 23 la atención paliativa (115,120,124,125,130,131,134,135,142,143,147,148,150,155,157,160,165,166,171,173–175,182), 2 a la planificación de los cuidados (144,145) y, 15 estudios, el lugar de fallecimiento (119,123,125,130,134,136–138,140,150,160,164,166,174,181). De éstos, 31 siguen un diseño de cohortes y 14 un diseño transversal. Además, 39 estudios han obtenido una calidad metodológica alta y, los 6 restantes, una calidad metodológica moderada (**Anexo 7.1**).



Tabla 4: Descripción y análisis de las desigualdades según EDAD y los diferentes abordajes

Abordaje CP	Resultados significativos		Resultados inconsistentes	Resultados NO significativos
	MENOR acceso personas mayores	MAYOR acceso personas mayores		
Cuidados para el control de síntomas (N=9)	-Consulta y/o tratamiento oncológico con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)	-Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)	-Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)	-Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)
Adecuación y calidad de los cuidados (N=10)	--	-Menor agresividad terapéutica al FDV (visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, hospitalización prolongada, ingreso en UCI, tratamiento con quimioterapia FDV, medidas invasivas)	--	-Visitas a urgencias -Ingresos hospitalarios -Ingresos en UCI
Atención paliativa (N=23)	-Atención paliativa básica (atención domiciliaria, seguimiento telefónico, por equipos de atención primaria no especializados, grupos de apoyo) -Atención paliativa especializada (unidades de CP especializados, cuidados al FDV y programas de CP)	-Atención paliativa especializada (unidades de CP especializados, cuidados al FDV y CP durante ingreso hospitalario)	-Atención paliativa especializada (cuidados al FDV y unidades de CP especializados)	-Atención paliativa básica (por equipos de atención primaria no especializados, enfermera de enlace, planes individualizados de cuidados) -Atención paliativa especializada (CP durante ingreso hospitalario y cuidados al FDV)
Planificación de los cuidados (N=2)	-Menor preferencia CP	-Cumplimentación de instrucciones previas	--	--
Lugar de fallecimiento (N=15)	-Hospital de agudos -Domicilio -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios	-Hospital de agudos -Domicilio -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios	-Hospital de agudos -Domicilio -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios	-Hospital de agudos -Extrahospitalario.

* CP: cuidados paliativos; FDV: final de vida; UCI: unidad de cuidados intensivos



4.1.1 Cuidados para el control de síntomas

Nueve estudios evalúan el efecto de la edad en el acceso al cuidado para el control de los síntomas analizando el acceso a consulta y/o tratamiento oncológico con fines paliativos (radioterapia, quimioterapia, cirugía paliativa) y el manejo del dolor. Ocho estudios muestran que el acceso a estos cuidados es menor en pacientes más mayores, especialmente en pacientes >80 años, comparado con pacientes más jóvenes (114,116,122,126,132,156,162,184), lo que indica que las personas de mayor edad tienen un menor acceso a tratamientos oncológicos con finalidad paliativa y un peor control de los síntomas. Por el contrario, 1 estudio sugiere que el acceso a tratamientos oncológicos con finalidad paliativa es mayor para pacientes mayores (45-59 años) en comparación con pacientes más jóvenes pero, en el resto de rango de edades (60-74 años y >75 años), los resultados no son significativos (159). Un estudio, no ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en pacientes con cáncer de pene localmente avanzado (**Tabla 4**).

4.1.2 Adecuación y calidad de los cuidados

Diez estudios evalúan la agresividad terapéutica al final de la vida según la edad y, por tanto, la adecuación y la calidad de los cuidados. Pacientes más mayores, sobre todo aquellos con más de 80-85 años, presentan en comparación con pacientes más jóvenes menor número de visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, tratamiento curativo con quimioterapia etc. (130,135,150,155,160,163,177,178). Los/as pacientes más mayores reciben una menor agresividad terapéutica al final de la vida, que puede indicar una menor utilización de servicios sanitarios innecesarios o inadecuados y una mejor adecuación de los cuidados. En 4 estudios, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a las visitas a urgencias (130,134,174,177), ingresos hospitalarios (174) o ingreso en UCI (177) (**Tabla 4**).

4.1.3 Atención paliativa

Veintitrés estudios analizan el efecto de la edad en el acceso a la atención paliativa. Doce estudios muestran que los pacientes más mayores tienen una menor probabilidad de acceder a atención paliativa básica (cuidados de apoyo, visitas domiciliarias, seguimiento telefónico, etc.) (115,125,148) y a atención paliativa especializada como unidades de cuidados paliativos especializados, programas de



cuidados paliativos y cuidados al final de la vida (115,124,131,134,147,155,157,160,174,182), comparado con pacientes más jóvenes que puede sugerir una menor identificación y detección de las necesidades paliativas.

Por el contrario, 9 estudios muestran un mayor uso en pacientes mayores de atención paliativa especializada como unidades de cuidados paliativos especializados, cuidados al final de la vida o durante un ingreso hospitalario en pacientes hospitalizados por procesos relacionados con la propia enfermedad o por la presencia de comorbilidades, comparado con pacientes más jóvenes (120,135,142,143,150,165,166,173,175).

Se han encontrado inconsistencias en el acceso a unidades de cuidados paliativos especializados pues 3 estudios muestran un menor acceso para personas mayores comparado con personas más jóvenes (157,160,174), mientras que 1 muestra un mejor acceso para personas mayores (166), los autores sugieren que este mejor acceso podría explicarse por el tipo y estadio del cáncer. También, en el acceso a los de cuidados de hospicio (cuidados al final de la vida) pues 4 estudios muestran un menor acceso estos cuidados en personas mayores comparado con personas jóvenes (124,131,155,182), mientras que 2 revelan un mejor acceso para personas mayores (135,150).

En 4 estudios, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el acceso a la atención paliativa básica (115,148) y en el acceso a la atención paliativa especializada (cuidados al final de la vida y durante un ingreso hospitalario) (130,171) (**Tabla 4**).

4.1.4 Planificación de los cuidados

Dos estudios analizan cómo influye la edad en el acceso a la planificación de los cuidados. Saeed et al. (145), revela en sus resultados que la cumplimentación de instrucciones previas es mayor en pacientes más mayores, comparado con pacientes más jóvenes. Pero, este mismo autor en otro estudio, hace referencia a que los pacientes >65 años prefieren menos los cuidados paliativos, comparado con pacientes más jóvenes (144), relacionado con la falta de conocimiento sobre estos cuidados y la planificación de los mismos (**Tabla 4**).



4.1.5 Lugar de fallecimiento

Quince estudios analizan la asociación entre el lugar de fallecimiento y la edad. Ocho estudios muestran que los los/as pacientes más mayores fallecen menos en hospital de agudos (125,138,150,160,181), domicilio (119,123), centro especializado en cuidados paliativos (119,181) y centros sociosanitarios (140). Por el contrario, 6 estudios muestran que pacientes más mayores fallecen más en hospital de agudos (119,123), domicilio (137,164), centro especializado en cuidados paliativos (123,164) y centros sociosanitarios (119,123,138,181).

Cuatro estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la edad y fallecer en hospital de agudos o fallecimiento extrahospitalario (130,134,136,166,174). Tampoco Öhlén et al. (138), han encontrado diferencias significativas en relación al fallecimiento en hospital de agudos comparado con fallecer en centros sociosanitarios (**Tabla 4**).



4.2 El sexo y el acceso y uso de los cuidados paliativos

Cuarenta y cuatro estudios analizan cómo influye el sexo en el acceso y uso de los cuidados paliativos. El resto, estaban dirigidos a cánceres que afectan solo a mujeres o a hombres como los cánceres ginecológicos en el caso de las mujeres o cáncer de próstata o pene en el caso de los hombres. Cinco estudios analizan el acceso a los cuidados para el control de los síntomas (114,116,126,132,184), 9 la adecuación y la calidad de los cuidados (130,134,135,155,160,163,174,177,178), 20 el acceso a la atención paliativa (115,120,125,130,134,135,139,143,146–148,155,157,165,166,171–174,182), 5 a la planificación de los cuidados (129,144,145,167,179) y 15 el lugar de fallecimiento (119,123,125,130,133,134,136–138,140,164,174,181,183). Veinticinco estudios siguen un diseño de cohortes y 19, un diseño transversal. En cuanto a la calidad metodológica, 36 han obtenido una calidad alta y 8 una calidad metodológica moderada (**Anexo 7.2**).



Tabla 5: Descripción y análisis de las desigualdades según SEXO y los diferentes abordajes

Abordaje CP	Resultados significativos		Resultados inconsistentes	Resultados NO significativos
	MENOR acceso mujeres	MAYOR acceso mujeres		
Cuidados para el control de síntomas (N=5)	-Consulta y/o tratamiento oncológico con finalidad paliativa (radioterapia)	--	--	-Consulta y/o tratamiento oncológico con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)
Adecuación y calidad de los cuidados (N=9)	-Mayor agresividad terapéutica al FDV (ingresos hospitalarios y tratamiento con quimioterapia)	-Menor agresividad terapéutica al FDV (visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, ingreso en UCI)	Ingresos hospitalarios	-Visitas a urgencias -Ingresos hospitalarios -Ingreso en UCI -Tratamiento con quimioterapia -Medidas invasivas
Atención paliativa (N=20)	-Atención paliativa básica (planes individualizados de cuidados)	-Atención paliativa básica (atención domiciliaria, por equipos de atención primaria no especializados y apoyo social) -Atención paliativa especializada (unidades de CP especializados, programa CP, durante ingreso hospitalario y cuidados al FDV)	-Atención paliativa básica (atención domiciliaria)	-Atención paliativa básica (enfermera de enlace, grupos de apoyo y seguimiento telefónico) -Atención paliativa especializada (unidades de CP especializados, programa CP, durante ingreso hospitalario, cuidados al FDV y CP ambulatorios)
Planificación de los cuidados (N=5)	--	Mayor preferencia cuidados paliativos	--	-Conocimiento sobre CP -Cumplimentación instrucciones previas -Preferencias objetivos tratamiento
Lugar de fallecimiento (N=15)	-Hospital de agudos -Domicilio	-Hospital de agudos -Domicilio -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios -Extrahospitalario	-Hospital de agudos -Domicilio	-Hospital de agudos -Domicilio -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios -Extrahospitalario

* CP: cuidados paliativos; FDV: final de vida; UCI: unidad de cuidados intensivos



4.2.1 Cuidados para el control de síntomas

Cinco estudios evalúan la asociación entre el sexo y el acceso al cuidado para el control de los síntomas, analizando el acceso a consulta y/o tratamiento oncológico con finalidad paliativa (radioterapia). Los resultados de 2 estudios muestran que las mujeres acceden menos a radioterapia paliativa en comparación con los hombres (114,132). En el resto de estudios, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el acceso a consulta y/o radioterapia, quimioterapia y cirugía con intención paliativa (116,126,184) (**Tabla 5**).

4.2.2 Adecuación y calidad de los cuidados

Nueve estudios evalúan el acceso a la adecuación de los cuidados en función del sexo, analizando la agresividad terapéutica al final de la vida. Cuatro estudios, muestran que las mujeres tienen una menor probabilidad de ingresar en unidades de cuidados intensivos, de visitas a urgencias o de ingresos hospitalarios en comparación con los hombres (135,155,174,178), lo cual sugiere que los hombres reciben mayor agresividad terapéutica al final de la vida. Por el contrario, los trabajos de Bergqvist et al (160). y Deeb et al. (163), muestran que las mujeres tienen mayor número de ingresos hospitalarios y mayor tratamiento con quimioterapia al final de la vida que los hombres.

Se han encontrado resultados inconsistentes en relación a los ingresos hospitalarios pues 1 estudio muestra un mayor número de ingresos hospitalarios en las mujeres (160) y, otro estudio muestra menores ingresos hospitalarios y, por tanto, mejor adecuación de los cuidados (135).

Seis estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento con quimioterapia (130,177), visitas a urgencias (130,134,135,155,163,174,177), ingresos hospitalarios (155,177), ingreso en UCI (177) o el uso de medidas invasivas (163,177) (**Tabla 5**).

4.2.3 Atención paliativa

Veinte estudios analizan el acceso a la atención paliativa según el sexo. Once muestran que las mujeres acceden más a atención paliativa básica (p.ej., apoyo social o atención domiciliaria) (125,172) y especializada como cuidados paliativos durante un ingreso



hospitalario, programas de cuidados paliativos, unidades de cuidados paliativos especializados y cuidados de hospicio, en comparación con los hombres (115,125,135,139,147,155,157,173,182). Además, los estudios de Nayar et al. (135) y Watanabe-Galloway et al. (155), revelan que las mujeres tienen menor probabilidad de iniciar de forma tardía los cuidados paliativos al final de la vida. El estudio restante, indica que los hombres acceden más a planes de cuidados individualizados, comparado con las mujeres. Por lo que, se han encontrado inconsistencias en relación al acceso a la atención paliativa básica pues 3 estudios (115,125,172) muestran un menor acceso para las mujeres y 1 muestra lo contrario (148).

Catorce estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el acceso a la atención paliativa básica (115,125,148,172) o especializada como cuidados paliativos durante un ingreso hospitalario (120,143,146,165,171,172), unidades de cuidados paliativos especializados (166,174), cuidados paliativos a nivel ambulatorio (172), cuidados al final de vida (130) y registro en un programa cuidados paliativos (134) (**Tabla 5**).

4.2.4 Planificación de los cuidados

Cinco estudios analizan el acceso a la planificación de los cuidados y cómo el sexo influye en las preferencias sobre los cuidados. En los resultados de los estudios de Hu et al. (167), O'Mahony et al. (179), y Saeed et al. (144), se ha podido observar que las mujeres prefieren más los cuidados paliativos y menos el uso de medidas invasivas (ventilación mecánica) que prolongan la vida en comparación con los hombres, pero en algunos casos, las mujeres prefieren que las decisiones respecto a los cuidados sean iniciadas por otras personas (profesionales sanitarios).

Tres estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación al conocimiento sobre los cuidados paliativos (129), a la cumplimentación de instrucciones previas (145) y a las preferencias en los objetivos de los cuidados u orden de reanimación cardiopulmonar (179) (**Tabla 5**).

4.2.5 Lugar de fallecimiento

Quince estudios analizan el efecto del sexo en el lugar de fallecimiento. Cuatro estudios muestran que las mujeres fallecen menos en hospital de agudos



(119,125,133,181) y menos en domicilio (119). Seis estudios muestran que las mujeres tienen una mayor probabilidad de fallecimiento extrahospitalario (136), en hospital de agudos (123), en domicilio (133), en centro especializado en cuidados paliativos (123,133,181) y en centro sociosanitario (119,123,140,181).

Se han observado inconsistencias pues 4 estudios muestran que las mujeres fallecen menos en hospital de agudos en comparación con los hombres (119,125,133,181), mientras que 1 muestra que fallecen más las mujeres (123). También, 1 estudio muestra que las mujeres fallecen menos en domicilio que los hombres (119) y, otro estudio, muestra que fallecen más las mujeres (133).

Ocho estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y fallecer en domicilio (123,137,164), en centros especializados en cuidados paliativos (164), en hospital de agudos (130,134,138,174,183), en centros sociosanitarios (138) o fallecimiento extrahospitalario (166) (**Tabla 5**).



4.3 La etnia/raza y el acceso y uso de los cuidados paliativos

Cuarenta estudios evalúan el acceso y uso de los cuidados paliativos en función de la etnia/raza. Siete analizan el acceso a los cuidados para el control de los síntomas (141,159,162,168,169,180,184), 12 la adecuación y la calidad de los cuidados (113,127,128,130,135,152,155,161,163,176,177,180), 21 el acceso a la atención paliativa (120,127,130,131,135,139,142,143,146,151–153,155,161,165,171–173,175,176,180), 7 a la planificación de los cuidados (118,128,129,145,149,151,179) y 10 el lugar de fallecimiento (123,127,128,130,152,164,176,180,181,185). Treinta siguen un diseño de cohortes y 10 siguen un diseño transversal. Treinta y dos estudios han obtenido una calidad metodológica alta y 8 una calidad moderada (**Anexo 7.3**).



Tabla 6: Descripción y análisis de las desigualdades según ETNIA/RAZA y los diferentes abordajes

Abordaje CP	Resultados significativos		Resultados inconsistentes	Resultados NO significativos
	MENOR acceso minorías étnicas	MAYOR acceso minorías étnicas		
Cuidados para el control de síntomas (N=7)	<ul style="list-style-type: none"> -Medicación de soporte (antieméticos, psicotrópicos no opioides y opioides) -Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía) 	<ul style="list-style-type: none"> -Medicación de soporte (opioides) -Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía) 	<ul style="list-style-type: none"> -Medicación de soporte (opioides) -Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía) 	<ul style="list-style-type: none"> -Medicación de soporte (medicación psicotrópica no opioide y opioides) -Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)
Adecuación y calidad de los cuidados (N=12)	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor agresividad terapéutica al FDV (Visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, hospitalización prolongada, ingreso en UCI, tratamiento con quimioterapia, procedimientos invasivos y que prolongan la vida) -Procedimientos diagnósticos y atención ambulatoria 	<ul style="list-style-type: none"> -Menor agresividad terapéutica al FDV (tratamiento con quimioterapia al FDV) 	<ul style="list-style-type: none"> Agresividad terapéutica al FDV (tratamiento con quimioterapia) 	<ul style="list-style-type: none"> -Ingresos hospitalarios -Ingreso en UCI -Tratamiento con quimioterapia -Procedimientos invasivos -Atención ambulatoria
Atención paliativa (N=21)	<ul style="list-style-type: none"> -Atención paliativa básica (atención domiciliaria y apoyo social) -Atención paliativa especializada (cuidados al final de la vida) 	<ul style="list-style-type: none"> -Atención paliativa especializada (durante ingreso hospitalario) 	<ul style="list-style-type: none"> -Atención paliativa especializada 	<ul style="list-style-type: none"> -Atención paliativa especializada (cuidados al final de vida y durante ingreso hospitalario)
Planificación de los cuidados (N=7)	<ul style="list-style-type: none"> -Menor conocimiento sobre CP -Menor preferencias de CP -Menor cumplimentación instrucciones previas 	--	--	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento sobre CP -Cumplimentación instrucciones previas -Preferencias objetivos tratamiento
Lugar de fallecimiento (N=10)	<ul style="list-style-type: none"> -Domicilio -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> -Hospital de agudos -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> -Centro especializados en CP -Centros sociosanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> -Hospital de agudos -Domicilio

* CP: cuidados paliativos; FDV: final de vida; UCI: unidad de cuidados intensivos



4.3.1 Cuidados para el control de síntomas

Siete estudios analizan la influencia de la etnia/raza en el acceso a los cuidados para el control de los síntomas. Cinco estudios muestran que pacientes pertenecientes a minorías étnicas acceden menos a medidas para el manejo del dolor y otros síntomas como medicación de soporte (opioides, medicación psicotrópica no opioide o antieméticos) (141,169,180) o tratamientos oncológicos con intención paliativa (radioterapia, quimioterapia, cirugía) (159,168). Dos estudios, revelan que el acceso a estos cuidados es mejor si tienen la nacionalidad o la enfermedad está en fase avanzada con metástasis (141,162).

En 3 estudios no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el acceso a medicación de soporte como opioides para el dolor (180) o medicación psicotrópica no opioide (141) y a tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (184). Tampoco, se han encontrado resultados significativos en relación a tratamientos oncológicos con finalidad paliativa y cáncer de pene localmente avanzado (162) (**Tabla 6**).

4.3.2 Adecuación y calidad de los cuidados

Doce estudios analizan el efecto de la etnia/raza en la adecuación de los cuidados y la utilización de servicios sanitarios al final de la vida. Los 12 estudios muestran que la agresividad terapéutica al final de la vida (ingresos en UCI, visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, tratamiento con quimioterapia, hospitalización prolongada, procedimientos invasivos y que prolongan la vida) es mayor en pacientes pertenecientes a minorías étnicas en comparación con pacientes de etnia/raza no hispánica blanca (113,127,128,130,135,152,155,161,163,176,177,180). También, 2 estudios muestran que la realización de procedimientos diagnósticos y la atención ambulatoria es significativamente menor en pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes de raza blanca (113,161). Por el contrario, 3 estudios muestran que el tratamiento con quimioterapia al final de la vida es menor en pacientes de etnias minoritarias (113,127,163).



Se han encontrado inconsistencias en la administración de quimioterapia al final de la vida pues 3 estudios (113,127,163) indican que es menor en pacientes pertenecientes a minorías étnicas, mientras que 1 muestra que es mayor (130).

En 4 estudios, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los ingresos hospitalarios (152), tratamiento con quimioterapia (152,176,177), ingreso en UCI (155,177) o procedimientos invasivos (152,177). Tampoco se han encontrado diferencias significativas en la utilización de servicios ambulatorios y tratamiento con quimioterapia en pacientes con cáncer de pulmón microcítico y supervivencia mayor de 7 meses (127,161) (**Tabla 6**).

4.3.3 Atención paliativa

Veintiún estudios evalúan la asociación entre la etnia/raza y el acceso a la atención paliativa. Once estudios muestran que el acceso a la atención paliativa básica (atención en domicilio o apoyo social) o especializada (cuidados la final de la vida) es significativamente menor o tardía para los/as pacientes pertenecientes a una minoría étnica, comparado con pacientes de raza blanca (127,130,135,151–153,155,161,172,176,180). Por el contrario, 5 estudios, revelan que pacientes pertenecientes a minorías étnicas tienen una mayor probabilidad de acceder cuidados paliativos durante un ingreso hospitalario en comparación con pacientes de raza blanca (120,139,142,143,146).

Cinco estudios, no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el acceso a la atención paliativa especializada (cuidados al final de la vida o durante un ingreso hospitalario) (131,165,171,173,175). Tampoco, se han encontrado diferencias en el acceso a los cuidados paliativos al final de la vida en pacientes con cáncer de pulmón microcítico y supervivencia mayor de 7 meses (127), en el uso tardío de los cuidados paliativos o en más de un uso (152,176) (**Tabla 6**).

4.3.4 Planificación de los cuidados

Siete estudios analizan el efecto de la etnia/raza en el acceso a la planificación de los cuidados. Cuatro estudios muestran que el acceso a la cumplimentación de instrucciones previas es significativamente menor en pacientes pertenecientes a minorías étnicas comparado con pacientes de raza blanca (128,149,151). También,



Koffman et al. (129) y O'Mahony et al. (179), revelan que éstos/as pacientes tienen un menor conocimiento sobre los cuidados paliativos y que prefieren más el uso de procedimientos invasivos en comparación con pacientes de raza blanca.

Cuatro estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación al conocimiento y preferencias sobre los cuidados paliativos y a la cumplimentación de instrucciones previas (128,129,145,179) (**Tabla 6**).

4.3.5 Lugar de fallecimiento

Diez estudios analizan el lugar de fallecimiento según la etnia/raza. Seis estudios muestran que los/as pacientes pertenecientes a minorías étnicas tienen una menor probabilidad de fallecer en domicilio (164,185), en centros especializados en cuidados paliativos (123,152,164,185) y en centros sociosanitarios (123,181) comparado con pacientes de etnia/raza blanca y, mientras que 7 muestran que tienen una mayor probabilidad de fallecer en hospital de agudos (127,130,176,180,181,185), en centros especializados en cuidados paliativos (181) y en centros sociosanitarios (181) en comparación con pacientes de etnia/raza blanca

Se han observado inconsistencias en el fallecimiento en centros especializados en cuidados y en centros sociosanitarios.

Dos estudios, no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el fallecimiento en hospital de agudos y en domicilio (123,128) (**Tabla 6**).



4.4 El nivel socioeconómico y el acceso y uso de los cuidados paliativos

Treinta y nueve estudios analizan la influencia del nivel socioeconómico en el acceso y uso de los cuidados paliativos. Ocho estudios analizan el acceso a los cuidados para el control de los síntomas (114,116,122,126,159,162,170,184), 9 la adecuación y la calidad de los cuidados (121,130,134,135,155,158,160,163,174), 18 el acceso a la atención paliativa (120,125,130,131,134,135,139,142,143,147,148,155,160,166,171,174,175,182), 3 a la planificación de los cuidados (144,145,179) y, 14 estudios, el lugar de fallecimiento (121,123,125,130,133,134,136–138,158,164,166,174,183). Veinticinco estudios siguen un diseño de cohortes y 14 un diseño transversal. En cuanto a la calidad metodológica, 34 estudios han obtenido una calidad metodológica alta y 5 una calidad metodológica moderada (**Anexo 7.4**).



Tabla 7: Descripción y análisis de las desigualdades según NIVEL SOCIOECONÓMICO y los diferentes abordajes

Abordaje CP	Resultados significativos		Resultados inconsistentes	Resultados NO significativos
	MENOR acceso pacientes con nivel socioeconómico bajo	MAYOR acceso pacientes con nivel socioeconómico bajo		
Cuidados para el control de síntomas (N=8)	-Consulta y/o tratamiento oncológico con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)	-Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)	-Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)	-Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)
Adecuación y calidad de los cuidados (N=9)	-Mayor agresividad terapéutica al FDV (Visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, hospitalización prolongada, tratamiento con quimioterapia, ingreso en UCI, procedimientos invasivos y que prolongan la vida)	-Menor agresividad terapéutica al FDV (Visitas a urgencias, hospitalización prolongada, ingreso en UCI y tratamiento con quimioterapia)	-Visitas a urgencias -Hospitalización prolongada -Ingreso en UCI -Tratamiento con quimioterapia	Visitas a urgencias -Ingresos hospitalarios -Tratamiento con quimioterapia
Atención paliativa (N=18)	-Atención paliativa básica (atención domiciliaria) -Atención paliativa especializada (unidades de CP especializados, programa CP, durante ingreso hospitalario, cuidados al FDV)	-Atención paliativa básica (enfermera de enlace y planes individualizados de cuidados)	-Atención paliativa básica	-Atención paliativa básica (enfermera de enlace, planes individualizados de cuidados y grupos de ayuda) -Atención paliativa básica (unidades de CP especializados, CP durante ingreso hospitalario y programas CP)
Planificación de los cuidados (N=3)	-Menor preferencias de CP -Menor cumplimentación instrucciones previas	--	--	-Preferencias cuidados
Lugar de fallecimiento (N=14)	-Extrahospitalario -Hospital de agudos -Domicilio -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios	-Hospital de agudos -Domicilio -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios	-Hospital de agudos -Domicilio -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios	-Extrahospitalario -Hospital de agudos -Domicilio -Centros especializados en CP

* CP: cuidados paliativos; FDV: final de vida; UCI: unidad de cuidados intensivos



4.4.1 Cuidados para el control de síntomas

Ocho estudios analizan cómo influye el nivel socioeconómico en el acceso a los cuidados para el control de síntomas como el acceso a consulta y/o tratamiento oncológico con intención paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía) para control de síntomas y manejo del dolor. Cinco estudios muestran que el acceso a estos cuidados es menor para pacientes con nivel socioeconómico bajo (114,116,122,126,184). Los 3 estudios restantes, realizados en EE.UU y publicados en el año 2021, revelan resultados contrarios y pacientes con nivel socioeconómico bajo tienen una mayor probabilidad de acceder a tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (159,162,170).

En 4 estudios, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el acceso a tratamiento oncológico con finalidad paliativa en pacientes con cáncer de pene y metástasis, en pacientes con cáncer colorrectal y supervivencia menor de 6 meses o mayor de 24 meses y, en pacientes con cáncer de útero (126,162,170,184) (**Tabla 7**).

4.4.2 Adecuación y calidad de los cuidados

Nueve estudios evalúan la utilización de servicios sanitarios al final de la vida (agresividad terapéutica) en función del nivel socioeconómico. Los resultados son inconsistentes pues siete estudios muestran que el número de visitas a urgencias (130,135,155,158,160), ingresos hospitalarios (121,135,155,158), hospitalización prolongada (121), ingresos en UCI (135,155,158), procedimientos invasivos (163) y tratamiento oncológico específico al final de la vida (158) son significativamente mayores en pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con mayor nivel socioeconómico. Por el contrario, 4 estudios, indican menor visitas a urgencias (121,163), ingreso en UCI (121), hospitalización prolongada (158) y administración de tratamiento oncológico específico (130) en pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con mayor nivel socioeconómico.

En 4 estudios no se han encontrado resultados estadísticamente significativos en relación a las visitas a urgencias (134,174), ingresos hospitalarios (174) o tratamiento con quimioterapia (121,163) (**Tabla 7**).



4.4.3 Atención paliativa

Dieciocho estudios analizan la influencia del nivel socioeconómico en el acceso a la atención paliativa. Doce estudios muestran que los/as pacientes con nivel socioeconómico bajo acceden menos a atención paliativa básica (atención en domicilio) (125) y a la atención paliativa especializada como unidades de cuidados paliativos especializados (160,174), programas de cuidados paliativos (147), cuidados paliativos durante un ingreso hospitalario (143,171,175) y a cuidados paliativos al final de la vida (130,131,155,182), comparado con pacientes con mayor nivel socioeconómico. Por el contrario, Sharp et al. (148), muestran que el acceso a cuidados de soporte como enfermera de enlace o planes de cuidados individualizados es mayor para pacientes con menor nivel socioeconómico (nivel educativo). Por lo que se han encontrado inconsistencias en relación al acceso a la atención paliativa básica pues 1 estudio (125) muestra un menor acceso para pacientes con nivel socioeconómico bajo y 1 muestra lo contrario (148).

Cinco estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el acceso a unidades de cuidados paliativos especializados (166), a cuidados paliativos durante un ingreso hospitalario (120,139,142) y a un programa de cuidados paliativos (134). Además, Sharp et al., no ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación y los cuidados de soporte y, tampoco, entre el nivel educativo y recibir información sobre grupos de ayuda (148) (**Tabla 7**).

4.4.4 Planificación de los cuidados

Tres estudios analizan el efecto del nivel socioeconómico en el acceso a la planificación de los cuidados. Dos estudios muestran que los/as pacientes con nivel socioeconómico bajo prefieren más agresividad terapéutica al final de la vida y cumplimentan menos los documentos de instrucciones previas en comparación con pacientes con nivel socioeconómico más alto (145,179). Los/as pacientes con menor nivel socioeconómico tienen menos oportunidades de acceder a la atención sanitaria del cáncer, a la información y educación sanitaria y, por tanto, tienen menos acceso a la planificación de los cuidados.



Dos estudios no ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en las preferencias de los cuidados o en las preferencias sobre medidas invasivas o reanimación cardiopulmonar (144,179) (**Tabla 7**).

4.4.5 Lugar de fallecimiento

Catorce estudios evalúan el lugar de fallecimiento y la influencia del estatus socioeconómico. Los resultados son inconsistentes pues 4 estudios muestran que los/as pacientes con nivel socioeconómico bajo tienen una menor probabilidad de fallecimiento extrahospitalario (136), en hospital de agudos (123,183), en domicilio (123), en centros especializados en cuidados paliativos (123) y en centros sociosanitarios (123) en comparación con pacientes con un nivel socioeconómico más alto. Por el contrario, 9 estudios muestran que los/as pacientes con nivel socioeconómico bajo fallecen más en hospital de agudos (121,123,125,130,133,134,138,158), en domicilio (137), en centros especializados en cuidados paliativos (133) y en centros sociosanitarios (181) en comparación con pacientes con un nivel socioeconómico más alto.

Cinco estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el fallecimiento extrahospitalario, en hospital de agudos, en domicilio y en centros especializados en cuidados paliativos (137,138,164,166,174) (**Tabla 7**).



4.5 El territorio y el acceso y uso de los cuidados paliativos

Veintidós estudios analizan el efecto del territorio en el acceso y uso de los cuidados paliativos. Nueve analizan el acceso a los cuidados para el control de los síntomas (114,116,117,122,126,132,154,170,184), 4 adecuación y la calidad de los cuidados (134,135,154,155), 8 el acceso a la atención paliativa (124,131,134,135,147,154,155,166) y 9 estudios el lugar de fallecimiento (119,123,134,136,138,140,154,164,166). Quince siguen un diseño de cohortes y 7 un diseño transversal. Diecisiete estudios, han obtenido una calidad metodológica alta y 5 una calidad metodológica moderada (**Anexo 7.5**).



Tabla 8: Descripción y análisis de las desigualdades según TERRITORIO y los diferentes abordajes

Abordaje CP	Resultados significativos		Resultados inconsistentes	Resultados NO significativos
	MENOR acceso poblaciones rurales/lejanas	MAYOR acceso poblaciones rurales/lejanas		
Cuidados para el control de síntomas (N=9)	-Consulta y/o tratamiento oncológico con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)	--	--	-Medicación de soporte (antidepresivos y medicación para el dolor) -Tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (radioterapia, quimioterapia y cirugía)
Adecuación y calidad de los cuidados (N=4)	-Mayor agresividad terapéutica al FDV (Visitas a urgencias y hospitalización prolongada)	-Menor agresividad terapéutica al FDV (Visitas a urgencias e ingreso en UCI) -Atención ambulatoria (atención primaria)	Visitas a urgencias	-Visitas a urgencias -Tratamiento con quimioterapia -Atención ambulatoria (especialista)
Atención paliativa (N=8)	-Atención paliativa especializada (Cuidados al FDV y programas CP)	--	--	-Atención paliativa especializada (cuidados al FDV, unidades especializadas en CP y programas CP)
Lugar de fallecimiento (N=9)	-Extrahospitalario -Hospital de agudos -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios	-Extrahospitalario -Hospital de agudos -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios -Domicilio	-Extrahospitalario -Hospital de agudos -Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios	-Hospital de agudos

* CP: cuidados paliativos; FDV: final de vida; UCI: unidad de cuidados intensivos

4.5.1 Cuidados para el control de síntomas

Nueve estudios analizan la asociación entre el territorio y el acceso a los cuidados para el control de los síntomas. Cinco estudios muestran que el acceso a consulta y/o tratamiento oncológico con finalidad paliativa es menor para aquellos/as pacientes que residen a más distancia en km, millas o horas del centro de tratamiento (114,126,132,170,184). Tres estudios revelan que los/as pacientes residentes en zonas rurales o remotas y sin centro de tratamiento cercano, acceden menos a estos



cuidados comparado con pacientes residentes en zonas urbanas y con un centro de tratamiento próximo (116,117,122).

En 2 estudios, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el acceso a tratamientos oncológicos con finalidad paliativa y la distancia al centro de tratamiento si la supervivencia es entre 6-24 meses o si el diagnóstico es de cáncer de útero (170,184). En el estudio de Walter et al. (154), tampoco se han encontrado diferencias significativas entre el acceso a medicación de soporte (antidepresivos o medicación para el dolor) y el lugar de residencia urbana o rural (**Tabla 8**).

4.5.2 Adecuación y calidad de los cuidados

Cuatro estudios analizan el efecto del territorio en la utilización de servicios sanitarios al final de la vida y la agresividad terapéutica. Tres estudios muestran que el número de visitas a urgencias (134) y estancias en UCI son menores para pacientes residentes en zonas rurales, comparado con zonas urbanas (135,155), mientras que 2 estudios, revelan que las visitas a urgencias (135) y la hospitalización prolongada (154) son mayores para residentes en zonas rurales, comparado con residentes en zonas urbanas.

Se han encontrado inconsistencias en las visitas a urgencias pues 1 estudio muestra que son menores para pacientes residentes en zonas rurales y 1 estudio muestra que son mayores para estas personas.

Por otro lado, 1 estudio realizado en Alemania y publicado en el año 2018, indica que los/as pacientes residentes en zonas rurales tienen acceso a atención ambulatoria que puede proporcionar cuidados adecuados al final de la vida y, esto, podría evitar la utilización de servicios sanitarios inadecuados al final de la vida (154).

En 2 estudios no se han observado diferencias estadísticamente significativas en relación a las visitas a urgencias, tratamiento con quimioterapia o atención ambulatoria y residir en zonas rurales (154,155) (**Tabla 8**).

4.5.3 Atención paliativa

Ocho estudios analizan el acceso a la atención paliativa en función del territorio. Cuatro estudios muestran que pacientes residentes en zonas rurales tienen una menor



probabilidad de acceder a cuidados al final de la vida en comparación con pacientes que residen en zonas urbanas (124,131,135,155). También, 2 estudios muestran que los/as pacientes que residen a más distancia de los centros de atención tienen una menor probabilidad de acceder a programas de cuidados paliativos, comparado con los/as que residen más cerca (134,147). Esto, también puede reflejar una menor disponibilidad de los recursos en las zonas rurales o lejanas.

En 5 estudios, no se han encontrado diferencias significativas en el acceso a programas de cuidados paliativos (147), a unidades especializadas en cuidados paliativos (166) o inicio de cuidados paliativos al final de la vida (135,154,155) y residir en zonas rurales (**Tabla 8**).

4.5.4 Lugar de fallecimiento

Nueve estudios analizan cómo influye el territorio en el lugar de fallecimiento. Los resultados son inconsistentes pues 4 estudios muestran que pacientes residentes en zonas rurales tienen menos probabilidades de fallecimiento extrahospitalario (136), en hospital de agudos (138), en centros especializados en cuidados paliativos (119,123) o en centros sociosanitarios (119,138) en comparación con residentes en zonas urbanas. Por el contrario, 6 estudios, muestran que las poblaciones rurales tienen más probabilidades de fallecimiento extrahospitalario (166), en hospital de agudos (119,123,134), en domicilio (119,123,164), en centros especializados en cuidados paliativos (164) o en centros sociosanitarios (123,140) en comparación con poblaciones urbanas. Dos estudios revelan que los/as pacientes que residen más lejos de los centros especializados en cuidados paliativos fallecen más en hospital de agudos (119,164) y, si residen más lejos de los hospitales de agudos, fallecen más en centros sociosanitarios (119). Un estudio no ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre fallecer en hospital de agudos y el lugar de residencia urbana o rural (154) (**Tabla 8**).



DISCUSIÓN

La literatura científica sugiere que los determinantes sociales de la salud influyen en el acceso y uso de los cuidados paliativos (14–16), pero gran parte de la literatura se centra en analizar el efecto de las desigualdades teniendo en cuenta solo un eje de desigualdad o un aspecto en concreto de los cuidados paliativos como, por ejemplo, la planificación de los cuidados, los cuidados para el control de síntomas, la adecuación de los cuidados o los cuidados al final de la vida. También, existe literatura que analiza las desigualdades sociales en acceso a los cuidados paliativos pero no se centran exclusivamente en pacientes adultos con cáncer (14,186–189).

Destacar que esta es la primera RSL que analiza los cuidados paliativos que aborda las desigualdades en CP atendiendo a 5 ejes de desigualdad (edad, género, etnia/raza, nivel socioeconómico y territorio) y a 5 abordajes específicos en el acceso y utilización de este tipo de cuidados en pacientes adultos con cáncer.

Tras la revisión, se han identificado 73 artículos siendo 2018 y 2021 los años con más publicaciones. Esto puede sugerir que los cuidados paliativos han ido tomando una mayor relevancia a lo largo de los años dada la carga creciente del cáncer, requiriendo los/as pacientes con cáncer y sus familias una mayor atención paliativa para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida y, lo que puede explicar un mayor interés en su investigación (7).

En esta RSL se ha observado que un gran número de estudios continúan analizando la adecuación de los cuidados y los cuidados paliativos al final de la vida. Por otro lado, se ha observado un menor estudio de otros aspectos de la atención especializada como la atención ambulatoria, las unidades especializadas en cuidados paliativos, y los programas de cuidados paliativos y, también, un menor estudio de la atención paliativa básica. Además, pocos estudios se han centrado en estudiar la planificación anticipada de los cuidados, otro aspecto importante dentro de los cuidados paliativos. Esto puede significar que a pesar del cambio en el modelo de los cuidados paliativos que sugiere la integración temprana de éstos, la planificación anticipada, la especialización de la atención y la implementación de los cuidados paliativos en todos



los niveles y ámbitos asistenciales para asegurar unos cuidados paliativos de calidad y accesibles para todas las personas con necesidades paliativas (3,6,9,38), su investigación parece no estar desarrollada todavía como sería deseable, especialmente en el campo de las desigualdades sociales. La intervención paliativa tardía y la falta de planificación de los cuidados pueden suponer para las personas y familiares, un peor manejo de la enfermedad y los síntomas relacionados, resultando en una peor calidad de vida y mayor sufrimiento, además de suponer mayores costes sanitarios. Actualmente, tienen gran relevancia los programas de cuidados paliativos comunitarios pues estos programas se basan en un enfoque integral y continuado de los cuidados independientemente del entorno, del diagnóstico y del pronóstico y sirven de enlace para todos los demás aspectos de los cuidados paliativos (190).

Otro elemento esencial dentro de los cuidados paliativos es el lugar de fallecimiento, pues poder morir en el lugar deseado o preferido es clave para pacientes, familiares y cuidadores/as (65,66). El domicilio se presenta como un lugar seguro y confortable para poder ofrecer una buena muerte, que respeta la dignidad y autonomía de las personas y, al mismo tiempo, reduce costes sanitarios (68).

Sin embargo, fallecer en domicilio no siempre es posible o deseable y depende de la disponibilidad de recursos tanto personales como sanitarios que permitan los cuidados al final de la vida y el fallecimiento en domicilio (66). Existen otras alternativas adecuadas para proporcionar unos cuidados de calidad al final de la vida y lugares considerados óptimos para fallecer como son los centros especializados en cuidados paliativos o centros sociosanitarios y de larga estancia, incluido en hospitales dónde gracias a la evolución de la atención paliativa y a través de equipos especializados se pueden dar cobertura a las necesidades paliativas (66,73). La mejor elección es aquella que ha sido consensuada y que tiene en cuenta las preferencias y deseos de la persona enferma, familiares y cuidadores/as (191) y el mejor lugar para fallecer es el que concuerda con las preferencias (73).

En los trabajos revisados no se tiene en cuenta o no se mencionan las preferencias y solo se analiza el lugar dónde fallecen. Las preferencias de los/as pacientes y/o familiares pueden cambiar a lo largo de la evolución de la fase final y en función de la



complejidad de los cuidados, de la presencia de recursos asistenciales y de la capacitación de los/as cuidadores/as para dar soporte a las necesidades tanto de las personas enfermas como de la familia.

Más de la mitad de los estudios se han realizado en EEUU y solo 4 en Reino Unido a pesar de que este país está considerado líder mundial en cuidados paliativos por la amplia integración de los cuidados paliativos en el Servicio Nacional de Salud y un fuerte compromiso de la comunidad con este tipo de cuidados (192). Pero, un informe de la Comisión de Calidad de la Atención (CQC) “Un final diferente” establece que en Reino Unido, a pesar de que la calidad de la atención al final de la vida es generalmente buena, ésta también varía entre los diferentes grupos de población y los diferentes entornos de asistenciales (193).

En cuanto al tipo de cáncer estudio, éste puede venir determinado por la magnitud y la carga del tipo de cáncer, por ejemplo el cáncer colorrectal es uno de los cánceres más incidentes y mortales. También, por la agresividad del tipo de cáncer o la fase en que se encuentre la enfermedad, por ejemplo el cáncer de ovario o el cáncer de páncreas se suelen diagnosticar en fases avanzadas con mal pronóstico y con elevadas necesidades paliativas y, por ello, que haya una mayor necesidad de evaluar el estado de la atención paliativa en estos tipos de cáncer (157,176). Según Maddison et al. (134), las personas diagnosticadas en fases avanzadas tienen más probabilidades de acceder a programas de cuidados paliativos.

Otros cánceres menos estudiados son los hematológicos y, esto, puede deberse a la complejidad y a las características únicas de este tipo de cánceres. La literatura que estudia el acceso a la atención paliativa en cáncer hematológico es menor que en otros cánceres y, sugiere que éstos/as pacientes reciben una mayor agresividad terapéutica al final de la vida y acceden menos a los cuidados paliativos (128,194).

Por otra parte, los resultados revelan que más de un 70% de los estudios siguen un diseño de cohortes de bases de datos administrativas. Este método permite abordar la pregunta de investigación de forma rigurosa, a través información objetiva de grandes grupos de población a lo largo del tiempo procedente de bases de datos administrativas y la vinculación entre estas, pudiendo tener en cuenta diversas



variables y factores de confusión (195–197). Además, la mayoría de los estudios (84%) han obtenido una calidad metodológica alta y esto se puede explicar porque, casi el 80% de los estudios, han utilizado como fuente de información bases de datos administrativas.

Tabla 9: Análisis de las desigualdades sociales en función de los diferentes ejes de desigualdad y los abordajes de cuidados paliativos

Abordajes CP	Personas mayores	Mujeres	Minorías étnicas	Bajo nivel socioeconómico	Ruralidad
Control de síntomas	*	-	*	*	-
		Peor control de síntomas			Peor control de síntomas
Adecuación de los cuidados	+	*	+/-	*	*
	Menor agresividad terapéutica FDV				
Atención paliativa	*	+/-	+/-	+/-	-
Planificación de los cuidados	+/-	+	-	-	X
Lugar de fallecimiento	*	-Centros especializados en CP -Centros sociosanitarios -Extrahospitalario	Hospital de agudos	*	Domicilio

(-) Menor acceso; (+) Mayor acceso; (*) Resultados inconsistentes; (X) Sin resultados; FDV: Final de vida; CP: cuidados paliativos

En relación a las desigualdades según la edad de los/as pacientes, es cierto que las personas de más edad presentan una mayor comorbilidad y fragilidad junto con el propio proceso de envejecimiento que puede provocar una mayor necesidad de adecuación de los cuidados al final de la vida y, por tanto una menor agresividad terapéutica y esto puede estar relacionado con un mayor acceso de estas personas a los cuidados paliativos especializados durante un ingreso hospitalario. Pero, esta mayor fragilidad y comorbilidad de las personas mayores puede dificultar la detección y la evaluación de sus necesidades paliativas (198,199), lo que puede explicar que estas personas accedan menos a la atención paliativa básica (cuidados de apoyo, visitas domiciliarias o seguimiento telefónico) y a programas de cuidados paliativos y esto puede sugerir que la intervención paliativa en las personas mayores sea cercana



al final de la vida o relacionada con procesos graves y por tanto tardía, a pesar de que las personas mayores planifican más con antelación los cuidados. Un mayor desconocimiento de las personas mayores sobre la utilización de los cuidados paliativos o, también, a que las preferencias de estos/as pacientes sean ignoradas por considerarlos/as como menos capaces mentalmente para tomar decisiones respecto a su atención podría también explicar una menor intervención paliativa o tardía (144,200).

Se han observado inconsistencias en los resultados en relación a los cuidados para el control de los síntomas pero en edades entre 45-59 años, mientras que un mayor número de estudios indican un menor acceso a tratamientos oncológicos con finalidad paliativa de las personas mayores (>80 años). También, se han encontrado inconsistencias relacionadas con los cuidados al final de la vida y el acceso a unidades de cuidados paliativos especializadas que se podrían explicar por diversos factores como las diferencias entre los países en la atención sanitaria y en la cultura, en la evolución de la atención paliativa y por la atención en centros de larga estancia o centros sociosanitarios. Una mayor morbi-mortalidad con la edad, la falta de provisión de recursos paliativos y los costes de la atención podrían explicar las inconsistencias en el lugar de fallecimiento (119,140).

En cuanto al sexo las mujeres prefieren más el uso de los cuidados paliativos y generalmente acceden más a la atención paliativa básica y especializada. Solamente un estudio indica que los hombres acceden más a planes de cuidados individualizados y, esto, los autores del estudio lo justifican con que los profesionales sanitarios consideran que los hombres pueden necesitar más planificar los cuidados de forma individualizada que las mujeres (148), lo que sugiere que los hombres acceden menos a los cuidados paliativos. Esto se podría explicar porque las mujeres afrontan mejor la enfermedad, expresan más sus deseos respecto a los cuidados que desean recibir y solicitan más soporte para hacer frente al proceso de enfermedad (201,202). Los roles sociales que son atribuidos a hombres y mujeres en una sociedad determinada influyen en las actitudes y creencias respecto a la salud y la enfermedad y pueden guiar las decisiones respecto a la atención sanitaria (203). También, esto podría explicar que las mujeres fallezcan más en centros especializados en cuidados paliativos



y en centros sociosanitarios pues, en muchas ocasiones, la elección del lugar de fallecimiento e incluso las decisiones respecto a la atención, pueden estar relacionados con el rol de persona cuidadora, atribuido principalmente a mujeres (203).

Pero se debe tener en cuenta que existen diferencias entre hombres y mujeres en la presentación, detección y evaluación de la enfermedad y los síntomas relacionados (201,203) y que las mujeres por motivos culturales, puedan preferir que las decisiones en lo que respecta a su salud sean iniciadas por otros (167), lo que también podría determinar el acceso a los cuidados paliativos y podría explicar un menor acceso de las mujeres a los cuidados para el control de los síntomas como tratamientos oncológicos con fines paliativos.

Los resultados sobre la agresividad terapéutica al final de la vida y el sexo son inconsistentes en relación a los ingresos hospitalarios pero la literatura sugiere que las mujeres prefieren un menor uso de procedimientos invasivos que prolongan la vida (179). El estudio Bergqvist et al (160)., que indica un mayor número de ingresos hospitalarios en las mujeres, realiza el análisis por sexo diferenciando entre cáncer de mama y de próstata y puede que el tipo de cáncer explique este resultado.

Las minorías étnicas acceden menos a la planificación de los cuidados y a la atención paliativa tanto básica como especializada. También, generalmente reciben una mayor agresividad terapéutica al final de la vida y fallecen más en hospital de agudos, lo que puede explicar un mayor uso de cuidados paliativos a nivel hospitalario. Estos/as pacientes a veces son diagnosticados de cáncer en fases más avanzadas y con menor planificación anticipada de los cuidados, lo que puede resultar en mayores ingresos hospitalarios con peor estado de salud, mayor carga sintomática y por ello una mayor necesidad de cuidados paliativos hospitalarios (139,143). También, un menor soporte en domicilio puede influir en los cuidados y en el lugar de fallecimiento (181). Diversos factores culturales y religiosos pueden influir en la forma de entender la salud y la enfermedad de las poblaciones étnicas minoritarias y guiar las preferencias en relación a la atención sanitaria pero, también, esto puede estar relacionado con el desconocimiento sobre este tipo de cuidados de los/as pacientes pertenecientes a minorías étnicas o con la falta de comunicación e información o una comunicación



dificultosa debido a barreras lingüísticas y culturales entre los/as pacientes, la familia y el equipo sanitario (113,180,186,204).

En esta RSL se han observado inconsistencias en relación a la administración de quimioterapia al final de la vida que está asociada a una mayor agresividad terapéutica al final de la vida y, algunos estudios, muestran una menor administración en personas de etnias minoritarias (113,127,163), pero esto puede estar relacionado con un menor acceso a la atención sanitaria del cáncer en todas las fases de la enfermedad, resultando en un peor manejo y seguimiento de la enfermedad. También, los resultados respecto a los cuidados para el control de síntomas como medicación de soporte y tratamientos oncológicos con finalidad paliativa son inconsistentes y se puede observar como la nacionalidad y la fase de la enfermedad, influyen en el acceso a estos cuidados para las minorías étnicas.

Más de la mitad de los estudios analizan el acceso y uso de los cuidados paliativos en función del nivel socioeconómico. Las desigualdades sociales relacionadas con el nivel socioeconómico en el acceso a la atención sanitaria y en la salud es un fenómeno global y, en esta RSL, se ha encontrado que el estudio de estas desigualdades en el acceso a los cuidados paliativos ha sido realizado en países con diferentes políticas sanitarias como EE.UU, Noruega, Canadá o Taiwán entre otros.

Los/as pacientes con nivel socioeconómico bajo acceden menos a la atención sanitaria del cáncer a lo largo del proceso de la enfermedad relacionado con un menor acceso a la información y a la educación sanitaria, a un mayor aislamiento social y estrés laboral y por los costes de la atención que en ocasiones son inasumibles (145,158), lo que podría explicar un menor acceso a la atención paliativa especializada y a la planificación de los cuidados. Además, los/as pacientes con nivel socioeconómico bajo, tiene menos oportunidades de acceder a la atención del cáncer en fases más tempranas y son diagnosticados en fases más avanzadas de la enfermedad, lo que puede determinar un menor acceso o acceso tardío a los cuidados paliativos (170). El resto de resultados son inconsistentes y es difícil determinar si existen desigualdades socioeconómicas en el acceso a los cuidados para el control de los síntomas, a la adecuación de los cuidados y en el lugar de fallecimiento. Estas inconsistencias en los



resultados se podrían explicar por factores socioculturales que orientan las decisiones relacionadas con la atención del cáncer y el lugar de fallecimiento y, también, por los costes de la atención, la presencia de apoyo social o seguro médico. Por ejemplo, en el estudio de Islam et al. (170), la presencia de seguro médico estatal para personas con ingresos y recursos limitados mejora el acceso de las personas con nivel socioeconómico bajo. Por otro lado, en el estudio de Koroukian et al. (130), los/as pacientes con mayor nivel socioeconómico reciben una mayor agresividad terapéutica al final de la vida medido como tratamiento oncológico específico al final de la vida y, los autores, sugieren que la intención del tratamiento puede haber sido paliativa.

También, estas inconsistencias pueden estar relacionadas con la variabilidad en las definiciones utilizadas en relación al nivel socioeconómico, en la variabilidad de las poblaciones a estudio y el estado clínico de las mismas y, que en muchas ocasiones, se entrecruzan diferentes ejes de desigualdad. Por ejemplo la muestra de Sharp et al. (148), es mayoritariamente de mujeres y de más de 65 años. Johnston et al. (126), utiliza el ingreso medio de las comunidades y no una medida individual y, Alterio et al. (166), solo estudia pacientes con metástasis y la variable relacionada con el nivel socioeconómico es contextual.

La diferente provisión de recursos sanitarios entre las zonas rurales y las zonas urbanas, la lejanía de los centros de atención y las características de las poblaciones rurales y urbanas también influyen en las oportunidades de acceso a los cuidados paliativos de las personas con cáncer. Las zonas rurales y geográficamente más alejadas son las que habitualmente carecen de ciertos recursos sanitarios lo que puede explicar que accedan menos a los cuidados para el control de los síntomas como tratamiento oncológicos con finalidad paliativa, a los cuidados al final de la vida y a programas de cuidados paliativos. A pesar de la falta de recursos en las zonas rurales, la atención sanitaria puede ser más cercana y continuada con presencia redes de apoyo familiar y comunitario, lo que podría explicar un mayor fallecimiento en domicilio. Pero los hospitales rurales, son considerados como un entorno amigable y cercano en comparación con los hospitales urbanos (136), y puede que por ello los resultados en relación a la agresividad terapéutica al final de la vida sean contradictorios. Por lo que, el acceso a los cuidados paliativos de las poblaciones



rurales podrían estar influenciado por la disponibilidad de recursos, la lejanía de estos, las características de los recursos sanitarios de las zonas rurales y por las propias características sociodemográficas de estas poblaciones pero, en esta RSL, no se ha podido determinar si estos factores afectan en la toma de decisiones respecto a la atención sanitaria que desean recibir como la planificación anticipada de los cuidados.

La principal fortaleza de este estudio es la exhaustiva búsqueda bibliográfica, dado que se han consultado bases de datos de gran relevancia sobre investigación biomédica. Además, la búsqueda no se ha restringido por idioma, ni tampoco por año de publicación. Otra fortaleza de esta revisión sistemática, es que gran parte de los estudios han utilizado bases de datos administrativas y la vinculación entre éstas, como fuente de información para obtener la información relativa a las variables de interés. Por último, gran parte de los estudios, han obtenido una calidad metodológica alta, lo que proporciona a los resultados un elevado nivel de evidencia científica.

Como limitaciones, este estudio presenta las mismas limitaciones que otras RSL. SE analiza lo que se publica que no tiene por qué coincidir con la practica sanitaria en los sistemas sanitarios que puede conllevar menos o mayor nivel de desigualdades. El 55% de los estudios encontrados se realizaron en EEUU, seguido de un 11% en Canadá y poca representación del resto de países.

En definitiva, los resultados de este estudio revelan dificultades de grupos de población estructuralmente vulnerables para acceder a elementos clave de los cuidados paliativos y destacan la necesidad de hacer frente a las barreras de acceso. Sin embargo, dada la variabilidad en los aspectos que engloba el concepto de “cuidados paliativos” y las múltiples formas de aplicarlos, es complicado identificar un patrón estable en cuanto a las desigualdades. Estas se pueden identificar en cualquier abordaje que se revise y en cualquier eje de desigualdad. Los resultados aquí obtenidos pueden ser útiles para analizar lo que puede estar ocurriendo en los diferentes ámbitos geográficos y sanitarios y ser utilizado como una guía de estudio de las desigualdades sociales de forma más desglosada y adaptadas a cada ámbito de forma más específica.



Son necesarias investigaciones futuras que determinen más en profundidad la influencia de las desigualdades sociales en el acceso a estos cuidados a través de la investigación de las preferencias, expectativas y perspectivas de los pacientes y sus familiares en relación a la enfermedad y a los cuidados, incluyendo la investigación de factores psicosociales que puedan interferir en las oportunidades de acceso y que nos ayuden a entender mejor estas barreras para poder abordarlas. También, son necesarias investigaciones que determinen aquellas intervenciones que puedan ayudar a mejorar el acceso a los cuidados paliativos de los/as pacientes con cáncer y que guíen las políticas públicas para conseguir unos cuidados de calidad y una mejor calidad de vida de las poblaciones más vulnerables.

Es imprescindible monitorizar las desigualdades sociales presentes en el acceso a la atención sanitaria para poder abordarlas y poder diseñar estrategias más inclusivas a nivel de política sanitaria y social como ampliar la cobertura de la atención sanitaria, mejorar el conocimiento en salud, mejorar las intervenciones sanitarias públicas y mejorar las condiciones de vida y las condiciones laborales. También, mapear la integración de los cuidados paliativos a lo largo de los sistemas de salud permitirá identificar los puntos fuertes a partir de los cuales poder mejorar la provisión de estos cuidados (205).

Los programas de cuidados paliativos a nivel comunitario pueden ser de utilidad para el desarrollo de unos cuidados paliativos accesibles, sostenibles y de alta calidad que pueden aliviar las desigualdades sociales de los grupos más vulnerables empoderando y respetando las capacidades de las comunidades para identificar las necesidades y establecer las estrategias oportunas y adecuadas al contexto de cada comunidad, para promover un mejor acceso a los cuidados paliativos (206–208).



CONCLUSIONES

- El abordaje de los cuidados paliativos ha resultado ser de gran complejidad dada la variabilidad en la terminología utilizada y en la forma de integración e implementación de los cuidados paliativos a lo largo de los diferentes sistemas de salud, por lo que sería deseable la unificación de los conceptos y las prácticas para facilitar su estudio.
- El mayor nº de artículos publicados están en relación con los cuidados al final de la vida a pesar del cambio en el modelo de cuidados paliativos. Parece que la investigación sobre la integración de los cuidados paliativos de forma temprana no está suficientemente desarrollada.
- En relación con la edad, se muestra una menor preferencia de los cuidados paliativos y una menor intervención paliativa temprana en las personas de más edad y, por tanto, un acceso tardío a los cuidados paliativos.
- Las mujeres prefieren y generalmente acceden más a los cuidados paliativos, lo que sugiere que las desigualdades de género favorecen en este caso a las mujeres. No obstante, la diferente presentación y evaluación de la enfermedad y los síntomas entre hombres y mujeres puede influir en estas oportunidades de acceso.
- La pertenencia a una minoría étnica está relacionado con una menor planificación de los cuidados y mayoritariamente con una peor adecuación de los cuidados, lo que sugiere una atención sanitaria e intervención paliativa tardía. Esto se aplica a la etnia/raza afroamericana que es la más estudiada.
- Las personas con nivel socioeconómico bajo acceden menos a la planificación de los cuidados y a la atención paliativa especializada, pero en el resto de abordajes no es posible concluir la presencia de desigualdades.



- Las poblaciones rurales, especialmente aquellas geográficamente más alejadas, presentan un peor acceso al control de síntomas y a recursos paliativos especializados relacionado generalmente con las características y la disponibilidad de los recursos en estas poblaciones.
- Esta revisión sistemática pone de relieve la necesidad de investigar en profundidad las barreras que determinan las oportunidades de acceso, cómo hacer frente a estas barreras y establecer medidas que reduzcan las desigualdades sociales como una mejor regulación y estandarización del acceso a los cuidados paliativos.



REFERENCIAS

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Global Cancer Observatory. GLOBOCAN [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 2]. Available from: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
3. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):1–94.
4. Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative Care in Advanced Cancer Patients: How and When? *Oncologist*. 2012 Feb;17(2):267–73.
5. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96–112.
6. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016 Mar 1;13(3):159–71.
7. De Lima L, Pastrana T. Opportunities for Palliative Care in Public Health. *Annu Rev Public Health*. 2016 Mar 18;37:357–74.
8. Davis MP, Hui D. Quality of life in palliative care. *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. 2017;2(6):293–302.
9. Ranganathan A, Gunnarsson O, Casarett D. Palliative care and advance care planning for patients with advanced malignancies. *Ann Palliat Med*. 2014;3(3):144–9.
10. De Palma R, Fortuna D, Hegarty SE, Louis DZ, Melotti RM, Moro ML. Effectiveness of palliative care services: A population-based study of end-of-life care for cancer patients. *Palliat Med*. 2018 Sep 11;32(8):1344–52.
11. Higginson IJ, Evans CJ. What Is the Evidence That Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients and Their Families? *Cancer J*. 2010 Sep;16(5):423–35.
12. Sarfati D. Why social inequalities matter in the cancer continuum. In: Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R, editors. *Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research*. International Agency for Research on Cancer; 2019.
13. Minas TZ, Kiely M, Ajao A, Ambs S. An overview of cancer health disparities: new approaches and insights and why they matter. *Carcinogenesis*. 2021 Feb 11;42(1):2–13.



14. Parajuli J, Tark A, Jao YL, Hupcey J. Barriers to palliative and hospice care utilization in older adults with cancer: A systematic review. *J Geriatr Oncol*. 2020 Jan 1;11(1):8–16.
15. Cerni J, Rhee J, Hosseinzadeh H. End-of-life cancer care resource utilisation in rural versus urban settings: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):1–15.
16. Maddison AR, Asada Y, Urquhart R. Inequity in access to cancer care: a review of the Canadian literature. *Cancer Causes Control*. 2011 Jan 8;22(3):359–66.
17. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *Int J Heal Serv*. 1992 Jul;22(3):429–45.
18. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2008 Sep 1;22(5):465–73.
19. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26(2):182–9.
20. Griggs JJ. Disparities in palliative care in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2020 Mar 20;38(9):974–9.
21. McGrail K, Morgan J, Siddiqi A. Looking back and moving forward: Addressing health inequities after COVID-19. *Lancet Reg Heal Am*. 2022 May 1;9.
22. Paremoer L, Nandi S, Serag H, Baum F. Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ*. 2021 Jan 29;372.
23. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: A global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Jun;45(6):1094–106.
24. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Apr 1;59(4):794-807.e4.
25. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Heal*. 2019 Jul 1;7(7):e883–92.
26. Chalkidou K, Marquez P, Dhillon PK, Teerawattananon Y, Anothaisintawee T, Gadelha CAG, et al. Evidence-informed frameworks for cost-effective cancer care and prevention in low, middle, and high-income countries. *Lancet Oncol*. 2014 Mar 1;15(3):e119–31.
27. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*. 2018 May 1;50(Suppl 1):41–65.



28. De la Torre Gálvez I. Cuidados enfermeros al paciente oncológico. Vértice; 2008. 292 p.
29. World Health Organization (WHO). Cancer [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.who.int/es>
30. Sanz Fernández ME, Molinero Blanco E. Cuidados paliativos en el paciente oncológico. Med. 2013;11(27):1669–76.
31. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May 1;71(3):209–49.
32. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2021.
33. Oliver Wyman. El impacto económico y social del cáncer en España. Madrid; 2020.
34. Saunders C. The evolution of palliative care. J R Soc Med. 2001;94(9):430–2.
35. Floriani CA, Schramm FR. How might Levinas' concept of the other's priority and Derrida's unconditional hospitality contribute to the philosophy of the modern hospice movement? Palliat Support Care. 2010 Jun;8(2):215–20.
36. Meier DE, McCormick E, Lagman RL. Hospice: Philosophy of care and appropriate utilization in the United States - UpToDate [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://www.uptodate.com>
37. Graven V, Timm H. Hospice Philosophy in Practice—Toward an Authentic Death. Omega. 2021 Jun 1;83(2):325–42.
38. Gómez-Batiste X, Amblàs J, Costa X, Lasmarías C, Santa Eugènia S, Sanchez P, et al. Development of Palliative Care: Past, Present, and Future. In: MacLeod R, Van den Block L, editors. Textbook of Palliative Care. Springer, Cham; 2019. p. 77–88.
39. Hui D, Bruera E, D. H, E. B. Models of integration of oncology and palliative care. Ann Palliat Med. 2015 Jul;4(3):89–98.
40. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care. Ginebra; 1994.
41. Librada S, Herrera E, Pastrana T. Atención centrada en la persona al final de la vida: Atención sociosanitaria integrada en cuidados paliativos. Actas Coord Sociosanitaria. 2015;13:1–129.
42. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manage. 2020 Oct 1;60(4):754–64.
43. International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC). Palliative Care



- Definition [Internet]. [cited 2022 Dec 10]. Available from:
<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
44. Grupo de Trabajo para el Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Proceso de Atención y Mejora en la Fase Final de la Vida. Vitoria-Gasteiz; 2016.
 45. Bausewein C, Daveson B, Simon S, Higginson I. Outcome Measurement in Palliative Care. The Essentials. PRISMA Reflecting the Positive Diversities of European Priorities for Research and Measurement in End-of-Life Care. 2011;
 46. Agarwal R, Epstein AS. The Role of Palliative Care in Oncology. *Semin Intervent Radiol*. 2017 Dec 14;34(4):307–12.
 47. Hui D, De La Cruz M, Mori M, Parsons HA, Kwon JH, Torres-Vigil I, et al. Concepts and definitions for “supportive care,” “best supportive care,” “palliative care,” and “hospice care” in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer*. 2013 Mar;21(3):659–85.
 48. Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). What is Supportive Care? [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 19]. Available from:
<https://mascc.org/what-is-supportive-care/>
 49. Saga Y, Enokido M, Iwata Y, Ogawa A. Transitions in palliative care: conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. *Chinese Clin Oncol*. 2018 Jun 1;7(3):32.
 50. Kaur J, Mohanti BK. Transition from curative to palliative care in cancer. *Indian J Palliat Care*. 2011 Jan;17(1):1–5.
 51. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen*. 2016;42(8):566–74.
 52. Spelten ER, Geerse O, van Vuuren J, Timmis J, Blanch B, Duijts S, et al. Factors influencing the engagement of cancer patients with advance care planning: A scoping review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 May 9;28(3):1–13.
 53. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. 2017 Sep;18(9):e543–51.
 54. Rodríguez-Gómez M, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Pastor-Moreno G, Henares-Montiel J. Cuidados paliativos y desigualdades sociales en cáncer. Una revisión narrativa de la literatura. *Med Paliativa*. (En prensa).
 55. Are M, McIntyre A, Reddy S. Global disparities in cancer pain management and palliative care. *J Surg Oncol*. 2017 Apr;115(5):637–41.
 56. Alexander K, Goldberg J, Korc-Grodzicki B. Palliative Care and Symptom



- Management in Older Patients with Cancer. *Clin Geriatr Med.* 2016 Feb;32(1):45–62.
57. Shih K, Reddy SK, Dev R. Pain Management and Symptom Control. In: Kantarjian HM, Wolff RA, editors. *The MD anderson manual of medical oncology.* 3rd ed. New-York; 2016.
 58. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *J Clin Oncol.* 2020 Mar 20;38(9):905–14.
 59. Osborne CM, Mullard AP. A review of systemic anticancer therapy in disease palliation. *Br Med Bull.* 2018 Mar 1;125(1):43–53.
 60. Bátiz J. Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos. *Gac Médica Bilbao.* 2014 Jul 15;111(3):57–62.
 61. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Souza JM, Weeks JC, Block SD, et al. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Heal Care.* 2005 Dec;17(6):505–9.
 62. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: Is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol.* 2008;26(23):3860–6.
 63. Mathews J, Hannon B, Zimmermann C. Models of Integration of Specialized Palliative Care with Oncology. *Curr Treat Options Oncol.* 2021 Apr 8;22(5):44.
 64. Barbera L, Seow H, Sutradhar R, Chu A, Burge F, Fassbender K, et al. Quality indicators of end-of-life care in patients with cancer: What rate is right? *J Oncol Pract.* 2015 May;11(3):e279–87.
 65. Ali M, Capel M, Jones G, Gazi T. The importance of identifying preferred place of death. *BMJ Support Palliat Care.* 2019 Mar;9(1):84–91.
 66. Fereidouni A, Rassouli M, Salesi M, Ashrafizadeh H, Vahedian-Azimi A, Barasteh S. Preferred Place of Death in Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2021 Aug 27;12:704590.
 67. Ko M-C, Huang S-J, Chen C-C, Chang Y-P, Lien H-Y, Lin J-Y, et al. Factors predicting a home death among home palliative care recipients. *Medicine (Baltimore).* 2017 Oct;96(41):1–7.
 68. Driessen A, Borgstrom E, Cohn S. Placing death and dying: Making place at the end of life. *Soc Sci Med.* 2021 Dec 1;291:113974.
 69. Wajid M, Rajkumar E, Romate J, George AJ, Lakshmi R, Simha S. Why is hospice care important? An exploration of its benefits for patients with terminal cancer. *BMC Palliat Care.* 2021;20(70):1–8.
 70. Smets T, Pivodic L, Piers R, Pasma HRW, Engels Y, Szczerbińska K, et al. The



- palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. *Palliat Med.* 2018 Oct;32(9):1487–97.
71. Honinx E, Van den Block L, Piers R, Onwuteaka-Philipsen BD, Payne S, Szczerbińska K, et al. Large differences in the organization of palliative care in nursing homes in six European countries: findings from the PACE cross-sectional study. *BMC Palliat Care.* 2021;20(1):131.
 72. Gomes B, Calanzani N, Koffman J, Higginson IJ. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. *BMC Med.* 2015 Oct 9;13(1):1–14.
 73. García-Sanjuán S, Fernández-Alcántara M, Clement-Carbonell V, Campos-Calderón CP, Orts-Beneito N, Cabañero-Martínez MJ. Levels and Determinants of Place-Of-Death Congruence in Palliative Patients: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2022 Jan 13;12:807869.
 74. Palomino MPA, Grande GML, Linares AM. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev Int Sociol.* 2014 Jun 30;72(Extra_1):45–70.
 75. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008;22(5):465–73.
 76. Hernández-Aguado I, Santaolaya CM, Campos EP. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012 Mar;26(Suppl 1):6–13.
 77. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2015.
 78. MacGuire FAS. Reducing Health Inequalities in Aging Through Policy Frameworks and Interventions. *Front Public Heal.* 2020 Jul 31;8:315.
 79. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist.* 1969;9(4):243–6.
 80. Dixon J, King D, Matosevic T, Clark M, Knapp M, Fellow R. Equity in the Provision of Palliative Care in the UK: Review of Evidence About the authors. Personal Social Services Research Unit. 2015.
 81. Hall S, Petkova H, Tsouros AD, Costantini M, Higginson IJ. Palliative care for older people: better practices. World Health Organization. Copenhagen; 2011.
 82. Abdelaal M, Mosher PJ, Gupta A, Hannon B, Cameron C, Berman M, et al. Supporting the Needs of Adolescents and Young Adults: Integrated Palliative Care and Psychiatry Clinic for Adolescents and Young Adults with Cancer. *Cancers (Basel).* 2021 Feb 12;13(4):770.



83. Davies N. Reducing inequalities in healthcare provision for older adults. *Nurs Stand*. 2011 Jun 15;25(41):49–55.
84. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). *Health Inequalities in Old Age*. 2018.
85. Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosrati E, Magar V. Gender, health and the 2030 Agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ*. 2018 Sep 1;96(9):644–53.
86. Vargas C, Lutz M, Papuzinski C, Arancibia M. Género, mujeres e investigación científica. *Medwave*. 2020 Mar 31;20(2):e7857.
87. Vera R, Juan-Vidal O, María ·, Safont-Aguilera J, Francisco ·, De La Peña A, et al. Sex differences in the diagnosis, treatment and prognosis of cancer: the rationale for an individualised approach. *Clin Transl Oncol*. 2023;
88. Lee E, Wen P. Gender and sex disparity in cancer trials. *ESMO Open*. 2020 Aug 18;5(Suppl 4):e000773.
89. Ford CL, Harawa NT. A new conceptualization of ethnicity for social epidemiologic and health equity research. *Soc Sci Med*. 2010 Jul;71(2):2–51258.
90. Kapadia D, Zhang J, Salway S, Nazroo J, Booth A, Villarroel-Williams N, et al. *Ethnic Inequalities in Healthcare: A Rapid Evidence Review*. Manchester; 2022.
91. Yearby R, Clark B, Figueroa JF. Structural Racism In Historical And Modern US Health Care Policy. *Health Aff*. 2022 Feb 7;41(2):187–94.
92. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Aff*. 2002;21(2):60–76.
93. Arpey NC, Gaglioti AH, Rosenbaum ME. How socioeconomic status affects patient perceptions of health care: A qualitative study. *J Prim Care Community Heal*. 2017 Jul;8(3):169–75.
94. Caballo B, Dey S, Prabhu P, Seal B, Chu P. The Effects of Socioeconomic Status on the Quality and Accessibility of Healthcare Services. *Across Spectr Socioecon*. 2021;1(4):1–15.
95. van Lenthe F, Mackenbach J. Socioeconomic inequalities in health in high-income countries: The facts and the options. In: Detels R, Karim Q, Baum F, Li L, Leyland A, editors. *Oxford Textbook of Global Public Health*. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2021.
96. Delamater PL, Messina JP, Shortridge AM, Grady SC. Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *Int J Health Geogr*. 2012;11(15):1–18.
97. Lutfiyya MN, McCullough JE, Haller I V., Waring SC, Bianco JA, Lipsky MS. Rurality as a Root or Fundamental Social Determinant of Health. *Dis a Mon*. 2012 Nov;58(11):620–8.



98. Australian Institute of Health and Welfare. Rural and remote health [Internet]. 2022. [cited 2023 Mar 30]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/reports/rural-remote-australians/rural-and-remote-health>
99. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127–40.
100. dos-Santos-Silva I, Gupta S, Orem J, Shulman LN. Global disparities in access to cancer care. *Commun Med* 2022 21. 2022 Apr 7;2(1):1–4.
101. Fernández Marcos A, De Haro Gázquez D, Fernández Sánchez B, Díez Muñiz E, Puyo Escolar M, Yélamos Agua C, et al. Impacto del cáncer en España. Una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales. Madrid; 2022.
102. Ministerio de Sanidad y Consumo. Actualización Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.
103. Metelli S, Chaimani A. Challenges in meta-analyses with observational studies. *Evid Based Ment Health*. 2020;23:83–7.
104. Crescitelli MED, Ghirotto L, Artioli G, Sarli L. Opening the horizons of clinical reasoning to qualitative research. *Acta Biomed*. 2019;90(11-S):8–16.
105. Antequera A, Lawson DO, Noorduyt SG, Dewidar O, Avey M, Bhutta ZA, et al. Improving social justice in covid-19 health research: Interim guidelines for reporting health equity in observational studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 4;18(17):9357.
106. Carlson MDA, Morrison RS. Study Design, Precision, and Validity in Observational Studies. *J Palliat Med*. 2009 Jan;12(1):77–82.
107. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med*. 2009 Jul 21;6(339):b2700.
108. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009 Jul 21;339:b2535.
109. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71.
110. Wells G, Shea B, O’Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M TP. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. *Secondary The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Ottawa Hosp Res Inst. 2015;



111. Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Ann Palliat Med*. 2015 Jul;4(3):99–121.
112. Herzog R, Álvarez-Pasquin MJ, Díaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, Gil Á. Are healthcare workers intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. *BMC Public Health*. 2013 Feb 19;13:1–17.
113. Abdollah F, Sammon JD, Majumder K, Reznor G, Gandaglia G, Sood A, et al. Racial Disparities in End-of-Life Care Among Patients With Prostate Cancer: A Population-Based Study. *J Natl Compr Cancer Netw*. 2015 Sep;13(9):1131–8.
114. Asli LM, Myklebust TA, Kvaloy SO, Jetne V, Moller B, Levernes SG, et al. Factors influencing access to palliative radiotherapy: a Norwegian population-based study. *Acta Oncol (Madr)*. 2018 Sep;57(9):1250–8.
115. Craigs CL, West RM, Hurlow A, Bennett MI, Ziegler LE. Access to hospital and community palliative care for patients with advanced cancer: A longitudinal population analysis. *PLoS One*. 2018 Aug 8;13(8):e0200071.
116. Dumbrava MI, Burmeister EA, Wyld D, Goldstein D, O’Connell DL, Beesley VL, et al. Chemotherapy in patients with unresected pancreatic cancer in Australia: A population-based study of uptake and survival. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2018 Aug;14(4):326–36.
117. French J, McGahan C, Duncan G, Mmath CC, Soo J, Lengoc S, et al. Inequities in access: how utilization of palliative radiation therapy in British Columbia varies with geography. *J Med Imaging Radiat Sci*. 2008 Jun;39(2):75–80.
118. Garrido MM, Harrington ST, Prigerson HG. End-of-life treatment preferences: a key to reducing ethnic/racial disparities in advance care planning? *Cancer*. 2014 Dec;120(24):3981–6.
119. Gatrell AC, Harman JC, Francis BJ, Thomas C, Morris SM, McIlmurray M. Place of death: analysis of cancer deaths in part of North West England. *J Public Health Med*. 2003 Mar;25(1):53–8.
120. Heller D, Jean R, Chiu A, Feder S, Kurbatov V, Cha C, et al. Regional Differences in Palliative Care Utilization Among Geriatric Colorectal Cancer Patients Needing Emergent Surgery. *J Gastrointest Surg*. 2019 Jan;23(1):153–62.
121. Huang CY, Hung YT, Chang CM, Juang SY, Lee CC. The association between individual income and aggressive end-of-life treatment in older cancer decedents in Taiwan. *PLoS One*. 2015 Jan 13;10(1):e0116913.
122. Huang J, Zhou S, Groome P, Tyldesley S, Zhang-Solomans J, Mackillop W. Factors affecting the use of palliative radiotherapy in Ontario. *J Clin Oncol*. 2001 Jan 1;19(1):137–44.
123. Hunt RW, Fazekas BS, Luke CG, Roder DM. Where patients with cancer die in South Australia, 1990-1999: a population-based review. *Med J Aust*. 2001



- Nov;175(10):526–9.
124. Hunt RW, Fazekas BS, Luke CG, Priest KR, Roder DM. The coverage of cancer patients by designated palliative services: a population-based study, South Australia, 1999. *Palliat Med.* 2002;16(5):403–9.
 125. Barbera L, Sussman J, Viola R, Husain A, Howell D, Librach SL, et al. Factors Associated with End-of-Life Health Service Use in Patients Dying of Cancer. *Healthc Policy.* 2010;5(3):e-125-e143.
 126. Johnston GM, Boyd CJ, Joseph P, MacIntyre M, Johnston GM, Boyd CJ, et al. Variation in delivery of palliative radiotherapy to persons dying of cancer in nova scotia, 1994 to 1998. *J Clin Oncol.* 2001 Jul;19(14):3323–32.
 127. Karanth S, Rajan SS, Sharma G, Yamal J-M, Morgan RO. Racial-Ethnic Disparities in End-of-Life Care Quality among Lung Cancer Patients: A SEER-Medicare-Based Study. *J Thorac Oncol.* 2018 Aug;13(8):1083–93.
 128. Kirtane K, Downey L, Curtis JR, Engelberg RA, Lee SJ. Intensity of End-of-Life Care for Patients with Hematologic Malignancies and the Role of Race/Ethnicity. *J Palliat Med.* 2018 Oct;21(10):1466–71.
 129. Koffman J, Burke G, Dias A, Raval B, Byrne J, Gonzales J, et al. Demographic factors and awareness of palliative care and related services. *Palliat Med.* 2007 Mar;21(2):145–53.
 130. Koroukian SM, Schiltz NK, Warner DF, Given CW, Schluchter M, Owusu C, et al. Social determinants, multimorbidity, and patterns of end-of-life care in older adults dying from cancer. *J Geriatr Oncol.* 2017 Mar;8(2):117–24.
 131. Lackan NA, Freeman JL, Goodwin JS. Hospice use by older women dying with breast cancer between 1991 and 1996. *J Palliat Care.* 2003;19(1):49–53.
 132. Lavergne MR, Johnston GM, Gao J, Dummer TJB, Rheaume DE. Variation in the use of palliative radiotherapy at end of life: Examining demographic, clinical, health service, and geographic factors in a population-based study. *Palliat Med.* 2011 Mar;25(2):101–10.
 133. López-Valcárcel BG, Pinilla J, Barber P. Dying at home for terminal cancer patients: differences by level of education and municipality of residence in Spain. *Gac Sanit.* 2019;33(6):568–74.
 134. Maddison AR, Asada Y, Burge F, Johnston GW, Urquhart R. Inequalities in end-of-life care for colorectal cancer patients in Nova Scotia, Canada. *J Palliat Care.* 2012;28(2):90–6.
 135. Nayar P, Qiu F, Watanabe-Galloway S, Boilesen E, Wang H, Lander L, et al. Disparities in End of Life Care for Elderly Lung Cancer Patients. *J Community Health.* 2014 Oct;39(5):1012–9.
 136. Burge FI, Lawson B, Johnston G. Where a Cancer Patient Dies: The Effect of Rural



- Residency. *J Rural Heal.* 2005;21(3):233–8.
137. Neergaard MA, Jensen AB, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Socioeconomic position and place of death of cancer patients. *BMJ Support Palliat Care.* 2012 Jun;2(2):133–9.
 138. Ohlen J, Cohen J, Hakanson C. Determinants in the place of death for people with different cancer types: a national population-based study. *Acta Oncol (Madr).* 2017 Mar;56(3):455–61.
 139. Okafor PN, Stobaugh DJ, Nnadi AK, Talwalkar JA. Determinants of Palliative Care Utilization Among Patients Hospitalized With Metastatic Gastrointestinal Malignancies. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017;34(3):269–74.
 140. Papke J, Koch R. Places of death from cancer in a rural location. *Onkologie.* 2007 Mar;30(3):105–8.
 141. Pinheiro LC, Check DK, Rosenstein D, Reeder-Hayes KE, Dusetzina S. Examining potential gaps in supportive medication use for US and foreign-born Hispanic women with breast cancer. *Support Care Cancer.* 2019 May;27(5):1639–46.
 142. Rosenfeld EB, Chan JK, Gardner AB, Curry N, Delic L, Kapp DS. Disparities Associated With Inpatient Palliative Care Utilization by Patients With Metastatic Gynecologic Cancers: A Study of 3337 Women. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018 Apr;35(4):697–703.
 143. Rubens M, Ramamoorthy V, Saxena A, Das S, Appunni S, Rana S, et al. Palliative Care Consultation Trends Among Hospitalized Patients With Advanced Cancer in the United States, 2005 to 2014. *Am J Hosp Palliat Care.* 2019 Apr;36(4):294–301.
 144. Saeed F, Hoerger M, Norton SA, Guancial E, Epstein RM, Duberstein PR. Preference for Palliative Care in Cancer Patients: Are Men and Women Alike? *J Pain Symptom Manage.* 2018 Jul;56(1):1–6.e1.
 145. Saeed F, Xing G, Tancredi DJ, Epstein RM, Fiscella KA, Norton SA, et al. Is annual income a predictor of completion of advance directives (ADs) in patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Med.* 2019 May;36(5):402–7.
 146. Sharma RK, Cameron KA, Chmiel JS, Von Roenn JH, Szmulowicz E, Prigerson HG, et al. Racial/Ethnic Differences in Inpatient Palliative Care Consultation for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol.* 2015;33(32):3802–8.
 147. Burge FI, Lawson BJ, Johnston GM, Grunfeld E. A population-based study of age inequalities in access to palliative care among cancer patients. *Med Care.* 2008;46(12):1203–11.
 148. Sharp L, Westman B, Olofsson A, Leppänen A, Henriksson R. Access to supportive care during and after cancer treatment and the impact of socioeconomic factors. *Acta Oncol (Madr).* 2018;57(10):1303–10.



149. Smith AK, McCarthy EP, Paulk E, Balboni TA, Maciejewski PK, Block SD, et al. Racial and ethnic differences in advance care planning among patients with cancer: impact of terminal illness acknowledgment, religiousness, and treatment preferences. *J Clin Oncol*. 2008 Sep;26(25):4131–7.
150. Tang ST, Liu TW, Shyu Y-IL, Huang EW, Koong SL, Hsiao SC. Impact of age on end-of-life care for adult Taiwanese cancer decedents, 2001-2006. *Palliat Med*. 2012 Jan;26(1):80–8.
151. Taylor JS, Brown AJ, Prescott LS, Sun CC, Ramondetta LM, Bodurka DC. Dying well: How equal is end of life care among gynecologic oncology patients?. *Gynecol Oncol*. 2016;140(2):295–300.
152. Taylor JS, Rajan SS, Zhang N, Meyer LA, Ramondetta LM, Bodurka DC, et al. End-of-life racial and ethnic disparities among patients with ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 2017 Jun 1;35(16):1829–35.
153. Taylor JS, Zhang N, Rajan SS, Chavez-MacGregor M, Zhao H, Niu J, et al. How we use hospice: Hospice enrollment patterns and costs in elderly ovarian cancer patients. *Gynecol Oncol*. 2019 Mar;152(3):452–8.
154. Walter J, Tufman A, Leidl R, Holle R, Schwarzkopf L. Rural versus urban differences in end-of-life care for lung cancer patients in Germany. *Support Care Cancer*. 2018 Jul;26(7):2275–83.
155. Watanabe-Galloway S, Zhang W, Watkins K, Islam K, Nayar P, Boilesen E, et al. Quality of End-of-Life Care Among Rural Medicare Beneficiaries With Colorectal Cancer. *J Rural Heal*. 2014 Sep;30(4):397–405.
156. Wong J, Xu B, Yeung H, Roeland E, Martinez M, Le Q, et al. Age disparity in palliative radiation therapy among patients with advanced cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2014 Sep 1;90(1):224–30.
157. Adersen M, Chen IM, Rasmussen LS, Johansen JS, Nissen M, Groenvold M, et al. Regional and age differences in specialised palliative care for patients with pancreatic cancer. *BMC Palliat Care*. 2021 Dec 20;20:1–9.
158. Chang CM, Wu CC, Yin WY, Juang SY, Yu CH, Lee CC. Low socioeconomic status is associated with more aggressive end-of-life care for working-age terminal cancer patients. *Oncologist*. 2014 Dec;19(12):1241–8.
159. Alterio RE, Ju MR, Wang SC, Mansour JC, Yopp A, Porembka MR. Socioeconomic and racial/ethnic disparities in receipt of palliative care among patients with metastatic hepatocellular carcinoma. *J Surg Oncol*. 2021 Dec;124(8):1365–72.
160. Bergqvist J, Hedman C, Schultz T, Strang P. Equal receipt of specialized palliative care in breast and prostate cancer: a register study. *Support Care Cancer*. 2022 Sep;30(9):7721–30.
161. Chen Y, Criss SD, Watson TR, Eckel A, Palazzo L, Tramontano AC, et al. Cost and Utilization of Lung Cancer End-of-Life Care Among Racial-Ethnic Minority Groups



- in the United States. *Oncologist*. 2020 Jan;25(1):e120–9.
162. Davaro FM, Weinstein D, Siddiqui SA, Hamilton ZA. A Lack of Palliative Therapy Use in Patients With Advanced Penile Cancer. *J Palliat Care*. 2021 Apr;36(2):98–104.
 163. Deeb S, Chino FL, Diamond LC, Tao A, Aragonés A, Shahrokni A, et al. Disparities in Care Management During Terminal Hospitalization Among Adults With Metastatic Cancer From 2010 to 2017. *JAMA Netw open*. 2021 Sep 22;4(9):e2125328.
 164. D’Angelo D, Di Nitto M, Giannarelli D, Croci I, Latina R, Marchetti A, et al. Inequity in palliative care service full utilisation among patients with advanced cancer: a retrospective Cohort study. *Acta Oncol*. 2020 Jun 2;59(6):620–7.
 165. Han H, Yu F, Wu C, Dai L, Ruan Y, Cao Y, et al. Trends and Utilization of Inpatient Palliative Care Among Patients With Metastatic Bladder Cancer. *J Palliat Care*. 2021 Apr;36(2):105–12.
 166. Hegagi M, James P, Hsu A, Tanuseputro P. Home Care Use and Out-of-Hospital Death in Pancreatic Cancer Patients: A Retrospective Cohort Study. *J Palliat Care*. 2022;38(2):175–83.
 167. Hu L, Chu Q, Fan Z, Chen Y. Discussion of advance care planning on end-of-life decisions with lung cancer patients in Wuhan, China: attitude, timing and future directions. *Intern Med J*. 2021 Dec;51(12):2111–8.
 168. Islam JY, Deveaux A, Previs RA, Akinyemiju T. Racial and ethnic disparities in palliative care utilization among gynecological cancer patients. *Gynecol Oncol*. 2021 Feb;160(2):469–76.
 169. Check DK, Reeder-Hayes KE, Basch EM, Zullig LL, Weinberger M, Dusetzina SB. Investigating racial disparities in use of NK1 receptor antagonists to prevent chemotherapy-induced nausea and vomiting among women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2016;156(2):351–9.
 170. Islam JY, Saraiya V, Previs RA, Akinyemiju T. Health Care Access Measures and Palliative Care Use by Race/Ethnicity among Metastatic Gynecological Cancer Patients in the United States. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 4;18(11):6040.
 171. Jackson I, Jackson N, Etuk A. Prevalence and Factors Associated with Palliative Care Utilization among Hospitalized Patients with Esophageal Cancer in the United States. *J Palliat Care*. 2022;38(2):192–9.
 172. Jin MC, Hsin G, Ratliff J, Thomas R, Zygourakis CC, Li G, et al. Modifiers of and Disparities in Palliative and Supportive Care Timing and Utilization among Neurosurgical Patients with Malignant Central Nervous System Tumors. *Cancers (Basel)*. 2022 May 23;14(10):2567.
 173. Lee K, Gani F, Canner JK, Johnston FM. Racial Disparities in Utilization of



- Palliative Care Among Patients Admitted With Advanced Solid Organ Malignancies. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 Jun;38(6):539–46.
174. Lindskog M, Schultz T, Strang P. Acute healthcare utilization in end-of-life among Swedish brain tumor patients - a population based register study. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):133.
175. Milki A, Mann AK, Gardner A, Kapp DS, English D, Chan JK. Trends in the Utilization of Palliative Care in Patients With Gynecologic Cancer Who Subsequently Died During Hospitalization. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 Feb;38(2):138–46.
176. Mullins MA, Ruterbusch JJ, Clarke P, Uppal S, Wallner LP, Cote ML. Trends and racial disparities in aggressive end-of-life care for a national sample of women with ovarian cancer. *Cancer*. 2021 Jul 1;127(13):2229–37.
177. Perry LM, Walsh LE, Horswell R, Miele L, Chu S, Melancon B, et al. Racial Disparities in End-of-Life Care between Black and White Adults with Metastatic Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2021 Feb;61(2):342–9.
178. Ramos-Fernández MR, Ortiz-Ortiz KJ, Torres-Cintrón CR, Tortolero-Luna G. Patterns of End-of-Life Care as Measured by Emergency Room Visits Among Cancer Patients in Puerto Rico. *Am J Hosp Palliat Care*. 2022 Jan;39(1):72–8.
179. O'Mahony S, Kittelson S, Barker PC, Delgado Guay MO, Yao Y, Handzo GF, et al. Association of Race with End-of-Life Treatment Preferences in Older Adults with Cancer Receiving Outpatient Palliative Care. *J Palliat Med*. 2021 Aug;24(8):1174–82.
180. Check DK, Samuel CA, Rosenstein DL, Dusetzina SB. Investigation of racial disparities in early supportive medication use and end-of-life care among medicare beneficiaries with stage IV breast cancer. *J Clin Oncol*. 2016 Jul 1;34(19):2265–70.
181. Sedhom R, Kuo PL, Gupta A, Smith TJ, Chino F, Carducci MA, et al. Changes in the place of death for older adults with cancer: Reason to celebrate or a risk for unintended disparities? *J Geriatr Oncol*. 2021 Apr;12(3):361–7.
182. Lai YJ, Chen YY, Ko MC, Chou YS, Huang LY, Chen YT, et al. Low Socioeconomic Status Associated With Lower Utilization of Hospice Care Services During End-of-Life Treatment in Patients With Cancer: A Population-Based Cohort Study. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Aug;60(2):309–315.e1.
183. Li Z, Jiang S, Xu C, Lu F, He R, Pan Z, et al. Determinants of place of death for end-stage cancer patients: evidence from China. *Int J Qual Heal care*. 2020 Apr 21;32(1):41–7.
184. Colibaseanu DT, Osagiede O, Spaulding AC, Frank RD, Merchea A, Mathis KL, et al. The Determinants of Palliative Care Use in Patients With Colorectal Cancer: A National Study. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018 Oct;35(10):1295–303.



185. Coupland VH, Madden P, Jack RH, Møller H, Davies EA. Does place of death from cancer vary between ethnic groups in South East England? *Palliat Med.* 2011 Jun;25(4):314–22.
186. McDermott E, Selman LE. Cultural Factors Influencing Advance Care Planning in Progressive, Incurable Disease: A Systematic Review With Narrative Synthesis. *J Pain Symptom Manage.* 2018 Oct;56(4):613–36.
187. Samuel CA, Corbie-Smith G, Cykert S. Racial/Ethnic Disparities in Pain Burden and Pain Management in the Context of Opioid Overdose Risk. *Curr Epidemiol Reports.* 2019 Apr 29;6(2):275–89.
188. Henson LA, Gao W, Higginson IJ, Smith M, Davies JM, Ellis-Smith C, et al. Emergency department attendance by patients with cancer in their last month of life: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2015 Feb 1;33(4):370–6.
189. Gardner DS, Doherty M, Bates G, Koplow A, Johnson S. Racial and ethnic disparities in palliative care: A systematic scoping review. *Fam Soc.* 2018 Oct 29;99(4):301–16.
190. Kamal AH, Currow DC, Ritchie CS, Bull J, Abernethy AP. Community-Based Palliative Care: The Natural Evolution for Palliative Care Delivery in the U.S. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Aug;46(2):254–64.
191. Minamiguchi Y. Decision-Making about the Place of Death for Cancer Patients: A Concept Analysis. *Asia-Pacific J Oncol Nurs.* 2020 Jan;7(1):103–12.
192. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. 2015.
193. Care Quality Commission. A different ending. Addressing inequalities in end of life care. 2016.
194. Wedding U. Palliative care of patients with haematological malignancies: strategies to overcome difficulties via integrated care. *Lancet Heal Longev.* 2021 Nov;2(11):e746–53.
195. Harron K, Dibben C, Boyd J, Hjern A, Azimae M, Barreto ML, et al. Challenges in administrative data linkage for research. *Big Data Soc.* 2017 Dec 5;4(2).
196. Connelly R, Playford CJ, Gayle V, Dibben C. The role of administrative data in the big data revolution in social science research. *Soc Sci Res.* 2016 Sep;59:1–12.
197. Jutte DP, Roos LL, Brownell MD. Administrative record linkage as a tool for public health research. *Annu Rev Public Health.* 2011 Apr 21;32:91–108.
198. Mackenzie P, Vajdic C, Delaney G, Comans T, Morris L, Agar M, et al. Radiotherapy utilisation rates for patients with cancer as a function of age: A systematic review. *J Geriatr Oncol.* 2022 Oct 20;
199. Santivasi WL, Partain DK, Whitford KJ. The role of geriatric palliative care in



- hospitalized older adults. *Hosp Pract*. 2020 Mar;48(Suppl 1):37–47.
200. Lin CP, Cheng SY, Chen PJ. Advance Care Planning for Older People with Cancer and Its Implications in Asia: Highlighting the Mental Capacity and Relational Autonomy. *Geriatrics*. 2018 Jul 20;3(3):43.
201. Ullrich A, Grube K, Hlawatsch C, Bokemeyer C, Oechsle K. Exploring the gender dimension of problems and needs of patients receiving specialist palliative care in a German palliative care unit-the perspectives of patients and healthcare professionals. *BMC Palliat Care*. 2019 Jul 17;18(1):1–10.
202. Seifart C, Riera Knorrenschild J, Hofmann M, Nestoriuc Y, Rief W, von Blanckenburg P. Let us talk about death: gender effects in cancer patients' preferences for end-of-life discussions. *Support Care Cancer*. 2020 Oct 1;28(10):4667–75.
203. Gott M, Morgan T, Williams L. Gender and palliative care: a call to arms. *Palliat Care Soc Pract*. 2020 Oct 15;14:1–15.
204. Collins JW, Zoucha R, Lockhart JS, Mixer SJ. Cultural Aspects of End-of-Life Care Planning for African Americans: An Integrative Review of Literature. *J Transcult Nurs*. 2018 Nov;29(6):578–90.
205. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet (London, England)*. 2018 Apr 7;391(10128):1391–454.
206. Vernon E, Hughes MC, Kowalczyk M. Measuring effectiveness in community-based palliative care programs: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2022 Mar;296:114731.
207. Spilsbury K, Rosenwax L. Community-based specialist palliative care is associated with reduced hospital costs for people with non-cancer conditions during the last year of life. *BMC Palliat Care*. 2017 Dec 8;16(1):68.
208. Mills J, Abel J, Kellehear A, Patel M. Access to palliative care: the primacy of public health partnerships and community participation. *Lancet Public Heal*. 2021 Nov;6(11):e791–2.



ANEXOS

- ❖ **Anexo 1: Lista de verificación PRISMA 2020**
- ❖ **Anexo 2: Estrategia de búsqueda**
- ❖ **Anexo 3: Escalas para la evaluación del riesgo de sesgo. Escala NOS**
 - Anexo 3.1: Escala para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios de cohorte
 - Anexo 3.2: Escala para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios de casos y controles
 - Anexo 3.3: Escala para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios trasversales
- ❖ **Anexo 4: Descripción de las características de los estudios**
 - Anexo 4.1: Características bibliográficas de los estudios
 - Anexo 4.2: Características bibliográficas, ejes de desigualdad y calidad metodológica
 - Anexo 4.3: Resultados de la evaluación de la calidad metodológica
- ❖ **Anexo 5: Clasificación y análisis de los estudios según tipo de abordaje**
- ❖ **Anexo 6: Resumen de las características, ejes de desigualdad y tipo de abordaje de los estudios**
- ❖ **Anexo 7: Descripción de los cuidados paliativos según eje desigualdad y análisis de las desigualdades**
 - Anexo 7.1: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según la edad
 - Anexo 7.2: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según el sexo
 - Anexo 7.3: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según la etnia/raza
 - Anexo 7.4: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según el nivel socioeconómico
 - Anexo 7.5: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según el territorio

Anexo 1: Lista de verificación PRISMA 2020²

Tabla 10: Lista de verificación PRISMA 2020

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

² Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71.

Anexo 2: Estrategia de búsqueda

Términos

- 1) "Sexual minorit*" OR "Gender Minorit*" OR Homosexuality OR Bisexual* OR LGBT OR GLBT OR LGB OR GLBTQ OR "gender role*" OR "Gender identity" OR "Healthcare Disparities" OR "Healthcare Care Disparit*" OR "Healthcare Inequalit*" OR "Health Status Disparit*" OR Poverty OR "Vulnerable Population*" OR "Medical Indigency" OR Rural OR "low-income" OR inequit* OR inequalit* OR disadvantage* OR disparit* OR "inner-city" OR "Social Condition*" OR "Social Class*" OR "Ethnic Group*" OR "Cultural Diversity" OR "Minority Health" OR "Minority Group*" OR "Socioeconomic factors" AND
- 2) Neoplasms OR CANCER OR Oncology AND
- 3) "Terminal Care" OR "Palliative Care"

*PUBMED

Términos Mesh:

- Cancer[TW] incluye también el Mesh Cancer pain
- Oncology[TW] incluye también el Mesh Oncology nursing, Psicooncology

Búsqueda:

((("Neoplasms"[Mesh] OR CANCER[TW] OR Oncology[TW])) AND

("Terminal Care"[Mesh:noexp] OR "Palliative Care"[TW] OR "terminal care"[title/abstract]) AND

(Sexual minorit*[Title/Abstract] OR Gender Minorit*[Title/Abstract] OR "sexual and gender minorities"[Mesh] OR Homosexuality[TW] OR Bisexual*[Title/Abstract] OR LGBT[Title/Abstract] OR GLBT[Title/Abstract] OR LGB[Title/Abstract] OR GLBTQ[Title/Abstract] OR gender role*[Title/Abstract] OR "Gender identity"[Mesh] OR "Healthcare Disparities"[TW] OR Healthcare Care Disparit*[Title/Abstract] OR Healthcare Inequalit*[Title/Abstract] OR Health Status Disparit*[TW] OR "Poverty Areas"[TW] OR Poverty[TW] OR Vulnerable Population*[Title/Abstract] OR "Medical Indigency"[Title/Abstract] OR Rural[TW] OR low-income[Title/Abstract] OR inequit*[Title/Abstract] OR inequalit*[Title/Abstract] OR disadvantage*[Title/Abstract] OR disparit*[Title/Abstract] OR inner-city[Title/Abstract] OR Social Condition*[Title/Abstract] OR Social Class*[Title/Abstract] OR Ethnic Group*[Title/Abstract] OR "Cultural Diversity"[Title/Abstract] OR "Minority Health"[MH] OR Minority Group*[TW] OR "Socioeconomic factors"[TW])) AND Humans[Mesh]) Sort by: Best Match Filters: Human

Anexo 3: Escalas para la evaluación del riesgo de sesgo. Escala NOS

Anexo 3.1: Escala para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios de cohorte

NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE para ESTUDIOS DE COHORTE

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Outcome categories. A maximum of two stars can be given for Comparability

Selection (maximum 4 stars)

- 1) Representativeness of the exposed cohort:
 - a) Truly representative of the average in the target population (random sample or whole population)*
 - b) Somewhat representative of the average in the target population*
 - c) Selected group of users
 - d) No description of the derivation of the cohort
- 2) Selection of the non-exposed cohort
 - a) Drawn from the same community as the exposed cohort*
 - b) Drawn from a different source
 - c) No description of the derivation of the non-exposed cohort
- 3) Ascertainment of exposure
 - a) Secure records or validated measurement tool*
 - b) Non-validated measurement tool (the tool is available or described)*
 - c) Self report
 - d) No description
- 4) Demonstration that outcome of interest was not present at start of study?
 - a) Yes*
 - b) No or not explicitly stated

Comparability (maximum 2 stars)

- 1) Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis
 - a) Study controls for age or gender*
 - b) Study controls for any additional factor additional factor*
 - c) Study does not control for any important factor or it is not described

Outcome (maximum 3)

- 1) Assessment of outcome
 - a) Secure records*
 - b) Record linkage*
 - c) Self report
 - d) No description
- 2) Was follow-up long enough for outcomes to occur
 - a) Yes* (>3 months)
 - b) No (<3 months) or not explicitly stated
- 3) Adequacy of follow up of cohorts
 - a) Complete follow up (all subjects accounted for)*
 - b) Subjects lost to follow up unlikely to introduce bias (<20% lost to follow up, or description provided of those lost)*
 - c) Follow up rate not adequate and no description of those lost
 - d) No statement

SCORE

High quality studies 9-7 stars

Medium 6-4 stars

Low <4 stars

Anexo 3.2: Escala para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios de casos y controles

NEWCASTLE-OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE para ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Exposure categories. A maximum of two stars can be given for Comparability.

Selection (maximum 4 stars)

- 1) Is the case definition adequate?
 - a) Yes, with independent validation *
 - b) Yes, eg record linkage or based on self-reports
 - c) No description
- 2) Representativeness of the cases
 - a) Consecutive or obviously representative series of cases *
 - b) Potential for selection biases or not stated
- 3) Selection of Controls
 - a) Community controls *
 - b) Hospital controls
 - c) No description
- 4) Definition of Controls
 - a) No history of disease (endpoint) *
 - b) No description of source

Comparability (maximum 2 stars)

- 1) Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis
 - a) Study controls for age or gender*
 - b) Study controls for any additional factor*
 - c) Study does not control for any important factor or it is not described

Exposure (maximum 3 stars)

- 1) Ascertainment of exposure
 - a) Secure records or validated measurement tool*
 - b) Non-validated measurement tool (the tool is available or described)*
 - c) Written self-report
 - d) No description
- 2) Same method of ascertainment for cases and controls
 - a) Yes *
 - b) No
- 3) Non-Response rate
 - a) Same rate for both groups *
 - b) Non respondents described
 - c) Rate different and no designation

SCORE

High quality studies 9-7 stars

Medium 6-4 stars

Low <4 stars

Anexo 3.3: Escala para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios trasnversales

NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE adaptada para ESTUDIOS TRANSVERSALES³

Note: A study can be awarded a maximum of one point for each numbered item with the Selection and Outcome categories. A maximum of two points can be given for Comparability.

Selection (maximum 5 stars)

1) Representativeness of the sample:

- a) Truly representative of the average in the target population (random sample or whole population)*
- b) Somewhat representative of the average in the target population*
- c) Selected group of users
- d) No description of the derivation of the sampling strategy.

2) Sample size:

- a) Justified and satisfactory (including sample size calculation)*
- b) Not justified.

3) Non-respondents:

- a) Comparability between respondents and non-respondents characteristics is established, and the response rate is satisfactory (>60%) *
- b) The response rate is unsatisfactory, or the comparability between respondents and non-respondents is unsatisfactory.
- c) No description of the response rate or the characteristics of the responders and the non-responders.

4) Ascertainment of exposure

- a) Secure records or validated measurement tool **
- b) Non-validated measurement tool (the tool is available or described)**
- c) Self report
- d) No description

Comparability (maximum 2 stars)

1) The subjects in different outcome groups are comparable, based on the study design or analysis.

Confounding factors are controlled.

- a) The study controls for age or gender*
- b) The study control for any additional factor *
- c) The study does not control for any important factor or it is not described

Outcome (maximum 3 stars)

1) Assessment of outcome

- a) Secure records**
- b) Record linkage**
- c) Self report
- d) No description

2) Statistical test:

- a) The statistical test used to analyze the data is clearly described and appropriate, and the measurement of the association is presented, including confidence intervals and the probability level (p value) *
- b) The statistical test is not appropriate, not described or incomplete.

SCORE High quality studies 10-7 stars Medium 6-4 stars Low <4 stars

³ Esta escala para evaluar la calidad metodológica de los estudios trasversales ha sido adaptada de la escala "Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale" para estudios de cohortes.

Herzog R, Álvarez-Pasquin MJ, Díaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, Gil Á. Are healthcare workers intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. BMC Public Health. 2013 Feb 19;13:1–17.

Anexo 4: Descripción de las características de los estudios

Anexo 4.1: Características bibliográficas de los estudios

Tabla 11: Características bibliográficas de los estudios finalmente incluidos en la revisión

N	Autor/año	Título
1	Abdollah et al. (113)	Racial Disparities in End-of-Life Care Among Patients With Prostate Cancer: A Population-Based Study 3
2	Adersen et al. (157)	Regional and age differences in specialised palliative care for patients with pancreatic cancer
3	Alterio et al. (159)	Socioeconomic and racial/ethnic disparities in receipt of palliative care among patients with metastatic hepatocellular carcinoma
4	Åsli et al. (114)	Factors influencing access to palliative radiotherapy: a Norwegian population-based study
5	Barbera et al. (125)	Factors Associated with End-of-Life Health Service Use in Patients Dying of Cancer
6	Bergqvist et al. (160)	Equal receipt of specialized palliative care in breast and prostate cancer: a register study
7	Burge et al. (136)	Where a Cancer Patient Dies: The Effect of Rural Residency
8	Burge et al. (147)	A population-based study of age inequalities in access to palliative care among cancer patients
9	Chang et al. (158)	Low socioeconomic status is associated with more aggressive end-of-life care for working-age terminal cancer patients
10	Check et al. (169)	Investigating racial disparities in use of NK1 receptor antagonists to prevent chemotherapy-induced nausea and vomiting among women with breast cancer
11	Check et al. (180)	Investigation of racial disparities in early supportive medication use and end-of-life care among Medicare beneficiaries with stage IV breast cancer
12	Chen et al. (161)	Cost and Utilization of Lung Cancer End-of-Life Care Among Racial-Ethnic Minority Groups in the United States
13	Colibaseanu et al. (184)	The Determinants of Palliative Care Use in Patients With Colorectal Cancer: A National Study
14	Coupland et al. (185)	Does place of death from cancer vary between ethnic groups in South East England?
15	Craigs et al. (115)	Access to hospital and community palliative care for patients with advanced cancer: A longitudinal population analysis
16	Davaro et al. (162)	A Lack of Palliative Therapy Use in Patients With Advanced Penile Cancer
17	Deeb et al. (163)	Disparities in Care Management During Terminal Hospitalization Among Adults With Metastatic Cancer From 2010 to 2017
18	Dumbrava et al. (116)	Chemotherapy in patients with unresected pancreatic cancer in Australia: A population-based study of uptake and survival
19	D'Angelo et al. (164)	Inequity in palliative care service full utilisation among patients with advanced cancer: a retrospective Cohort study
20	French et al. (117)	Inequities in access: how utilization of palliative radiation therapy in British Columbia varies with geography
21	Garrido et al. (118)	End-of-life treatment preferences: a key to reducing ethnic/racial disparities in advance care planning?
22	Gatrell et al. (119)	Place of death: analysis of cancer deaths in part of North West England
23	Han et al. (165)	Trends and Utilization of Inpatient Palliative Care Among Patients With Metastatic Bladder Cancer
24	Hegagi et al. (166)	Home Care Use and Out-of-Hospital Death in Pancreatic Cancer Patients: A Retrospective Cohort Study
25	Heller et al. (120)	Regional Differences in Palliative Care Utilization Among Geriatric Colorectal Cancer Patients Needing Emergent Surgery
26	Hu et al. (167)	Discussion of advance care planning on end-of-life decisions with lung cancer patients in Wuhan, China: attitude, timing and future directions
27	Huang et al. (121)	The association between individual income and aggressive end-of-life treatment in older cancer decedents in Taiwan
28	Huang et al. (122)	Factors affecting the use of palliative radiotherapy in Ontario
29	Hunt et al. (123)	Where patients with cancer die in South Australia, 1990-1999: a population-based review
30	Hunt et al. (124)	The coverage of cancer patients by designated palliative services: a population-based study, South Australia
31	Islam et al. (168)	Racial and ethnic disparities in palliative care utilization among gynecological cancer

		patients
32	Islam et al. (170)	Health Care Access Measures and Palliative Care Use by Race/Ethnicity among Metastatic Gynecological Cancer Patients in the United States
33	Jackson et al. (171)	Prevalence and Factors Associated with Palliative Care Utilization among Hospitalized Patients with Esophageal Cancer in the United States
34	Jin et al. (172)	Modifiers of and Disparities in Palliative and Supportive Care Timing and Utilization among Neurosurgical Patients with Malignant Central Nervous System Tumors
35	Johnston et al. (126)	Variation in delivery of palliative radiotherapy to persons dying of cancer in nova scotia, 1994 to 1998
36	Karanth et al. (127)	Racial-Ethnic Disparities in End-of-Life Care Quality among Lung Cancer Patients: A SEER-Medicare-Based Study
37	Kirtane et al. (128)	Intensity of End-of-Life Care for Patients with Hematologic Malignancies and the Role of Race/Ethnicity
38	Koffman et al. (129)	Demographic factors and awareness of palliative care and related services
39	Koroukian et al. (130)	Social determinants, multimorbidity, and patterns of end-of-life care in older adults dying from cancer
40	Lackan et al. (131)	Hospice use by older women dying with breast cancer between 1991 and 1996
41	Lai et al. (182)	Low Socioeconomic Status Associated With Lower Utilization of Hospice Care Services During End-of-Life Treatment in Patients With Cancer: A Population-Based Cohort Study
42	Lavergne et al. (132)	Variation in the use of palliative radiotherapy at end of life: Examining demographic, clinical, health service, and geographic factors in a population-based study
43	Lee et al. (173)	Racial Disparities in Utilization of Palliative Care Among Patients Admitted With Advanced Solid Organ Malignancies
44	Li et al. (183)	Determinants of place of death for end-stage cancer patients: evidence from China.
45	Lindskog et al. (174)	Acute healthcare utilization in end-of-life among Swedish brain tumor patients – a population based register study
46	López-Valcarcel et al. (133)	Dying at home for terminal cancer patients: differences by level of education and municipality of residence in Spain
47	Maddison et al. (134)	Inequalities in end-of-life care for colorectal cancer patients in Nova Scotia, Canada.
48	Milki et al. (175)	Trends in the Utilization of Palliative Care in Patients With Gynecologic Cancer Who Subsequently Died During Hospitalization
49	Mullins et al. (176)	Trends and racial disparities in aggressive end-of-life care for a national sample of women with ovarian cancer
50	Nayar et al. (135)	Disparities in End of Life Care for Elderly Lung Cancer Patients
51	Neergaard et al. (137)	Socioeconomic position and place of death of cancer patients
52	Okafor et al. (139)	Determinants of Palliative Care Utilization Among Patients Hospitalized With Metastatic Gastrointestinal Malignancies
53	Öhlén et al. (138)	Determinants in the place of death for people with different cancer types: a national population-based study
54	O'Mahony et al. (179)	Association of Race with End-of-Life Treatment Preferences in Older Adults with Cancer Receiving Outpatient Palliative Care
55	Papke et al. (140)	Places of death from cancer in a rural location
56	Perry et al. (177)	Racial Disparities in End-of-Life Care Between Black and White Adults With Metastatic Cancer
57	Pinheiro et al. (141)	Examining potential gaps in supportive medication use for US and foreign-born Hispanic women with breast cancer
58	Ramos-Fernández et al. (178)	Patterns of End-of-Life Care as Measured by Emergency Room Visits Among Cancer Patients in Puerto Rico
59	Rosenfeld et al. (142)	Disparities Associated With Inpatient Palliative Care Utilization by Patients With Metastatic Gynecologic Cancers: A Study of 3337 Women
60	Rubens et al. (143)	Palliative Care Consultation Trends Among Hospitalized Patients With Advanced Cancer in the United States, 2005 to 2014
61	Saeed et al. (144)	Preference for Palliative Care in Cancer Patients: Are Men and Women Alike?
62	Saeed et al. (145)	Is annual income a predictor of completion of advance directives (ADs) in patients with cancer
63	Sedhom et al. (181)	Changes in the place of death for older adults with cancer: Reason to celebrate or a risk for unintended disparities?
64	Sharma et al. (146)	Racial/Ethnic Differences in Inpatient Palliative Care Consultation for Patients With Advanced Cancer
65	Sharp et al. (148)	Access to supportive care during and after cancer treatment and the impact of socioeconomic factors
66	Smith et al. (149)	Racial and ethnic differences in advance care planning among patients with cancer: impact of terminal illness acknowledgment, religiousness, and treatment preferences

67	Tang et al. (150)	Impact of age on end-of-life care for adult Taiwanese cancer decedents, 2001-2006
68	Taylor et al. (151)	Dying well: How equal is end of life care among gynecologic oncology patients?
69	Taylor et al. (152)	End-of-Life Racial and Ethnic Disparities Among Patients With Ovarian Cancer
70	Taylor et al. (153)	How we use hospice: Hospice enrollment patterns and costs in elderly ovarian cancer patients
71	Walter et al. (154)	Rural versus urban differences in end-of-life care for lung cancer patients in Germany
72	Watanabe-Galloway et al. (155)	Quality of End-of-Life Care Among Rural Medicare Beneficiaries With Colorectal Cancer
73	Wong et al. (156)	Age Disparity in Palliative Radiation Therapy Among Patients With Advanced Cancer

Anexo 4.2: Características bibliográficas, ejes de desigualdad y calidad metodológica

Tabla 12: Características bibliográficas, ejes de desigualdad y calidad metodológica de los estudios

	N=73	%
Año de publicación		
2001	3	4,1
2002	1	1,4
2003	2	2,7
2005	1	1,4
2007	2	2,7
2008	3	4,1
2010	1	1,4
2011	2	2,7
2012	3	4,1
2014	5	6,8
2015	3	4,1
2016	3	4,1
2017	4	5,5
2018	10	13,7
2019	6	8,2
2020	4	5,5
2021	14	19,2
2022	6	8,2
País de publicación		
Estados Unidos	40	54,8
Canadá	8	10,9
Reino Unido	4	5,5
Suecia	4	5,5
Taiwán	4	5,5
Australia	3	4,1
Alemania	2	2,7
Dinamarca	2	2,7
China	2	2,7
Italia	1	1,4
Noruega	1	1,4
Puerto Rico	1	1,4
España	1	1,4
Tipo de cáncer		
Varios	40	54,8
Gastrointestinal	10	13,7
Ginecológico	8	10,9
Pulmón	5	6,8
Mama	4	5,5
Genitourinario	3	4,1
Sistema nervioso central	2	2,7

Hematológico	1	1,4
Diseño epidemiológico		
Cohortes	52	71,2
Casos y controles	-	-
Transversal	21	28,8
Instrumento recogida información		
Bases de datos administrativos	58	79,5
Registros médicos	2	2,7
Entrevista/cuestionario	4	5,5
Varios	9	12,3
Eje de desigualdad*§		
Edad	45	61,6
Sexo	44	60,3
Etnia/raza	40	54,8
Nivel socioeconómico	39	53,4
Territorio	22	30,1
Calidad metodológica		
Alta	61	83,6
Moderada	12	16,4
Baja	-	-

§La suma puede ser superior al número total de estudios incluidos (73), dado que el sistema de clasificación está basado en categorías no excluyentes.

*Ejes de desigualdad categorizados: 1. Edad; 2. Sexo; 3. Etnia/raza; 4. Nivel socioeconómico; 5. Territorio.

Anexo 4.3: Resultados de la evaluación de la calidad metodológica

Tabla 13: Resultados de la evaluación de la calidad metodológica de los estudios finalmente incluidos

Autor	Selección	Comparabilidad	Desenlace	Total
Bergqvist et al. (160)	*****	**	***	10
Abdollah et al. (113)	****	**	***	9
Åsli et al. (114)	****	**	***	9
Barbera et al. (125)	****	**	***	9
Burge et al. (136)	****	**	***	9
Check et al. (180)	****	**	***	9
Colibaseanu et al. (184)	****	**	***	9
Coupland et al. (185)	****	**	***	9
Dumbrava et al. (116)	****	**	***	9
Hegagi et al. (166)	****	**	***	9
Huang et al. (122)	****	**	***	9
Islam et al. (168)	****	**	***	9
Johnston et al. (126)	****	**	***	9
Lai et al. (182)	****	**	***	9
Lindskog et al. (174)	****	**	***	9
Neergaard et al. (137)	****	**	***	9
Öhlén et al. (138)	****	**	***	9
Sedhom et al. (181)	****	**	***	9
Alterio et al. (159)	****	**	**	8
Burge et al. (147)	***	**	***	8
Chang et al. (158)	****	**	**	8
Chen et al. (161)	****	**	**	8
Deeb et al. (163)	***	**	***	8
D'Angelo et al. (164)	****	**	**	8
Han et al. (165)	***	**	***	8
Heller et al. (120)	****	**	**	8
Huang et al. (121)	****	**	**	8
Islam et al. (170)	****	**	**	8
Lavergne et al. (132)	****	**	**	8
Lee et al. (173)	****	**	**	8
Li et al. (183)	***	**	***	8
Mullins et al. (176)	****	**	**	8
Perry et al. (177)	****	**	**	8
Sharp et al. (148)	*****	**	*	8
Tang et al. (150)	****	**	**	8
Taylor et al. (153)	****	**	**	8
Walter et al. (154)	****	**	**	8
Wong et al. (156)	****	**	**	8
Adersen et al. (157)	****	**	*	7
Check et al. (169)	****	**	*	7
Craigs et al. (115)	****		***	7
Davaro et al. (162)	****	**	*	7

Hu et al. (167)	****	**	*	7
Hunt et al. (123)	***	**	**	7
Hunt et al. (124)	***	**	**	7
Jackson et al. (171)	****	**	*	7
Jin et al. (172)	****	**	*	7
Karant et al. (127)	****	**	*	7
Kirtane et al. (128)	***	**	**	7
Koroukian et al. (130)	****	**	*	7
López-Valcarcel et al. (133)	*****		**	7
Maddison et al. (134)	****	**	*	7
Milki et al. (175)	****	**	*	7
Okafor et al. (139)	***	**	**	7
Pinheiro et al. (141)	****	**	**	7
Ramos-Fernández et al. (178)	****	**	*	7
Rosenfeld et al. (142)	****	**	*	7
Rubens et al. (143)	****	**	*	7
Taylor et al. (151)	***	*	***	7
Taylor et al. (152)	****	**	*	7
Watanabe-Galloway et al. (155)	***	**	**	7
French et al. (117)	***	*	**	6
O'Mahony et al. (179)	****	**	*	6
Papke et al. (140)	***		***	6
Saeed et al. (144)	***	**	*	6
Saeed et al. (145)	***	**	*	6
Sharma et al. (146)	***	*	**	6
Garrido et al. (118)	*****			5
Gatrell et al. (119)	***		**	5
Lackan et al. (131)	****		*	5
Nayar et al. (135)	***		**	5
Smith et al. (149)	**	**	*	5
Koffman et al. (129)	**	*	*	4

*Cada asterisco (estrella) equivale a un punto

Anexo 5: Clasificación y análisis de los estudios según tipo de abordaje

Tabla 14: Clasificación de los estudios identificados según el tipo de abordaje de cuidados paliativos

Tipos de abordajes§	Variables de resultado	Autor
Control de síntomas (N= 16)	Medicación de soporte (N=4) (opioides para el dolor, medicación psicotrópica no opioide, antieméticos)	Check et al. (169), Check et al. (180), Pinheiro et al. (141), Walter et al. (154)
	Consulta y/o tratamientos oncológicos con finalidad paliativa (N=12) (radioterapia, quimioterapia y/o cirugía paliativa)	Alterio et al. (159), Åsli et al. (114), Colibaseanu et al. (184), Davaro et al. (162), Dumbrava et al. (116), French et al. (117), Huang et al. (122), Islam et al. (168), Islam et al. (170), Johnston et al. (126), Lavergne et al. (132), Wong et al. (156)
Adecuación y calidad de los cuidados (N=20)	Utilización de servicios sanitarios al final de la vida (N=20)	Abdollah et al. (113), Bergqvist et al. (160), Chang et al. (158), Check et al. (180), Chen et al. (161), Deeb et al. (163), Huang et al. (121), Karanth et al. (127), Kirtane et al. (128), Koroukian et al. (130), Lindskog et al. (174), Maddison et al. (134), Mullins et al. (176), Nayar et al. (135), Perry et al. (177), Ramos-Fernández et al. (178), Tang et al. (150), Taylor et al. (152), Walter et al. (154), Watanabe-Galloway et al. (155)
	-A agresividad terapéutica al final de la vida (visitas a urgencias, ingreso en UCI, ingreso hospitalario, etc.)	
	-Procedimientos diagnósticos y terapéuticos -Atención ambulatoria	Abdollah et al. (113), Chen et al. (161)
Atención paliativa (N=34)	Básica (N=4)	
	Cuidados de soporte (N=4) (Atención en domicilio, apoyo social, seguimiento telefónico, equipos de atención primaria no especializados, grupos de ayuda...)	Barbera et al. (125), Craigs et al. (115), Jin et al. (172), Sharp et al. (148)
	Especializada (N=33)	
	Unidades de cuidados paliativos (N=4)	Adersen et al. (157), Bergqvist et al. (160), Hegagi et al. (166), Lindskog et al. (174)
	Atención hospitalaria (N=11) (durante ingreso hospitalario)	Craigs et al. (115), Han et al. (165), Heller et al. (120), Jackson et al. (171), Jin et al. (172), Lee et al. (173), Milki et al. (175), Okafor et al. (139), Rosenfeld et al. (142), Rubens et al. (143), Sharma et al. (146)
	Cuidados al final de la vida (N=15) (cuidados de hospicio)	Check et al. (180), Chen et al. (161), Hunt et al. (124), Karanth et al. (127), Koroukian et al. (130), Lackan et al. (131), Lai et al. (182), Mullins et al. (176), Nayar et al. (135), Tang et al. (150), Taylor et al. (151), Taylor et al. (152), Taylor et al. (153), Walter et al. (154), Watanabe-Galloway et al. (155)
	Programas de cuidados paliativos (N=2)	Burge et al. (147), Maddison et al. (134)
Ambulatoria (N=1)	Jin et al. (172)	
Planificación de los cuidados (N=9)	Conocimiento sobre los cuidados paliativos (N=1)	Koffman et al. (129)
	Preferencias en los cuidados (N=3)	Hu et al. (167), O'Mahony et al. (179), Saeed et al. (144)
	Cumplimentación instrucciones previas (N=5)	Garrido et al. (118), Kirtane et al. (128), Saeed et al. (145), Smith et al. (149), Taylor et al. (151)
Lugar de fallecimiento (N=26)	Hospital de agudos (N=14)	Barbera et al. (125), Bergqvist et al. (160), Chang et al. (158), Check et al. (180), Huang et al. (121), Karanth et al. (127), Kirtane et al. (128), Koroukian et al. (130), Li et al. (183), Lindskog et al. (174), Maddison et al. (134), Mullins et al. (176), Tang et al. (150), Walter et al. (154)
	Domicilio (N=1)	Neergaard et al. (137)
	Centro especializado en cuidados paliativos (N=1)	Taylor et al. (152)
	Varios lugares (N=10) (hospital de agudos, domicilio, centros sociosanitarios o centro especializado en cuidados paliativos)	Burge et al. (136), Coupland et al. (185), D'Angelo et al. (164), Gatrell et al. (119), Hegagi et al. (166), Hunt et al. (123), López-Valcarcel et al. (133), Öhlén et al. (138), Papke et al. (140), Sedhom et al. (181)

§La suma puede ser superior al número total de estudios incluidos (73), dado que el sistema de clasificación está basado en categorías no excluyentes.

Anexo 6: Resumen de las características, ejes de desigualdad y tipo de abordaje de los estudios

Tabla 15: Resumen de las características, eje de desigualdad y tipo de abordaje de los estudios finalmente seleccionados

N	Autor/Año	Año	País	Diseño	Tipo de cáncer	Ejes desigualdad*	Instrumento	Variables ajuste	Abordajes CP**	Calidad Metodológica
1	Abdollah et al. (113)	2015	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Genitourinario (próstata)	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados	Alta
2	Adersen et al. (157)	2021	Dinamarca	Cohorte retrospectiva	Gastrointestinal (páncreas)	1. Edad 2. Sexo	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta
3	Alterio et al. (159)	2021	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Gastrointestinal (hígado)	1. Edad 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta
4	Åsli et al. (114)	2018	Noruega	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta
5	Barbera et al. (125)	2010	Canadá	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
6	Bergqvist et al. (160)	2022	Suecia	Transversal	Varios (mama y próstata)	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
7	Burge et al. (136)	2005	Canadá	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	5. Lugar de fallecimiento	Alta
8	Burge et al. (147)	2008	Canadá	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta
9	Chang et al. (158)	2014	Taiwán	Cohorte retrospectiva	Varios	4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 5. Lugar de fallecimiento	Alta
10	Check et al. (169)	2016	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Mama	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta
11	Check et al. (180)	2016	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Mama	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas 2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
12	Chen et al. (161)	2020	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Pulmón	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa	Alta
13	Colibaseanu et al. (184)	2018	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Gastrointestinal (colorrectal)	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta

						4. Nivel socioeconómico 5. Territorio				
14	Coupland et al. (185)	2011	Reino Unido	Cohorte retrospectiva	Varios (pulmón, colorrectal, próstata y mama)	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	5. Lugar de fallecimiento	Alta
15	Craigs et al. (115)	2018	Reino Unido	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo	Datos administrativos + registros médicos	NO descrito	3. Atención paliativa	Alta
16	Davaro et al. (162)	2021	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Genitourinario (pene)	1. Edad 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta
17	Deeb et al. (163)	2021	EE.UU	Transversal	Varios	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados	Alta
18	Dumbrava et al. (116)	2018	Australia	Cohorte retrospectiva	Gastrointestinal (páncreas)	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos + registros médicos	SI	1. Control de síntomas	Alta
19	D'Angelo et al. (164)	2020	Italia	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos + registros médicos	SI	5. Lugar de fallecimiento	Alta
20	French et al. (117)	2008	Canadá	Cohorte retrospectiva	Varios	5. Territorio	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Moderada
21	Garrido et al. (118)	2014	EE.UU	Transversal	Varios	3. Etnia/raza	Encuesta	NO descrito	4. Planificación cuidados	Moderada
22	Gatrell et al. (119)	2003	Reino Unido	Transversal	Varios	1. Edad 2. Sexo 5. Territorio	Datos administrativos	NO descrito	5. Lugar de fallecimiento	Moderada
23	Han et al. (165)	2021	EE.UU	Transversal	Genitourinario (vejiga)	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta
24	Hegagi et al. (166)	2022	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Gastrointestinal (páncreas)	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
25	Heller et al. (120)	2019	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Gastrointestinal (colorrectal)	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta
26	Hu et al. (167)	2021	China	Transversal	Pulmón	2. Sexo	Cuestionario + registros médicos	SI	4. Planificación de los cuidados	Alta
27	Huang et al. (121)	2015	Taiwán	Cohorte retrospectiva	Varios	4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 5. Lugar de fallecimiento	Alta
28	Huang et al. (122)	2001	Canadá	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta

						5. Territorio					
29	Hunt et al. (123)	2001	Australia	Transversal	Varios	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	5. Lugar de fallecimiento	Alta	
30	Hunt et al. (124)	2002	Australia	Transversal	Varios	1. Edad 5. Territorio	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta	
31	Islam et al. (168)	2021	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Ginecológico (ovario, cervical y útero)	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta	
32	Islam et al. (170)	2021	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Ginecológico (ovario, cervical y útero)	4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta	
33	Jackson et al. (171)	2022	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Gastrointestinal (esófago)	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta	
34	Jin et al. (172)	2022	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Sistema nervioso central	2. Sexo 3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta	
35	Johnston et al. (126)	2001	Canadá	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta	
36	Karanth et al. (127)	2018	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Pulmón	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta	
37	Kirtane et al. (128)	2018	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Hematológico	3. Etnia/raza	Datos administrativos + registros médicos	SI	2. Adecuación cuidados 4. Planificación cuidados 5. Lugar fallecimiento	Alta	
38	Koffman et al. (129)	2007	Reino Unido	Transversal	Varios	2. Sexo 3. Etnia/raza	Datos administrativos + encuesta	SI	4. Planificación cuidados	Moderada	
39	Koroukian et al. (130)	2017	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos + encuesta	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta	
40	Lackan et al. (131)	2003	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Mama	1. Edad 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	NO descrito	3. Atención paliativa	Moderada	
41	Lavergne et al. (132)	2011	Canadá	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 5. Territorio	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta	
42	Lai et al. (182)	2020	Taiwán	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta	
43	Lee et al. (173)	2021	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta	

44	Li et al. (183)	2020	China	Transversal	Varios	2.Sexo 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	5. Lugar de fallecimiento	Alta
45	Lindskog et al. (174)	2022	Suecia	Cohorte retrospectiva	Sistema nervioso central	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
46	López-Valcarcel et al. (133)	2019	España	Transversal	Varios	2. Sexo 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	NO descrito	5. Lugar de fallecimiento	Alta
47	Maddison et al. (134)	2012	Canadá	Cohorte retrospectiva	Gastrointestinal (colorrectal)	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
48	Milki et al. (175)	2021	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Ginecológico	1. Edad 3. Etnia/raza 5. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta
49	Mullins et al. (176)	2021	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Ginecológico (ovario)	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
50	Nayar et al. (135)	2014	EE.UU	Transversal	Pulmón	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	NO descrito	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa	Moderada
51	Neergaard et al. (137)	2012	Dinamarca	Transversal	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	5. Lugar de fallecimiento	Alta
52	Okafor et al. (139)	2017	EE.UU	Transversal	Gastrointestinal	2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta
53	Öhlén et al. (138)	2017	Suecia	Transversal	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	5. Lugar de fallecimiento	Alta
54	O'Mahony et al. (179)	2021	EE.UU	Transversal	Varios	2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Cuestionario + registros médicos	SI	4. Planificación cuidados	Moderada
55	Papke et al. (140)	2007	Alemania	Transversal	Varios	1. Edad 2. Sexo 5. Territorio	Datos administrativos	NO descrito	5. Lugar de fallecimiento	Moderada
56	Perry et al. (177)	2021	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados	Alta
57	Pinheiro et al. (141)	2019	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Mama	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta
58	Ramos-Fernández et al. (178)	2022	Puerto Rico	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad 2. Sexo	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados	Alta
59	Rosenfeld et al. (142)	2018	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Ginecológico (ovario, cervical y utero)	1. Edad 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta
60	Rubens et al.	2019	EE.UU	Cohorte	Varios	1. Edad	Datos	SI	3. Atención paliativa	Alta

(143)			retrospectiva			2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico		administrativos		
61	Saeed et al. (144)	2018	EE.UU	Transversal	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico	Encuesta	SI	4. Planificación cuidados	Moderada
62	Saeed et al. (145)	2019	EE.UU	Transversal	Varios	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico	Encuesta	SI	4. Planificación cuidados	Moderada
63	Sedhom et al. (181)	2021	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Varios (mama, próstata, colorrectal, pulmón y páncreas)	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	5. Lugar de fallecimiento	Alta
64	Sharma et al. (146)	2015	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Varios	2. Sexo 3. Etnia/raza	Registros médicos	SI	3. Atención paliativa	Moderada
65	Sharp et al. (148)	2018	Suecia	Transversal	Varios	1. Edad 2. Sexo 4. Nivel socioeconómico	Cuestionario	SI	3. Atención paliativa	Alta
66	Smith et al. (149)	2008	EE.UU	Cohorte prospectiva	Varios	3. Etnia/raza	Encuesta + registros médicos	SI	4. Planificación cuidados	Moderada
67	Tang et al. (150)	2012	Taiwán	Cohorte retrospectiva	Varios	1. Edad	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
68	Taylor et al. (151)	2016	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Ginecológico	3. Etnia/raza	Registros médicos	SI	3. Atención paliativa 4. Planificación cuidados	Alta
69	Taylor et al. (152)	2017	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Ginecológico (ovario)	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
70	Taylor et al. (153)	2019	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Ginecológico (ovario)	3. Etnia/raza	Datos administrativos	SI	3. Atención paliativa	Alta
71	Walter et al. (154)	2018	Alemania	Cohorte retrospectiva	Pulmón	5. Territorio	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas 2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa 5. Lugar de fallecimiento	Alta
72	Watanabe-Galloway et al. (155)	2014	EE.UU	Transversal	Gastrointestinal (colorrectal)	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia/raza 4. Nivel socioeconómico 5. Territorio	Datos administrativos	SI	2. Adecuación cuidados 3. Atención paliativa	Alta
73	Wong et al. (156)	2014	EE.UU	Cohorte retrospectiva	Varios (pulmón, mama, colorrectal y próstata)	1. Edad	Datos administrativos	SI	1. Control de síntomas	Alta

Anexo 7: Descripción de los cuidados paliativos según eje desigualdad y análisis de las desigualdades

Anexo 7.1: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según la edad

Tabla 16: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según EDAD y el tipo de abordaje de cuidados paliativos

Autor/ Año/ País	Diseño estudio/ N	Población objetivo	Instrumento	Variables de ajuste	Variables resultado	Resultados principales	NOS ^s
Control de síntomas							
Alterio et al. (159) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 27263	Pacientes ≥ 18 años diagnosticados/as de carcinoma hepatocelular estadio IV entre 2004 y 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer	-Raza -Comorbilidades -Seguro médico -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Año del diagnóstico -Centro de tratamiento	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor.	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según edad (OR IC 95%) OR 1,49 (1,09-2,04) pacientes 45-59 años, comparado con pacientes <45 años. OR 1,37 (1,00-1,87) pacientes 60-74 años, comparado con pacientes <45 años. OR 1,28 (0,93-1,76) pacientes >75 años, comparado con pacientes <45 años.	A
Åsli et al. (114) 2018 Noruega	Cohorte retrospectiva/ 25287	Pacientes que fallecieron de cáncer (excepto cáncer cutáneo no melanoma) entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de diciembre de 2011 en Noruega	Información extraída de registros nacionales	-Sexo -Tipo de cáncer -Supervivencia -Región de residencia -Radioterapia curativa previa -Educación -Nivel de ingresos -Servicio de radioterapia en el hospital -Distancia al centro de tratamiento	Recibir radioterapia paliativa en los dos últimos años de vida	Recibir radioterapia paliativa según edad (OR IC 95%) OR 0,86 (0,72-1,02) pacientes 50-59 años, comparado con pacientes <50 años. OR 0,81 (0,69-0,95) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes <50 años. OR 0,57 (0,48-0,67) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes <50 años. OR 0,31 (0,27-0,37) pacientes >80 años, comparado con pacientes <50 años.	A
Colibaseanu et al. (184) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 287923	Pacientes que fallecieron de cáncer colorrectal entre 2004 y 2013	Información extraída del registro nacional de cáncer (Base de datos nacional de cáncer del colegio americano de cirujanos)	-Año del diagnóstico -Sexo -Etnia/raza -Seguro médico -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Zona urbana vs rural -Distancia al centro de tratamiento -Índice comorbilidad Charlson -Características hospital -Región del hospital	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor.	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según edad (estratificado por supervivencia) (OR IC 95%) <u>Supervivencia <6 meses</u> OR 0,94 (0,91-0,97) pacientes con mayor edad, comparado con pacientes de menor edad. <u>Supervivencia 6-24 meses</u> OR 0,94 (0,91-0,98) pacientes con mayor edad, comparado con pacientes de menor edad. <u>Supervivencia >24 meses</u> OR 0,98 (0,92-1,05) pacientes con mayor edad, comparado con	A

				-Porcentaje de pacientes que reciben cuidados paliativos -Características del tumor		pacientes de menor edad.	
Davaro et al. (162) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ Cáncer localmente avanzado: 385 Metástasis: 279	Pacientes con cáncer de pene avanzado diagnosticados entre 2004-2015	Información extraída del registro nacional de cáncer	-Raza -Comorbilidad -Centro de tratamiento -Seguro médico -Nivel de ingresos -Año del diagnóstico	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor.	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según edad (OR IC 95%) Pacientes con metástasis OR 0,971 (0,946-0,997) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes de menor edad. Pacientes con cáncer localmente avanzado 0,998 (0,964-1,034) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes de menor edad.	A
Dumbrava et al. (116) 2018 Australia	Cohorte retrospectiva/ 1173	Pacientes diagnosticados/as de adenocarcinoma de páncreas inoperable entre el 1 de julio de 2009 y el 30 de junio de 2011, residentes en Queensland y Nueva Gales del Sur, Australia	Información extraída de registros médicos y registro nacional de cáncer	-Sexo -Índice comorbilidad Charlson -Escala ECOG	NO recibir quimioterapia paliativa durante el primer año tras el diagnóstico	NO recibir quimioterapia paliativa según edad (OR IC 95%) OR 1,10 (0,75-1,61) pacientes entre 60-69 años, comparado con pacientes <60 años. OR 2,05 (1,40-3,00) pacientes entre 70-79 años, comparado con pacientes <60 años. OR 8,21 (5,33-12,64) pacientes >80 años, comparado con pacientes <60 años.	A
Huang et al. (122) 2001 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 193253	Pacientes adultos > 20 años que fallecieron de cáncer entre 1986 y 1995	Información extraída del registro nacional de cáncer y de registros de centros sanitarios	-Año fallecimiento -Nivel de ingresos -Hospital diagnóstico afiliado a centro de cáncer -Municipio con centro de cáncer -Región	Recibir radioterapia paliativa en los dos últimos años de vida	Recibir radioterapia paliativa según edad (OR IC 95%) OR 2,01 (1,93-2,10) pacientes 70-79 años, comparado con los pacientes >80 años. OR 3,04 (2,92-3,17) pacientes 60-69 años, comparado con los pacientes >80 años. OR 3,95 (3,77-4,13) pacientes 50-59 años, comparado con los pacientes >80 años. OR 4,34 (4,10-4,60) pacientes 40-49 años, comparado con los pacientes >80 años. OR 4,50 (4,16-4,87) pacientes <40 años, comparado con los pacientes >80 años.	A
Johnston et al. (126) 2001 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 9978	Adultos que fallecieron de cáncer entre 1994 y 1998 en Nueva Escocia	Información extraída de la base de datos del sistema de información del paciente oncológico y registros nacionales	-Sexo -Ingresos medios comunidad -Distancia la centro de tratamiento -Año del fallecimiento -Confirmación microscópica cáncer -Tipo de cáncer -Tiempo entre el diagnóstico y el	Recibir radioterapia paliativa en los últimos 9 meses de vida: - Recibir consulta de radioterapia paliativa con oncólogo radioterapeuta - Recibir tratamiento con radioterapia paliativa	Recibir radioterapia paliativa según edad (OR IC 95%) -Recibir consulta de radioterapia paliativa OR 4,43 (3,80-5,15) pacientes entre 20-59 años, comparado con pacientes >80 años. OR 3,76 (3,25-4,36) pacientes entre 60-69 años, comparado con pacientes >80 años. OR 2,31 (2,01-2,65) pacientes entre 70-79 años, comparado con pacientes >80 años. -Recibir tratamiento con radioterapia paliativa	A

				fallecimiento -Radioterapia paliativa previa		OR 2,09 (1,63-2,68) pacientes entre 20-59 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,79 (1,40-2,27) pacientes entre 60-69 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,33 (1,05-1,68) pacientes entre 70-79 años, comparado con pacientes >80 años.	
Lavergne et al. (132) 2011 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 13494	Adultos de 20 años o más que fallecieron de cáncer entre 2000 y 2005 en Nueva Escocia	Información extraída de la base de datos del sistema de información del paciente oncológico y registros nacionales	-Sexo -Localización tumor -Supervivencia -Consulta oncología -Residir en centro de mayores -Deprivación -Tiempo de viaje al centro de tratamiento	Recibir radioterapia paliativa en los últimos 9 meses de vida: - Recibir consulta de radioterapia paliativa con oncólogo radioterapeuta - Recibir tratamiento con radioterapia paliativa	Recibir radioterapia paliativa según edad (OR IC 95%) -Recibir consulta de radioterapia paliativa OR 3,88 (3,40-4,43) pacientes de 20-59 años, comparado con pacientes >80 años. OR 3,08 (2,71-3,50) pacientes de 60-69 años, comparado con pacientes >80 años. OR 2,16 (1,92-2,43) pacientes de 70-79 años, comparado con pacientes >80 años. -Recibir tratamiento con radioterapia paliativa OR 3,88 (3,35-4,49) pacientes de 20-59 años, comparado con pacientes >80 años. OR 3,07 (2,66-3,54) pacientes de 60-69 años, comparado con pacientes >80 años. OR 2,08 (1,81-2,38) pacientes de 70-79 años, comparado con pacientes >80 años.	A
Wong et al. (156) 2014 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 63221	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de pulmón, mama, próstata y colorrectal estadio IV entre 2000 y 2007	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Sexo -Etnia/raza -Nivel de ingresos -Año diagnóstico -Tumor primario -Región geográfica -Comorbilidad -Supervivencia -Agresividad terapéutica al final de la vida	Recibir radioterapia paliativa	Recibir radioterapia paliativa según edad (RR IC 95%) RR 0,93 (0,91-0,96) pacientes con edad 70-74 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. RR 0,85 (0,82-0,87) pacientes con edad 75-79 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. RR 0,75 (0,73-0,78) pacientes con edad 80-84 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. RR 0,56 (0,53-0,59) pacientes con edad ≥85 años, comparado con pacientes entre 66-69 años.	A
Adecuación y calidad de los cuidados							
Bergqvist et al. (160) 2022 Suecia	Transversal/ 2516	Pacientes >18 años que fallecieron de cáncer de próstata y mama durante 2015 y 2019	Información extraída de una base de datos de registros hospitalarios	-Nivel socioeconómico -Comorbilidades -Diagnóstico/ sexo -Residencia en centro sociosanitario	Recibir agresividad terapéutica al final de la vida: - Visitas a urgencias - Ingresos hospitalarios	Agresividad terapéutica según edad (OR IC 95%) -Ingresos hospitalarios OR 1,50 (1,12-2,02) pacientes de 18-64 años, comparado con pacientes >85 años. OR 1,32 (1,04-1,67) pacientes de 65-74 años, comparado con pacientes >85 años. OR 1,31 (1,04-1,64) pacientes de 75-84 años, comparado con pacientes >85 años.	A
Deeb et al. (163)	Transversal/ 21335	Pacientes >18 años diagnosticados/as con	Información extraída de registros hospitalarios	-Sexo -Etnia/raza	Recibir agresividad terapéutica durante el	Agresividad terapéutica según edad (OR IC 95%)	A

2021 EE.UU		cáncer metastásico que fallecieron durante hospitalización entre el 1 de enero de 2010y el 31 diciembre de 2017	"National inpatient sample"	-Nivel socioeconómico -Seguro médico -Características hospital -Región residencia	último mes de vida: - Visitas a urgencias - Terapia sistémica: quimioterapia - Ventilación mecánica	- Visitas a urgencias OR 1,14 (1,02-1,27) pacientes de 50-59 años, comparado con pacientes entre 18-49 años. OR 0,98 (0,88-1,09) pacientes de 60-69 años, comparado con pacientes entre 18-49 años. OR 0,77 (0,70-0,86) pacientes ≥70 años, comparado con pacientes entre 18-49 años. - Terapia sistémica: quimioterapia OR 0,64 (0,53-0,78) pacientes de 50-59 años, comparado con pacientes entre 18-49 años. OR 0,58 (0,48-0,70) pacientes de 60-69 años, comparado con pacientes entre 18-49 años. OR 0,27 (0,22-0,34) pacientes ≥70 años, comparado con pacientes entre 18-49 años. - Ventilación mecánica OR 0,83 (0,73-0,93) pacientes de 50-59 años, comparado con pacientes entre 18-49 años. OR 0,70 (0,62-0,78) pacientes de 60-69 años, comparado con pacientes entre 18-49 años. OR 0,50 (0,45-0,57) pacientes ≥70 años, comparado con pacientes entre 18-49 años.	
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que eran atendidos a través del sistema tradicional "pago por servicio"	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y "Medicare") y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Sexo -Raza -Estado civil -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Localización tumor	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Tratamiento anticáncer 14 días antes de fallecer - Visitas a hospital de agudos 30 días antes de fallecer	Agresividad terapéutica según edad (OR IC 95%) - Tratamiento anticáncer 14 días antes de fallecer OR 1,08 (0,62-1,86) pacientes 70-74 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 0,99 (0,58-1,69) pacientes 75-79 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 0,61 (0,34-1,10) pacientes 80-84 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 0,45 (0,23-0,86) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. - Visitas a hospital de agudos 30 días antes de fallecer OR 1,06 (0,63-1,77) pacientes 70-74 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 1,17 (0,70-1,94) pacientes 75-79 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 0,88 (0,52-1,48) pacientes 80-84 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 1,08 (0,63-1,86) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 66-69 años.	A
Lindskog et al. (174) 2022	Cohorte retrospectiva/ 780	Pacientes >18 años que fallecieron entre 2015-2019 con diagnóstico de neoplasia maligna cerebral	Información extraída de la base de datos regional de Estocolmo	-Sexo -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia en centro sociosanitario	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Visitas a urgencias - Ingresos hospitalarios	Agresividad terapéutica según edad (OR IC 95%) - Visitas a urgencias OR 0,55 (0,27-1,13) pacientes 18-64 años, comparado con pacientes >85 años.	A

Suecia						OR 0,66 (0,32-1,35) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes >85 años. OR 0,72 (0,34-1,50) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes >85 años.	
						<p>-Ingresos hospitalarios OR 1,05 (0,51-2,16) pacientes 18-64 años, comparado con pacientes >85 años. OR 0,95 (0,46-1,96) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes >85 años. OR 1,12 (0,54-2,34) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes >85 años.</p>	
Maddison et al. (134)	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar de residencia: urbano/rural -Sexo -Nivel de ingresos -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento 	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - >1 visita a urgencias	<p>Agresividad terapéutica según edad (OR IC 95%)</p> <p>-> 1 visita a urgencias OR 0,89 (0,6-1,3) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,70 (0,5-1,1) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,60 (0,3-1,0) pacientes ≥85 años, comparado con pacientes <65 años.</p>	A
Nayar et al. (135)	Transversal/ 91039	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en 2008	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida: - Nº visitas a urgencias - Nº ingresos hospitalarios - Nº estancias en UCI	<p>Agresividad terapéutica según edad (coeficiente de regresión y valor p)</p> <p>-Nº visitas a urgencias Coefficiente regresión -0,12 (p=0,0001) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 65-74. Coefficiente regresión -0,09 (p=0,0001) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes entre 65-74.</p> <p>-Nº ingresos hospitalarios Coefficiente regresión -0,2 (p=0,0001) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 65-74. Coefficiente regresión -0,09 (p=0,0001) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes entre 65-74.</p> <p>-Nº estancias en UCI Coefficiente regresión -0,52 (p=0,0001) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 65-74. Coefficiente regresión -0,2 (p=0,0001) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes entre 65-74.</p>	M
Perry et al. (177)	Cohorte retrospectiva/ 1290	Pacientes fallecidos con cáncer metastásico en Luisiana entre el 1 de	Información extraída de una base de datos de salud regional	<ul style="list-style-type: none"> -Etnia/raza -Sexo -Comorbilidad 	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida:	<p>Agresividad terapéutica según edad (OR IC 95%)</p> <p>-Quimioterapia</p>	A

2021 EE.UU		enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2017		-Tipo de cáncer	- Quimioterapia - Ingreso hospitalario - Visitas a urgencias - Ingreso en UCI - Ventilación mecánica	OR 0,76 (0,69-0,85) pacientes >40 años, comparado con pacientes <40 años. -Ingreso hospitalario OR 0,89 (0,79-0,99) pacientes >40 años, comparado con pacientes <40 años. -Visitas a urgencias OR 1,08 (0,96-1,22) pacientes >40 años, comparado con pacientes <40 años. -Ingreso en UCI OR 0,92 (0,84-1,01) pacientes >40 años, comparado con pacientes <40 años. -Ventilación mecánica OR 0,85 (0,76-0,95) pacientes >40 años, comparado con pacientes <40 años.	
Ramos-Fernández et al. (178) 2022 Puerto Rico	Cohorte retrospectiva/10755	Pacientes ≥ 18 años diagnosticados/as con cáncer invasivo primario entre 2011 y 2016 y que fallecieron durante 2011-2017	Información extraída del registro nacional e cáncer y del seguro de salud "Medicare"	-Sexo -Seguro médico -Departamento de salud -Localización tumor -Índice de comorbilidad -Estado	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - ≥ 2 visitas a urgencias	Agresividad terapéutica según edad (OR IC 95%) -≥ 2 visitas a urgencias OR 0,95 (0,81-1,12) pacientes de 50-64 años, comparado con pacientes <50 años. OR 0,71 (0,60-0,86) pacientes de 65-79 años, comparado con pacientes <50 años. OR 0,45 (0,36-0,55) pacientes de >80 años, comparado con pacientes <50 años.	A
Tang et al. (150) 2012 Taiwán	Cohorte retrospectiva/203743	Pacientes adultos con cáncer que fallecieron entre 2001 y 2006 en Taiwán	Información extraída del registro nacional de defunciones, del sistema de registro de cáncer y del seguro nacional de salud de Taiwán	-Sexo -Estado civil -Comorbilidad -Diagnóstico de cáncer -Supervivencia -Especialidad médica -Hospital universitario -Gestión hospital -Hospital con cuidados paliativos -Tamaño hospital (nº camas)	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Tratamiento con quimioterapia - >1 visita a urgencias - >1 ingreso hospitalario - >14 días de hospitalización. - Ingreso en UCI - Intubación - Ventilación mecánica - Reanimación cardiopulmonar	Agresividad terapéutica según edad (OR IC 95%) -Tratamiento con quimioterapia OR 0,59 (0,57-0,62) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 0,35 (0,32-0,37) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 0,15 (0,12-0,17) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. -> 1 visita a urgencias OR 0,90 (0,88-0,93) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 0,83 (0,80-0,86) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 0,80 (0,75-0,85) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. -> 1 ingreso hospitalario OR 0,86 (0,83-0,89) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 0,80 (0,77-0,82) pacientes entre 75-84 años, comparado con	A

pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,69 (0,65-0,74) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

-> 14 días de hospitalización

OR 0,79 (0,76-0,81) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,75 (0,72-0,78) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,69 (0,65-0,73) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

-Ingreso en UCI

OR 0,86 (0,80-0,92) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,77 (0,71-0,85) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,64 (0,54-0,75) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

-Intubación

OR 0,92 (0,88-0,95) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,91 (0,87-0,95) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,81 (0,75-0,88) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

-Ventilación mecánica

OR 0,95 (0,90-0,99) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,93 (0,88-0,95) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,85 (0,78-0,92) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

-Reanimación cardiopulmonar

OR 0,91 (0,88-0,95) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,93 (0,89-0,97) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

OR 0,86 (0,80-0,92) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.

Watanabe-Galloway et al. (155) 2014 EE.UU	Transversal/ 34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Sexo -Etnia/raza -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia: urbana/rural	Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida: - Nº visitas a urgencias - Nº ingresos hospitalarios - Nº estancias en UCI	Agresividad terapéutica según edad (OR y valor p) -Nº visitas a urgencias OR 0,93 (p=0,0001) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 66-74 años. OR 0,97 (p=0,05) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 66-74 años.	A
---	--------------------	---	---	---	--	--	----------

-Nº ingresos hospitalarios

OR 0,83 (p=0,0001) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 66-74 años.

OR 0,93 (p=0,0001) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 66-74 años.

-Nº estancias en UCI

OR 0,81 (p=0,0001) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 66-74 años.

OR 1,01 (NS) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 66-74 años.

Atención paliativa

Adersen et al. (157) 2021 Dinamarca	Cohorte retrospectiva/ 5851	Pacientes ≥ 18 años diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de julio 2011 y el 31 de diciembre de 2018 y que fallecieron durante el mismo periodo	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos nacional de cuidados paliativos	-Sexo -Tratamiento oncológico -Metástasis -Año de fallecimiento -Comorbilidad -Lugar de residencia	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados según edad (OR IC 95%) OR 2,54 (2,05-3,15) pacientes <60 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,41 (1,19-1,66) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,29 (1,11-1,50) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes >80 años.	A
Barbera et al. (125) 2010 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 112398	Pacientes que fallecieron de cáncer en Ontario entre 2000 y 2004	Información extraída del registro de cáncer de Ontario, del plan de seguros de salud de Ontario, del instituto canadiense de información de salud, del sistema de administración del cuidado a domicilio de Ontario y de la base de datos de personas registradas y del censo de Canadá	-Sexo -Tipo de cáncer -Comorbilidad -Año de fallecimiento -Nivel de ingresos vecindario -Residencia en zona rural -Región de residencia	Atención en domicilio: - Visita domiciliaria durante los últimos 6 meses de vida. - Seguimiento telefónico en el domicilio durante las últimas dos semanas de vida.	Atención paliativa en domicilio según edad (OR IC 95%) -Visita domiciliaria OR 0,79 (0,74-0,84) pacientes 50-69 años, comparado con pacientes <50 años. OR 0,56 (0,53-0,59) pacientes >70 años, comparado con pacientes <50 años. -Seguimiento telefónico en domicilio OR 0,93 (0,87-1,00) pacientes 50-69 años, comparado con pacientes <50 años. OR 0,84 (0,79-0,90) pacientes >70 años, comparado con pacientes <50 años.	A
Bergqvist et al. (160) 2022 Suecia	Transversal/ 2516	Pacientes >18 años que fallecieron de cáncer de próstata y mama durante 2015 y 2019	Información extraída de una base de datos de registros hospitalarios	-Nivel socioeconómico -Comorbilidades -Diagnóstico/ sexo -Residencia en centro sociosanitario	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados según edad (OR IC 95%) OR 3,31 (2,32-4,71) pacientes 18-64 años, comparado con pacientes >85 años. OR 2,92 (2,24-3,82) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes >85 años. OR 1,97 (1,55-2,51) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes >85 años.	A

Burge et al. (147)	Cohorte retrospectiva/ 7511	Adultos que fallecieron de cáncer entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2003 y que residían en alguna de las 2 autoridades de salud de distrito de la provincia de Nueva Escocia en Canadá	Información extraída de 6 bases de datos administrativas del departamento de salud de Nueva Escocia y el censo de Canadá	-Sexo -Supervivencia -Educación -Nivel de ingresos -Minoría étnica -Residir en un centro de cuidados de larga estancia -Residir en zona urbana/rural -Comorbilidad -Tipo de cáncer -Días de hospitalización -Visita médicas -Consulta con oncología -Tratamiento con radioterapia paliativa -Distancia al centro de tratamiento	Registro en un programa de cuidados paliativos en los últimos 6 meses de vida	Registro en un programa de cuidados paliativos según edad (OR IC 95%) OR 0,8 (0,7-0,9) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,7 (0,6-0,8) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,4 (0,3-0,5) pacientes >85 años, comparado con pacientes <65 años.	A
Craigs et al. (115)	Cohorte retrospectiva/ 2474	Pacientes > 18 años que fallecieron de cáncer entre enero de 2010 y febrero de 2012	Información extraída del registro de cáncer (Norte y Yorkshire), registros médicos y un sistema de información clínica	No descrito	Recibir cuidados paliativos comunitarios y/o hospitalarios	Recibir cuidados paliativos según edad (OR IC 95%) -Cuidados paliativos comunitarios OR 1,08 (0,60-1,97) pacientes <50 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,24 (0,80-1,93) pacientes 50-59 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,21 (0,87-1,68) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,14 (0,86-1,51) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes >80 años. -Cuidados paliativos hospitalarios OR 2,12 (1,18-3,84) pacientes <50 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,96 (1,25-3,07) pacientes 50-59 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,66 (1,17-2,35) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,37 (1,01-1,86) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes >80 años. -Cuidados paliativos comunitarios y hospitalarios OR 2,55 (1,43-4,54) pacientes <50 años, comparado con pacientes >80 años. OR 2,23 (1,43-3,49) pacientes 50-59 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,75 (1,24-2,48) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes >80 años. OR 1,35 (0,99-1,83) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes >80 años.	A

Han et al. (165) 2021 EE.UU	Transversal/ 131852	Pacientes ≥18 años hospitalizados/as con cáncer metastásico de vejiga entre 2003 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National Inpatient Sample"	-Sexo -Raza -Nivel de ingresos -Índice comorbilidad Elixhauser -Características hospital -Factores relacionados con el tumor (metástasis) -Factores relacionados con el tratamiento	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según edad (OR IC 95%) OR 1,02 (1,01-1,02) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes más jóvenes.	A
Hegagi et al. (166) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 6888	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de abril de 2010 y el 31 de Marzo de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos de atención en domicilio	-Sexo -Ruralidad -Nivel de ingresos -Estadio cáncer -Comorbilidad	Acceso a cuidados paliativos en domicilio (unidades especializadas en cuidados paliativos)	Acceso a cuidados paliativos en domicilio según edad (OR IC 95%) OR 1,19 (0,80-1,77) pacientes 45-54 años, comparado con pacientes entre 18-44 años. OR 1,54 (1,06-2,23) pacientes 55-64 años, comparado con pacientes entre 18-44 años. OR 1,72 (1,18-2,49) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes entre 18-44 años. OR 2,30 (1,58-3,35) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes entre 18-44 años. OR 3,07 (2,03-4,65) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18-44 años.	A
Heller et al. (120) 2019 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 86573	Pacientes de 65 años o más con cáncer colorrectal que fueron tratados con cirugía urgente entre 2009 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National Inpatient Sample"	-Sexo -Raza -Elixhauser índice de comorbilidad -Presencia de metástasis -Cuartil de ingresos -Año de alta -Tamaño hospital (nº camas) -Región hospital -Gestión hospital -Hospital universitario -Urbanización	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario por cirugía urgente	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según edad (OR IC 95%) OR 1,4 (1,1-1,9) pacientes 70-74 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 1,4 (1,1-1,9) pacientes 74-79 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 1,6 (1,2-2,1) pacientes 80-84 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 2,3 (1,7-3,0) pacientes 85-89 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 3,3 (2,4-4,5) pacientes >90 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.	A
Hunt et al. (124) 2002 Australia	Transversal/ 3086	Pacientes que fallecieron de cáncer en 1999 en Australia Meridional	Información extraída de registros de servicios paliativos en Australia Meridional, registro central de cáncer y registro de defunciones	-Lugar de residencia urbano vs rural -Lugar de nacimiento -Localización tumor primario -Supervivencia	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según edad (OR IC 95%) OR 0,96 (0,72-1,27) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes <60 años. OR 0,83 (0,64-1,07) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes <60 años. OR 0,50 (0,39-0,65) pacientes >80 años, comparado con pacientes <60 años.	A

Jackson et al. (171) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 23567	Pacientes >18 años hospitalizados/as con cáncer de esófago entre 2016 y 2018	Información extraída de registros hospitalarios "National Inpatient Sample"	-Nivel de ingresos -Sexo -Etnia/raza -Seguro médico -Características hospital -Comorbilidad -Estancia hospitalaria -Quimioterapia -Tipo de ingreso hospitalario -Motivo al alta	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según edad (OR 95% IC) OR 1,08 (0,96-1,22) pacientes >65 años, comparado con pacientes <65 años	A
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que eran atendidos a través del sistema tradicional "pago por servicio"	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y "Medicare") y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Sexo -Raza -Estado civil -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Localización tumor	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según edad (OR IC 95%) OR 0,91 (0,54-1,56) pacientes 70-74 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 0,78 (0,47-1,32) pacientes 75-79 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 1,01 (0,59-1,74) pacientes 80-84 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 1,15 (0,65-2,02) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 66-69 años.	A
Lackan et al. (131) 2003 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 25161	Mujeres ≥ 65 años diagnosticadas de cáncer de mama entre 1986 y 1996 y que fallecieron entre 1991 y 1996	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	No descrito	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según edad (porcentaje (%) y valor p) Pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes > de 90 años (25,4% vs. 12,3%; $p<0,001$). Pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes > de 90 años (22,8% vs. 12,3%; $p<0,001$). Pacientes entre 85-89 años, comparado con pacientes > de 90 años (18,1% vs. 12,3%; $p<0,001$).	M
Lai et al. (182) 2020 Taiwán	Cohorte retrospectiva/ 516409	Pacientes >18 años diagnosticados/as con cáncer y que fallecieron entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2016	Información extraída de la base de datos del seguro nacional de salud	-Sexo -Comorbilidad -Nivel socioeconómico	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según edad (OR IC 95%) OR 0,73 (0,72-0,74) pacientes >65 años comparado con pacientes entre 18 y 64 años.	A
Lee et al. (173) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 204175	Pacientes >18 años con cáncer avanzado hospitalizados/as durante 2012 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National Inpatient Sample"	-Sexo -Raza -Nivel socioeconómico -Índice comorbilidad Charlson -Intervención quirúrgica mayor -Quimioterapia o radioterapia -Sonda alimentación	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según edad (OR IC 95%) OR 1,01 (1,006-1,009) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes de menor edad.	A

				-Nutrición parenteral -Hemodiálisis -Complicaciones postoperatorio -Estancia hospitalaria -Características hospital			
Lindskog et al. (174) 2022 Suecia	Cohorte retrospectiva/ 780	Pacientes >18 años que fallecieron entre 2015-2019 con diagnóstico de neoplasia maligna cerebral	Información extraída de la base de datos regional de Estocolmo	-Sexo -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia en centro sociosanitario	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados durante los 3 últimos meses de vida	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados según edad (OR IC 95%) OR 3,03 (1,37-6,70) pacientes 18-64 años, comparado con pacientes >85 años. OR 2,70 (1,23-5,93) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes >85 años. OR 2,50 (1,11-5,66) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes >85 años.	A
Maddison et al. (134) 2012 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	-Sexo -Nivel de ingresos -Lugar de residencia: urbano/rural -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento	Acceso a programa de cuidados paliativos: - Registro en un programa de cuidados paliativos - Registro ≥60 días antes de fallecer	Acceso a programa de cuidados paliativos según edad (OR IC 95%) -Registro en un programa de cuidados paliativos OR 0,79 (0,4-1,5) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,69 (0,4-1,3) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,32 (0,2-0,7) pacientes ≥85 años, comparado con pacientes <65 años. -Registro ≥60 días antes de fallecer OR 0,88 (0,5-1,5) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,51 (0,3-0,9) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,51 (0,2-1,2) pacientes ≥85 años, comparado con pacientes <65 años.	A
Milki et al. (175) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 4559	Pacientes > 18 años hospitalizadas que fallecieron entre 2005 y 2011 con diagnóstico de cáncer ginecológico	Información extraída de registros hospitalarios "National Inpatient Sample"	-Periodo tiempo -Raza -Tipo cáncer -Nivel socioeconómico -Seguro médico -Características hospital -Estancia hospitalaria -Severidad enfermedad -Depresión -Residir en zona eutanasia legal	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según edad (OR IC 95%) OR 1,36 (1,11-1,68) pacientes >65 años, comparado con pacientes <65 años.	A
Nayar et al. (135) 2014	Transversal/ 91039	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	Acceso y utilización de cuidados paliativos: - Uso de cuidados paliativos al final de la	Acceso y utilización de cuidados paliativos según edad (OR y valor p)	M

EE.UU		2008			vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de fallecer	-Uso de cuidados paliativos OR 1,29 (p=0,0001) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 65-74. OR 1,17 (p=0,0001) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes entre 65-74. -Inicio de cuidados paliativos OR 0,77 (p=0,0001) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes entre 65-74. OR 0,87 (p=0,0001) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes entre 65-74.	
Rosenfeld et al. (142) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 67947	Pacientes ≥18 años hospitalizadas con cáncer ginecológico metastásico (cérvix, útero y ovario) entre 2005 y 2011	Información extraída de registros hospitalarios "National Inpatient Sample"	-Raza -Nivel socioeconómico -Tipo de cáncer -Seguro médico -Supervivencia -Localización hospital: urbano/rural -Región geográfica hospital -Número camas hospital -Hospital universitario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según edad (OR IC 95%) OR 1,52 (1,36-1,70) pacientes >63 años, comparado con pacientes con menor edad.	A
Rubens et al. (143) 2019 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 4732172	Pacientes ≥18 años hospitalizados/as con cáncer avanzado entre 2005 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Sexo -Raza -Nivel socioeconómico -Tipo de cáncer -Seguro médico -Región geográfica hospital -Número camas hospital -Hospital universitario -Orden de no reanimación -Radioterapia previa -Quimioterapia, ventilación mecánica, nutrición parenteral o enteral, hemodiálisis	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según edad (OR IC 95%) OR 1,05 (1,01-1,08) pacientes con 60-69 años, comparado con pacientes de <60 años. OR 1,15 (1,09-1,21) pacientes con 70-79 años, comparado con pacientes de <60 años. OR 1,47 (1,38-1,56) pacientes con >80 años, comparado con pacientes de <60 años.	A
Sharp et al. (148) 2018 Suecia	Transversal/ 1872	Pacientes ≥18 años diagnosticados/as entre 2014 y 2016 de cánceres primarios ginecológico, hematológico, cabeza y cuello y gastrointestinal superior, en el área de "Gotland", Estocolmo	Información extraída mediante cuestionario	-Sexo -Tipo de cáncer -Lugar de nacimiento -Ocupación -Educación -Cohabitación -Tratamiento -Tipo de tratamiento	Acceso y utilización de cuidados de soporte: - Acceso a enfermera de enlace - Acceso a planes de cuidados individualizados - Recibir información	Acceso y utilización de cuidados de soporte según edad (OR IC 95%) -Acceso a enfermera de enlace OR 0,99 (0,97-1,0) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes más jóvenes.	A

					sobre grupos de apoyo/ayuda - Derivación de pacientes a cuidados paliativos	- Acceso a planes de cuidados individualizados OR 0,99 (0,98-1,01) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes más jóvenes. - Recibir información sobre grupos de apoyo/ayuda OR 0,98 (0,96-0,99) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes más jóvenes. - Derivación de pacientes a cuidados paliativos OR 0,99 (0,98-1,01) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes más jóvenes.	
Tang et al. (150) 2012 Taiwan	Cohorte retrospectiva/ 203743	Pacientes adultos con cáncer que fallecieron entre 2001 y 2006 en Taiwán	Información extraída del registro nacional de defunciones, del sistema de registro de cáncer y del seguro nacional de salud de Taiwán	-Sexo -Estado civil -Comorbilidad -Diagnóstico de cáncer -Supervivencia -Especialidad médica -Hospital universitario -Gestión hospital -Hospital con cuidados paliativos -Tamaño hospital (nº camas)	Acceso y utilización de cuidados paliativos durante el último mes de vida: - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Derivación a cuidados paliativos 3 días antes de fallecer.	Acceso y utilización de cuidados paliativos según edad (OR IC 95%) - Uso de cuidados paliativos al final de la vida OR 1,08 (1,03-1,14) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 1,14 (1,07-1,22) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 1,10 (1,01-1,20) pacientes entre >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. - Derivación a cuidados paliativos 3 días antes de fallecer OR 1,00 (0,95-1,06) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 0,94 (0,85-1,03) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 0,87 (0,75-0,99) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años.	A
Watanabe-Galloway et al. (155) 2014 EE.UU	Transversal/ 34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Sexo -Etnia/raza -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia: urbana/rural	Acceso y utilización de cuidados paliativos: - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de fallecer	Acceso y utilización de cuidados paliativos según edad (OR y valor p) - Uso de cuidados paliativos OR 0,94 (NS) pacientes entre ≥85 años, comparado con pacientes entre 66-74 años. OR 0,93 (p=0,0001) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 66-74 años. - Inicio de cuidados paliativos OR 0,93 (NS) pacientes entre ≥85 años, comparado con pacientes entre 66-74 años. OR 0,95 (NS) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 66-74 años.	A
Planificación de los cuidados							
Saeed et al. (144) 2018	Transversal/ 383	Pacientes de 21 años o más con cáncer avanzado (Estadio IV cáncer no hematológico o estadio	Información extraída a través de una encuesta	-Raza -Seguro médico -Tensión financiera percibida	Preferencias en los cuidados paliativos	Preferencias en los cuidados paliativos según edad (OR IC 95%) OR 0,49 (0,28-0,88) pacientes >65 años, comparado con pacientes <65 años.	M

EE.UU		III)		-Tipo de cáncer -Estado civil -Cohabitación -Calidad de vida (MQOL) -Angustia -Escala PEACE -Bienestar físico y social (FACT-G) -Presencia de cuidador/a -Lugar estudio			
Saeed et al. (145)	Transversal/ 265	Pacientes de 21 años o más con cáncer avanzado (Estadio IV cáncer no hematológico o estadio III)	Información extraída a través de una encuesta	-Sexo -Raza -Tensión financiera percibida -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Especialidad médica -Lugar estudio	Cumplimentación de instrucciones previas	Cumplimentación de instrucciones previas según edad (coeficiente de regresión e IC 95%) Coefficiente regresión 0,01 (0,01-0,02) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes con menor edad.	M
2019							
EE.UU							
Lugar de fallecimiento							
Barbera et al. (125)	Cohorte retrospectiva/ 112398	Pacientes que fallecieron de cáncer en Ontario entre 2000 y 2004	Información extraída del registro de cáncer de Ontario, del plan de seguros de salud de Ontario, del instituto canadiense de información de salud, del sistema de administración del cuidado a domicilio de Ontario y de la base de datos de personas registradas y del censo de Canadá	-Sexo -Tipo de cáncer -Comorbilidad -Año de fallecimiento -Nivel de ingresos vecindario -Residencia en zona rural -Región de residencia	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según edad (OR IC 95%) OR 0,88 (0,83-0,94) pacientes 50-69 años, comparado con pacientes <50 años. OR 0,69 (0,65-0,73) pacientes >70 años, comparado con pacientes <50 años.	A
2010							
Canadá							
Bergqvist et al. (160)	Transversal/ 2516	Pacientes >18 años que fallecieron de cáncer de próstata y mama durante 2015 y 2019	Información extraída de una base de datos de registros hospitalarios	-Sexo -Nivel socioeconómico -Comorbilidades -Diagnóstico -Residencia en centro sociosanitario	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según edad (OR IC 95%) OR 2,88 (1,87-4,43) pacientes de 18-64 años, comparado con pacientes >85 años. OR 2,09 (1,44-3,03) pacientes de 65-74 años, comparado con pacientes >85 años. OR 1,81 (1,28-2,58) pacientes de 75-84 años, comparado con pacientes >85 años.	A
2022							
Suecia							
Burge et al. (136)	Cohorte retrospectiva/ 13652	Pacientes adultos residentes en Nueva Escocia que fallecieron de	Información extraída de 3 bases de datos administrativas de salud	-Sexo -Tipo de cáncer -Nivel de ingresos	Fallecimiento extrahospitalario	Fallecimiento extrahospitalario según edad (OR IC 95%) OR 0,91 (0,71-1,17) pacientes de 45-64 años, comparado con	A

2005 Canadá		cáncer entre 1992 y 1997	de Canadá (Nueva Escocia) y el censo de Canadá.	-Año de fallecimiento -Supervivencia -Visita médica en centro de cuidados de larga estancia -Estancia hospitalaria		pacientes entre 18-45 años. OR 0,92 (0,71-1,18) pacientes de 65-74 años, comparado con pacientes entre 18-45 años. OR 0,96 (0,75-1,23) pacientes de 75-85 años, comparado con pacientes entre 18-45 años. OR 1,07 (0,82-1,40) pacientes de >85 años, comparado con pacientes entre 18-45 años.	
D'Angelo et al. (164) 2020 Italia	Cohorte retrospectiva/ 13656	Pacientes > 18 años residentes en la región de Lazio que fallecieron de cáncer avanzado entre enero 2012 y diciembre 2016	Información extraída de registros hospitalarios nacionales y registros médicos electrónicos de los centros de atención	-Sexo -Etnia -Educación -Nacionalidad -Lugar de residencia -Distancia al centro de tratamiento -Tipo de cáncer -Supervivencia	Lugar de fallecimiento: - Domicilio o centro especializado en cuidados paliativos vs hospital	Fallecimiento en domicilio o centro especializado en cuidados paliativos según edad (OR IC 95%) OR 1,04 (0,87-1,25) pacientes de 67-75 años, comparado con pacientes ≤66 años. OR 1,45 (1,21-1,73) pacientes de 76-82 años, comparado con pacientes ≤66 años. OR 1,81 (1,52-2,16) pacientes de ≥83 años, comparado con pacientes ≤66 años.	A
Gatrell et al. (119) 2003 Reino Unido	Transversal/ 6900	Pacientes que fallecieron de cáncer entre 1993 y 2000	Información extraída de registros nacionales	No descrito	Lugar de fallecimiento: - Domicilio - Hospital de agudos - Centro especializado en cuidados paliativos - Centro sociosanitario	Lugar de fallecimiento según edad (OR IC 95%) -Fallecimiento en domicilio OR 0,979 (0,974-0,983) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes jóvenes. -Fallecimiento en hospital de agudos OR 1,015 (1,010-1,019) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes jóvenes. -Fallecimiento en centro especializado en cuidados paliativos OR 0,975 (0,971-0,980) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes jóvenes. -Fallecimiento en centro sociosanitario OR 1,115 (1,103-1,127) pacientes de mayor edad, comparado con pacientes jóvenes.	M
Hegagi et al. (166) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 6888	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de abril de 2010 y el 31 de Marzo de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos de atención en domicilio	-Sexo -Ruralidad -Nivel de ingresos -Estadio cáncer -Comorbilidad	Fallecimiento extrahospitalario	Fallecimiento extrahospitalario según edad (OR IC 95%) OR 1,15 (0,72-1,84) pacientes 45-54 años, comparado con pacientes entre 18-44 años. OR 1,08 (0,69-1,70) pacientes 55-64 años, comparado con pacientes entre 18-44 años. OR 0,99 (0,63-1,55) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes entre 18-44 años. OR 0,95 (0,60-1,50) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes entre 18-44 años. OR 0,98 (0,59-1,65) pacientes >85 años, comparado con pacientes entre 18-44 años.	A

Hunt et al. (123) 2001 Australia	Transversal/ 29230	Residentes en el estado Australia Meridional que fallecieron de cáncer entre 1990-1999	Información extraída del registro de cáncer de Australia Meridional	-Sexo -Raza -Lugar de nacimiento -Lugar de residencia -Nivel socioeconómico -Supervivencia -Año de fallecimiento -Localización tumor	Lugar de fallecimiento vs. hospital de agudos público metropolitano: - Hospital de agudos privado metropolitano - Hospital de agudos regional - Centro especializado en cuidados paliativos - Centro sociosanitario - Domicilio	Lugar de fallecimiento según edad (OR IC 95%) - Fallecimiento en hospital de agudos privado metropolitano OR 1,44 (1,26-1,65) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes <60 años. OR 1,50 (1,32-1,70) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes <60 años. OR 2,01 (1,75-2,31) pacientes >80 años, comparado con pacientes <60 años. - Fallecimiento en hospital de agudos regional OR 1,52 (1,31-1,76) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes <60 años. OR 1,62 (1,40-1,86) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes <60 años. OR 2,26 (1,93-2,65) pacientes >80 años, comparado con pacientes <60 años. - Fallecimiento en centro especializado en cuidados paliativos OR 1,06 (0,95-1,18) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes <60 años. OR 1,21 (1,09-1,34) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes <60 años. OR 1,17 (1,04-1,32) pacientes >80 años, comparado con pacientes <60 años. - Fallecimiento en centro sociosanitario OR 3,30 (2,45-4,46) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes <60 años. OR 9,70 (7,36-12,78) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes <60 años. OR 36,24 (27,53-47,71) pacientes >80 años, comparado con pacientes <60 años. - Fallecimiento en domicilio OR 0,99 (0,88-1,11) pacientes 60-69 años, comparado con pacientes <60 años. OR 0,86 (0,77-0,96) pacientes 70-79 años, comparado con pacientes <60 años. OR 0,85 (0,75-0,96) pacientes >80 años, comparado con pacientes <60 años.	A
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que eran atendidos a través del sistema tradicional “pago por servicio”	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y “Medicare”) y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Sexo -Raza -Estado civil -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Localización tumor	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según edad (OR IC 95%) OR 1,27 (0,69-2,37) pacientes 70-74 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 1,20 (0,65-2,19) pacientes 75-79 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 1,00 (0,53-1,91) pacientes 80-84 años, comparado con pacientes entre 66-69 años. OR 0,62 (0,31-1,23) pacientes >85 años, comparado con pacientes	A

						entre 66-69 años.	
Lindskog et al. (174)	Cohorte retrospectiva/ 780	Pacientes >18 años que fallecieron entre 2015-2019 con diagnóstico de neoplasia maligna cerebral	Información extraída de la base de datos regional de Estocolmo	-Sexo -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia en centro sociosanitario	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según edad (OR IC 95%) OR 2,53 (0,57-11,12) pacientes 18-64 años, comparado con pacientes >85 años. OR 1,80 (0,41-8,00) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes >85 años. OR 1.16 (0,25-5,39) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes >85 años.	A
Maddison et al. (134)	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	- Lugar de residencia: urbano/rural -Sexo -Nivel de ingresos -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según edad (OR IC 95%) OR 1,15 (0,8-1,8) pacientes 65-74 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,85 (0,6-1,2) pacientes 75-84 años, comparado con pacientes <65 años. OR 0,94 (0,6-1,5) pacientes ≥85 años, comparado con pacientes <65 años.	A
Neergaard et al. (137)	Transversal/ 599	Pacientes adultos residentes en Aarhus (Dinamarca) que fallecieron de cáncer entre el 1 de marzo y el 30 de noviembre de 2006	Información extraída de registros de defunciones, sanitarios, laborales y del seguro nacional de salud	-Sexo -Diagnóstico -Estado civil -Niños residentes en domicilio -Tamaño domicilio -Inmigrante -Visita médica -Ingreso hospitalario -Participación de un equipo especialista	Lugar de fallecimiento: - Domicilio	Fallecer en domicilio según edad (PR IC 95%) PR 0,83 (0,70-0,99) pacientes entre 70-79 años, comparado con pacientes >80 años. PR 0,82 (0,66-1,01) pacientes entre 60-69 años, comparado con pacientes >80 años. PR 0,67 (0,45-0,99) pacientes entre 50-59 años, comparado con pacientes >80 años. PR 0,67 (0,39-1,15) pacientes entre 18-49 años, comparado con pacientes >80 años.	A
Öhlén et al. (138)	Transversal/ 20710	Pacientes que fallecieron de cáncer en 2012 en Suecia	Información extraída de registros nacionales	-Sexo -Tipo de cáncer -Estado civil -Nivel educativo -Grado de urbanización: urbano/rural -Región sanitaria	Lugar de fallecimiento: - Domicilio - Hospital de agudos - Centro sociosanitario	Lugar de fallecimiento según edad (OR IC 95%) -Fallecimiento en hospital vs. domicilio (lugar de residencia) OR 1,13 (0,88-1,46) pacientes entre 18-49 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 1,19 (0,96-1,47) pacientes entre 50-59 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 1,31 (1,09-1,57) pacientes entre 60-69 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 1,28 (1,07-1,52) pacientes entre 70-79 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 1,30 (1,09-1,54) pacientes entre 80-89 años, comparado con pacientes entre 90-95+.	A

						<p>-Fallecimiento en centro sociosanitario vs. domicilio (lugar de residencia) OR 0,12 (0,08-0,17) pacientes entre 18-49 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 0,19 (0,15-0,24) pacientes entre 50-59 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 0,25 (0,20-0,30) pacientes entre 60-69 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 0,42 (0,35-0,50) pacientes entre 70-79 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 0,78 (0,66-0,93) pacientes entre 80-89 años, comparado con pacientes entre 90-95+.</p> <p>-Fallecimiento en hospital vs. centro sociosanitario (lugar de residencia) OR 0,77 (0,28-2,12) pacientes entre 60-69 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 0,66 (0,31-1,43) pacientes entre 70-79 años, comparado con pacientes entre 90-95+. OR 1,54 (0,88-2,67) pacientes entre 80-89 años, comparado con pacientes entre 90-95+.</p>	
Papke et al. (140) 2007 Alemania	Transversal/ 2316	Pacientes que fallecieron de cáncer entre 1997 y 2003	Información extraída de la oficina de salud del distrito administrativo de "Sächsische Schweiz"	No descrito	Lugar de fallecimiento: - Centro sociosanitario	<p>Fallecer en centro sociosanitario según edad (OR IC 95%)</p> <p>OR 0,30 (0,14-0,67) pacientes entre 61-70 años, comparado con pacientes <40 años. OR 0,40 (0,26-0,61) pacientes entre 71-80 años, comparado con pacientes <40 años.</p>	M
Sedhom et al. (181) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 3182707	Pacientes >65 años que fallecieron de cáncer de pulmón, colorrectal, próstata, páncreas y mama entre 2003 y 2017	Información extraída de registro nacional	-Sexo -Año de fallecimiento -Etnia/raza -Diagnóstico cáncer primario	Lugar de fallecimiento vs domicilio: - Centro especializado en cuidados paliativos - Hospital de agudos - Centro sociosanitario	<p>Lugar de fallecimiento vs domicilio según edad (OR IC 95%)</p> <p>-Centro especializado en cuidados paliativos OR 0,98 (0,97-0,99) pacientes 70-74 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 0,96 (0,95-0,97) pacientes 75-79 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 0,98 (0,97-0,99) pacientes 80-84 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 0,99 (0,98-1,01) pacientes 85-89 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 0,98 (0,96-0,99) pacientes 90-94 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 0,92 (0,89-0,96) pacientes 95-99 años, comparado con pacientes entre 65-69 años. OR 0,73 (0,66-0,81) pacientes >100 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>-Hospital de agudos OR 0,93 (0,92-0,94) pacientes 70-74 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p>	A

						<p>OR 0,87 (0,86-0,87) pacientes 75-79 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 0,77 (0,77-0,78) pacientes 80-84 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 0,71 (0,70-0,71) pacientes 85-89 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 0,63 (0,62-0,64) pacientes 90-94 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 0,59 (0,58-0,61) pacientes 95-99 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 0,51 (0,47-0,55) pacientes >100 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>-Centro sociosanitario</p> <p>OR 1,17 (1,16-1,19) pacientes 70-74 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 1,48 (1,46-1,50) pacientes 75-79 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 1,97 (1,94-1,99) pacientes 80-84 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 2,75 (2,72-2,78) pacientes 85-89 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 3,65 (3,60-3,70) pacientes 90-94 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 4,69 (4,59-4,79) pacientes 95-99 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p> <p>OR 5,02 (4,76-5,29) pacientes >100 años, comparado con pacientes entre 65-69 años.</p>	
Tang et al. (150) 2012 Taiwan	Cohorte retrospectiva/ 203743	Pacientes adultos con cáncer que fallecieron entre 2001 y 2006 en Taiwán	Información extraída del registro nacional de defunciones, del sistema de registro de cáncer y del seguro nacional de salud de Taiwán	-Sexo -Estado civil -Comorbilidad -Diagnóstico de cáncer -Supervivencia -Especialidad médica -Hospital universitario -Gestión hospital -Hospital con cuidados paliativos -Tamaño hospital (nº camas)	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según edad (OR IC 95%) OR 0,83 (0,75-0,87) pacientes entre 65-74 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 0,84 (0,80-0,88) pacientes entre 75-84 años, comparado con pacientes entre 18 y 64 años. OR 0,83 (0,78-0,89) pacientes >85 años, comparado con el pacientes entre 18 y 64 años.	A

NS: No significativo; EE.UU: Estados Unidos; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; OR: *odds ratio*; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza.

*Remarcados en negrita los resultados estadísticamente significativos (p<0.05).

§Resultados de la evaluación de la calidad metodológica mediante la Escala NewCastle-Ottawa Scale (NOS).Categorizada en alta (A), moderada (M) y baja (B).

Anexo 7.2: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según el sexo

Tabla 17: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según SEXO y el tipo de abordaje de cuidados paliativos

Autor/ Año/ País	Diseño estudio/ N	Población objetivo	Instrumento	Variables de ajuste	Variables resultado	Resultados principales	NOS ⁵
Control de síntomas							
Åsli et al. (114) 2018 Noruega	Cohorte retrospectiva/ 25287	Pacientes que fallecieron de cáncer (excepto cáncer cutáneo no melanoma) entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de diciembre de 2011 en Noruega	Información extraída de registros nacionales	-Edad -Tipo de cáncer -Supervivencia -Región de residencia -Radioterapia curativa -Educación -Nivel de ingresos -Servicio de radioterapia en el hospital -Distancia al centro de tratamiento	Recibir radioterapia paliativa en los dos últimos años de vida	Recibir radioterapia paliativa según sexo (OR IC 95%) OR 0,92 (0,85-0,99) mujeres, comparado con hombres.	A
Colibaseanu et al. (184) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 287923	Pacientes que fallecieron de cáncer colorrectal entre 2004 y 2013	Información extraída del registro nacional de cáncer (Base de datos nacional de cáncer del colegio americano de cirujanos)	-Año del diagnóstico -Edad -Etnia/raza -Seguro médico -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Zona urbana vs rural -Distancia al centro de tratamiento -Índice comorbilidad Charlson -Características hospital -Región del hospital -Porcentaje de pacientes que reciben cuidados paliativos -Características del tumor	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor.	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según sexo (estratificado por supervivencia) (OR IC 95%) <u>Supervivencia <6 meses</u> OR 0,95 (0,9-1,01) hombres, comparado mujeres. <u>Supervivencia 6-24 meses</u> OR 1,02 (0,96-1,09) hombres, comparado mujeres. <u>Supervivencia >24 meses</u> OR 0,97 (0,87-1,07) hombres, comparado mujeres.	A
Dumbrava et al. (116) 2018 Australia	Cohorte retrospectiva/ 1173	Pacientes diagnosticados/as de adenocarcinoma de páncreas inoperable entre el 1 de julio de 2009 y el 30 de junio de 2011, residentes en Queensland y Nueva Gales del Sur, Australia	Información extraída de registros médicos y registro nacional de cáncer	-Edad -Índice comorbilidad Charlson -Escala ECOG	NO recibir quimioterapia paliativa durante el primer año tras el diagnóstico	NO recibir quimioterapia paliativa según sexo (OR IC 95%) OR 1,24 (0,95-1,62) mujeres, comparado con hombres.	A

Johnston et al. (126) 2001 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 9978	Adultos que fallecieron de cáncer entre 1994 y 1998 en Nueva Escocia	Información extraída de la base de datos del sistema de información del paciente oncológico y registros nacionales	-Edad -Ingresos medios comunidad -Distancia la centro de tratamiento -Año del fallecimiento -Confirmación microscópica cáncer -Tipo de cáncer -Tiempo entre el diagnóstico y el fallecimiento -Radioterapia paliativa previa	Recibir radioterapia paliativa en los últimos 9 meses de vida: - Recibir consulta de radioterapia paliativa con oncólogo radioterapeuta - Recibir tratamiento con radioterapia paliativa	Recibir radioterapia paliativa según sexo (OR IC 95%) -Recibir consulta de radioterapia paliativa OR 1,04 (0,93-1,15) hombres, comparado con mujeres. -Recibir tratamiento con radioterapia paliativa OR 0,95 (0,81-1,12) hombres, comparado con mujeres.	A
Lavergne et al. (132) 2011 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 13494	Adultos de 20 años o más que fallecieron de cáncer entre 2000 y 2005 en Nueva Escocia	Información extraída de la base de datos del sistema de información del paciente oncológico y registros nacionales	-Edad -Localización tumor -Supervivencia -Consulta oncología -Residir en centro de mayores -Deprivación -Tiempo de viaje al centro de tratamiento	Recibir radioterapia paliativa en los últimos 9 meses de vida: - Recibir consulta de radioterapia paliativa con oncólogo radioterapeuta - Recibir tratamiento con radioterapia paliativa	Recibir radioterapia paliativa según sexo (OR IC 95%) -Recibir consulta de radioterapia paliativa OR 1,19 (1,09-1,30) hombres, comparado con mujeres. -Recibir tratamiento con radioterapia paliativa OR 1,18 (1,06-1,30) hombres, comparado con mujeres.	A
Adecuación y calidad de los cuidados							
Bergqvist et al. (160) 2022 Suecia	Transversal/ 2516	Pacientes >18 años que fallecieron de cáncer de próstata y mama durante 2015 y 2019	Información extraída de una base de datos de registros hospitalarios	-Edad -Nivel socioeconómico -Comorbilidades -Residencia en centro sociosanitario	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Visitas a urgencias - Ingresos hospitalarios	Agresividad terapéutica según sexo (OR IC 95%) -Ingresos hospitalarios OR 1,31 (1,10-1,57) mujeres, comparado con hombres.	A
Deeb et al. (163) 2021 EE.UU	Transversal/ 21335	Pacientes >18 años diagnosticados/as con cáncer metastásico que fallecieron durante hospitalización entre el 1 de enero de 2010y el 31 diciembre de 2017	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Nivel socioeconómico -Etnia/raza -Seguro médico -Características hospital -Región residencia	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Visitas a urgencias - Terapia sistémica: quimioterapia - Ventilación mecánica	Agresividad terapéutica según sexo (OR IC 95%) -Visitas a urgencias OR 1,01 (0,95-1,08) mujeres, comparado con hombres. -Terapia sistémica: quimioterapia OR 1,18 (1,03-1,36) mujeres, comparado con hombres. -Ventilación mecánica OR 0,89 (0,83-0,96) mujeres, comparado con hombres.	A
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que eran atendidos a través del sistema tradicional "pago por servicio"	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y "Medicare") y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Edad -Raza -Estado civil -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Localización tumor	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Tratamiento anticáncer 14 días antes de fallecer - Visitas a hospital de agudos 30 días antes de fallecer	Agresividad terapéutica según sexo (OR IC 95%) -Tratamiento anticáncer 14 días antes de fallecer OR 0,99 (0,68-1,44) mujeres, comparado hombres. -Visitas a hospital de agudos 30 días antes de fallecer OR 0,84 (0,61-1,16) mujeres, comparado hombres.	A
Lindskog et al. (174)	Cohorte retrospectiva/ 780	Pacientes >18 años que fallecieron entre 2015-2019 con diagnóstico de	Información extraída de la base de datos regional de Estocolmo	-Edad -Nivel socioeconómico -Comorbilidad	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Visitas a urgencias	Agresividad terapéutica según sexo (OR IC 95%)	A

2022		neoplasia maligna cerebral		-Residencia en centro sociosanitario	- Ingresos hospitalarios	- Visitas a urgencias OR 0,83 (0,59-1,15) mujeres, comparado con hombres.	
Suecia						- Ingresos hospitalarios OR 0,72 (0,53-0,99) mujeres, comparado con hombres.	
Maddison et al. (134)	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	- Lugar de residencia: urbano/rural -Edad -Nivel de ingresos -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - >1 visita a urgencias	Agresividad terapéutica según sexo (OR IC 95%) -> 1 visita a urgencias OR 0,70 (0,6-1,0) mujeres, comparado con hombres.	A
2012							
Canadá							
Nayar et al. (135)	Transversal/ 91039	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en 2008	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida: - Nº visitas a urgencias - Nº ingresos hospitalarios - Nº estancias en UCI	Agresividad terapéutica según sexo (coeficiente de regresión y valor p) - Nº ingresos hospitalarios Coefficiente regresión -0,01 (p=0,05) mujeres, comparado con hombres. - Nº visitas a urgencias Coefficiente regresión -0,003 (NS) mujeres, comparado con hombres. - Nº estancias en UCI Coefficiente regresión -0,13 (p=0,0001) mujeres, comparado con hombres.	M
2014							
EE.UU							
Perry et al. (177)	Cohorte retrospectiva/ 1290	Pacientes fallecidos con cáncer metastásico en Luisiana entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2017	Información extraída de una base de datos de salud regional	-Edad -Raza -Comorbilidad -Tipo de cáncer	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Quimioterapia - Ingreso hospitalario - Visitas a urgencias - Ingreso en UCI - Ventilación mecánica	Agresividad terapéutica según sexo (OR IC 95%) - Quimioterapia OR 0,96 (0,71-1,28) hombres, comparado con mujeres. - Ingreso hospitalario OR 0,89 (0,65-1,23) hombres, comparado con mujeres. - Visitas a urgencias OR 0,89 (0,65-1,22) hombres, comparado con mujeres. - Ingreso en UCI OR 0,99 (0,76-1,29) hombres, comparado con mujeres.	A
2021							
EE.UU							

						-Ventilación mecánica OR 0,82 (0,61-1,11) hombres, comparado con mujeres.	
Ramos-Fernández et al. (178)	Cohorte retrospectiva/10755	Pacientes ≥ 18 años diagnosticados/as con cáncer invasivo primario entre 2011 y 2016 y que fallecieron durante 2011-2017	Información extraída del registro nacional e cáncer y del seguro de salud "Medicare"	-Edad -Seguro médico -Departamento de salud -Localización tumor -Índice de comorbilidad -Estadio	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - ≥ 2 visitas a urgencias	Agresividad terapéutica según sexo (OR IC 95%) -≥ 2 visitas a urgencias OR 0,89 (0,79-0,99) mujeres, comparado con hombres.	A
2022							
Puerto Rico							
Watanabe-Galloway et al. (155)	Transversal/34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Edad -Etnia/raza -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia: urbana/rural	Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida: - Nº visitas a urgencias - Nº ingresos hospitalarios - Nº estancias en UCI	Agresividad terapéutica según sexo (RR y valor p) -Nº visitas a urgencias OR 1,01 (NS) mujeres, comparado con hombres. -Nº ingresos hospitalarios OR 1,01 (NS) mujeres, comparado con hombres. -Nº estancias en UCI OR 0,93 (p=0,0001) mujeres, comparado con hombres.	A
2014							
EE.UU							
Atención paliativa							
Adersen et al. (157)	Cohorte retrospectiva/5851	Pacientes ≥ 18 años diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de julio 2011 y el 31 de diciembre de 2018 y que fallecieron durante el mismo periodo	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos nacional de cuidados paliativos	-Edad -Tratamiento oncológico -Metástasis -Año de fallecimiento -Comorbilidad -Lugar de residencia	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados según sexo (OR IC 95%) OR 0,71 (0,64-0,79) hombres, comparado con mujeres	A
2021							
Dinamarca							
Barbera et al. (125)	Cohorte retrospectiva/112398	Pacientes que fallecieron de cáncer en Ontario entre 2000 y 2004	Información extraída del registro de cáncer de Ontario, del plan de seguros de salud de Ontario, del instituto canadiense de información de salud, del sistema de administración del cuidado a domicilio de Ontario y de la base de datos de personas registradas y del censo de Canadá	-Edad -Tipo de cáncer -Comorbilidad -Año de fallecimiento -Nivel de ingresos vecindario -Residencia en zona rural -Región de residencia	Atención en domicilio: - Visita domiciliaria durante los últimos 6 meses de vida. - Seguimiento telefónico en el domicilio durante las últimas dos semanas de vida.	Atención en domicilio según sexo (OR IC 95%) -Visita domiciliaria OR 1,15 (1,12-1,18) mujeres, comparado con hombres. -Seguimiento telefónico en domicilio OR 0,97 (0,93-1,00) mujeres, comparado con hombres.	A
2010							
Canadá							
Burge et al. (147)	Cohorte retrospectiva/7511	Adultos que fallecieron por cáncer entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2003 y que	Información extraída de 6 bases de datos administrativas del departamento de salud	-Edad -Supervivencia -Educación -Nivel de ingresos	Registro en un programa de cuidados paliativos en los últimos 6 meses de vida	Registro en un programa de cuidados paliativos según sexo (OR IC 95%) OR 0,8 (0,7-0,9) hombres, comparado con mujeres.	A
2008							

Canadá		residían en alguna de las 2 autoridades de salud de distrito de la provincia de Nueva Escocia en Canadá	de Nueva Escocia y el censo de Canadá	-Minoría étnica -Residir en un centro de cuidados de larga estancia -Residir en zona urbana/rural -Comorbilidad -Tipo de cáncer -Días de hospitalización -Visita médicas -Consulta con oncología -Tratamiento con radioterapia paliativa -Distancia al centro de tratamiento			
Craigs et al. (115) 2018 Reino Unido	Cohorte retrospectiva/ 2474	Pacientes > 18 años que fallecieron de cáncer entre enero de 2010 y febrero de 2012	Información extraída del registro de cáncer (Norte y Yorkshire), registros médicos y un sistema de información clínica	No descrito	Recibir cuidados paliativos comunitarios y/o hospitalarios	Recibir cuidados paliativos según sexo (OR IC 95%) -Cuidados paliativos comunitarios OR 0,88 (0,68-1,14) hombres, comparado con mujeres. -Cuidados paliativos hospitalarios OR 0,66 (0,50-0,86) hombres, comparado con mujeres. -Cuidados paliativos comunitarios y hospitalarios OR 0,66 (0,50-0,87) hombres, comparado con mujeres.	A
Han et al. (165) 2021 EE.UU	Transversal/ 131852	Pacientes ≥18 años hospitalizados/as con cáncer metastásico de vejiga entre 2003 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Raza -Nivel de ingresos -Índice comorbilidad Elixhauser -Características hospital -Factores relacionados con el tumor (metástasis) -Factores relacionados con el tratamiento	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según sexo (OR IC 95%) OR 1,02 (0,92-1,13) mujeres, comparado con hombres.	A
Hegagi et al. (166) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 6888	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de abril de 2010 y el 31 de Marzo de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos de atención en domicilio	-Edad -Ruralidad -Nivel de ingresos -Estadio cáncer -Comorbilidad -Tipo de cuidados en domicilio	Acceso a cuidados paliativos en domicilio (unidades especializadas en cuidados paliativos)	Acceso a cuidados paliativos en domicilio según sexo (OR IC 95%) OR 1,11 (0,99-1,24) hombres, comparado con mujeres.	A
Heller et al. (120) 2019 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 86573	Pacientes de 65 años o más con cáncer colorrectal que fueron tratados con cirugía urgente entre 2009 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Raza -Elixhauser índice de comorbilidad -Presencia de metástasis -Cuartil de ingresos -Año de A	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario por cirugía urgente	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según sexo (OR IC 95%) OR 1,0 (0,8-1,1) mujeres, comparado con hombres.	A

				-Tamaño hospital (nº camas) -Región hospital -Gestión hospital -Hospital universitario -Urbanización			
Jackson et al. (171) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 23567	Pacientes >18 años hospitalizados/as con cáncer de esófago entre 2016 y 2018	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Nivel de ingresos -Edad -Etnia/raza -Seguro médico -Características hospital -Comorbilidad -Estancia hospitalaria -Quimioterapia -Tipo de ingreso hospitalario -Motivo al A	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según sexo (OR 95% IC) OR 1,08 (0,98-1,19) mujeres, comparado hombres.	A
Jin et al. (172) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 48722	Pacientes con diagnóstico de tumor maligno del sistema nervioso central durante 2003 y 2011	Información extraída de una base de datos administrativa de salud	-Edad -Raza -Tipo tumor -Seguro médico -Cirugía -Médico -Comorbilidad	Uso de cuidados paliativos y cuidados de soporte (domicilio o apoyo social): - Acceso a cuidados paliativos hospitalarios/ ambulatorios - Acceso a atención domiciliaria - Acceso a apoyo social	Uso de cuidados paliativos y cuidados de soporte según sexo (OR y valor p) - Acceso a cuidados paliativos hospitalarios/ ambulatorios OR 0,981 (NS) hombres, comparado con mujeres. - Acceso a atención domiciliaria OR 0,971 (NS) hombres, comparado con mujeres. - Acceso a apoyo social OR 0,850 (p<0.001) hombres, comparado con mujeres.	A
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que eran atendidos a través del sistema tradicional "pago por servicio"	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y "Medicare") y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Edad -Raza -Estado civil -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Localización tumor	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según sexo (OR IC 95%) OR 1,21 (0,86-1,69) mujeres, comparado con hombres.	A
Lai et al. (182) 2020 Taiwán	Cohorte retrospectiva/ 516409	Pacientes >18 años diagnosticados/as con cáncer y que fallecieron entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2016	Información extraída de la base de datos del seguro nacional de salud	-Edad -Comorbilidad -Nivel socioeconómico	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según sexo (OR IC 95%) OR 1,22 (1,21-1,24) mujeres, comparado con hombres.	A
Lee et al. (173) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 204175	Pacientes >18 años con cáncer avanzado hospitalizados/as durante 2012 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Raza -Nivel socioeconómico -Índice comorbilidad Charlson -Intervención quirúrgica mayor	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según sexo (OR IC 95%) OR 1,03 (1,002-1,061) mujeres, comparado con hombres.	A

				<ul style="list-style-type: none"> -Quimioterapia o radioterapia -Sonda alimentación -Nutrición parenteral -Hemodiálisis -Complicaciones postoperatorio -Estancia hospitalaria -Características hospital 			
Lindskog et al. (174) 2022 Suecia	Cohorte retrospectiva/ 780	Pacientes >18 años que fallecieron entre 2015-2019 con diagnóstico de neoplasia maligna cerebral	Información extraída de la base de datos regional de Estocolmo	<ul style="list-style-type: none"> -Edad -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia en centro sociosanitario 	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados durante los 3 últimos meses de vida	<p>Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados según sexo (OR IC 95%)</p> <p>OR 1,02 (0,69-1,52) mujeres, comparado con hombres.</p>	A
Maddison et al. (134) 2012 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar de residencia: urbano/rural -Edad -Nivel de ingresos -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento 	<p>Acceso a programa de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro en un programa de cuidados paliativos - Registro ≥60 días antes de fallecer 	<p>Acceso a programa de cuidados paliativos según sexo (OR IC 95%)</p> <p>-Registro en un programa de cuidados paliativos OR 0,85 (0,5-1,3) mujeres, comparado con hombres.</p> <p>-Registro ≥60 días antes de fallecer OR 1,52 (1,0-1,24) mujeres, comparado con hombres.</p>	A
Nayar et al. (135) 2014 EE.UU	Transversal/ 91039	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en 2008	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	<p>Acceso y utilización de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de su fallecer. 	<p>Acceso y utilización de cuidados paliativos según sexo (OR y valor p)</p> <p>-Uso de cuidados paliativos OR 1,22 (p=0,0001) mujeres, comparado con hombres.</p> <p>-Inicio de cuidados paliativos OR 0,88 (p=0,0001) mujeres, comparado con hombres.</p>	M
Okafor et al. (139) 2017 EE.UU	Transversal/ 513440	Pacientes hospitalizados/as con cáncer gastrointestinal metastásico en 2012	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	<ul style="list-style-type: none"> -Edad -Raza -Seguro médico -Ingresos medios anuales -Zona urbana/rural -Hospital universitario -Región geográfica hospital -Gestión hospital -Número de camas hospital 	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	<p>Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según sexo (OR y valor p)</p> <p>OR 1,12 (p=0,002) mujeres, comparado con hombres.</p>	A

Rubens et al. (143) 2019 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 4732172	Pacientes ≥18 años hospitalizados/as con cáncer avanzado entre 2005 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Raza -Nivel socioeconómico -Tipo de cáncer -Seguro médico -Región geográfica hospital -Número camas hospital -Hospital universitario -Orden de no reanimación -Radioterapia previa -Quimioterapia, ventilación mecánica, nutrición parenteral o enteral, hemodiálisis	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según sexo (OR IC 95%) OR 1,04 (0,98-1,06) mujeres, comparado con hombres.	A
Sharma et al. (146) 2015 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 6288	Pacientes con cáncer metastásico hospitalizados/as en el "Northwestern Memorial Hospital" en Chicago, entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2010	Información extraída de los registros médicos	-Seguro médico -Severidad enfermedad -Estado civil -Número de hospitalizaciones -Etnia/raza	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según sexo (OR IC 95%) OR 1,00 (0,86-1,15) mujeres, comparado con hombres.	M
Sharp et al. (148) 2018 Suecia	Transversal/ 1872	Pacientes ≥18 años diagnosticados/as entre 2014 y 2016 de cánceres primarios ginecológico, hematológico, cabeza y cuello y gastrointestinal superior, en el área de "Gotland", Estocolmo	Información extraída mediante cuestionario	-Edad -Tipo de cáncer -Lugar de nacimiento -Ocupación -Educación -Cohabitación -Tratamiento -Tipo de tratamiento	Acceso y utilización de cuidados de soporte: - Acceso a enfermera de enlace - Acceso a planes de cuidados individualizados - Recibir información sobre grupos de apoyo/ayuda - Derivación de pacientes a cuidados paliativos	Acceso y utilización de cuidados de soporte según sexo (OR IC 95%) - Acceso a enfermera de enlace OR 1,11 (0,84-1,46) hombres, comparado con mujeres. - Acceso a planes de cuidados individualizados OR 1,33 (1,01-1,73) hombres, comparado con mujeres. - Recibir información sobre grupos de apoyo/ayuda OR 1,01 (0,76-1,36) hombres, comparado con mujeres. - Derivación de pacientes a cuidados paliativos OR 1,05 (0,77-1,45) hombres, comparado con mujeres.	A
Watanabe-Galloway et al. (155) 2014 EE.UU	Transversal/ 34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Edad -Etnia/raza -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia: urbana/rural	Acceso y utilización de cuidados paliativos: - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de fallecer.	Acceso y utilización de cuidados paliativos según sexo (OR y valor p) - Uso de cuidados paliativos OR 1,12 (p=0,0001) mujeres, comparado con hombres. - Inicio de cuidados paliativos OR 0,91 (p=0,0001) mujeres, comparado con hombres.	A

Planificación de los cuidados							
Hu et al. (167) 2021 China	Transversal/ 258	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de pulmón hospitalizados/as entre octubre de 2017 y noviembre 2018	Información extraída a través de un cuestionario y de registros médicos	-Edad -Estado civil -Tipo de tumor -Tratamiento -Número de hijos/as -Nivel socioeconómico -Calidad de vida cuestionario	Preferencias en los cuidados paliativos: - Decisiones al final de la vida iniciada por otros (profesional sanitario)	Decisiones al final de la vida iniciada por otros (profesional sanitario) según sexo (OR IC 95%) OR 2,743 (2,243-3,285) mujeres, comparado con hombres.	A
Koffman et al. (129) 2007 Reino Unido	Transversal/ 252	Pacientes oncológicos que estaban recibiendo tratamiento activo en dos hospitales de referencia en el noroeste de Londres entre diciembre 2004 y abril 2005	Información obtenida a través de una encuesta y registro nacional	-Edad	Conocimiento sobre cuidados paliativos: - Reconocimiento del término cuidados paliativos - Entendimiento sobre el rol de las enfermeras "Macmillan" (especialistas en cuidados paliativos y control de síntomas)	Conocimiento sobre cuidados paliativos según sexo (OR IC 95%) -Reconocimiento del término cuidados paliativos OR 1,7 (0,71-4,23) mujeres, comparado hombres. -Entendimiento sobre el rol de las enfermeras "Macmillan" OR 2,0 (0,95-3,94) mujeres, comparado hombres.	M
O'Mahony et al. (179) 2021 EE.UU	Transversal/ 308	Pacientes con cáncer atendidos en una clínica de cuidados paliativos	Información extraída a través de un cuestionario y de registros médicos	-Edad -Raza/etnia -Educación -Ingresos -Estado civil -Religión -Espiritualidad -Conocimiento enfermedad terminal	Preferencias en los cuidados paliativos: - Preferencias objetivos tratamiento (agresividad terapéutica la final de la vida) - Preferencias reanimación cardiopulmonar - Preferencias ventilación mecánica	Preferencias en los cuidados paliativos según sexo (coeficiente de regresión y valor p) -Preferencias objetivos tratamiento Coeficiente regresión -0,221 (NS) hombres, comparado con mujeres. -Preferencias reanimación cardiopulmonar Coeficiente regresión -0,363 (NS) hombres, comparado con mujeres. -Preferencias ventilación mecánica Coeficiente regresión -0,620 (p<0,05) hombres, comparado con mujeres.	M
Saeed et al. (144) 2018 EE.UU	Transversal/ 383	Pacientes de 21 años o más con cáncer avanzado (Estadio IV cáncer no hematológico o estadio III)	Información extraída a través de una encuesta	-Edad -Raza -Seguro médico -Tensión financiera percibida -Tipo de cáncer -Estado civil -Cohabitación -Calidad de vida (MQOL) -Angustia -Escala PEACE -Bienestar físico y social (FACT-G) -Presencia de cuidador/a -Lugar estudio	Preferencias en los cuidados paliativos	Preferencias en los cuidados paliativos según sexo (OR IC 95%) OR 2,69 (1,51-4,79) mujeres, comparado con hombres.	M

Saeed et al. (145)	Transversal/ 265	Pacientes de 21 años o más con cáncer avanzado (Estadio IV cáncer no hematológico o estadio III)	Información extraída a través de una encuesta	-Edad -Raza -Tensión financiera percibida -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Especialidad médica -Lugar estudio	Cumplimentación de instrucciones previas	Cumplimentación de instrucciones previas según sexo (coeficiente de regresión e IC 95%) Coeficiente regresión -0,01 (-0,20-0,17) hombres, comparado mujeres.	M
2019							
EE.UU							
Lugar de fallecimiento							
Barbera et al. (125)	Cohorte retrospectiva/ 112398	Pacientes que fallecieron de cáncer en Ontario entre 2000 y 2004	Información extraída del registro de cáncer de Ontario, del plan de seguros de salud de Ontario, del instituto canadiense de información de salud, del sistema de administración del cuidado a domicilio de Ontario y de la base de datos de personas registradas y del censo de Canadá	-Edad -Tipo de cáncer -Comorbilidad -Año de fallecimiento -Nivel de ingresos vecindario -Residencia en zona rural -Región de residencia	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según sexo (OR IC 95%) OR 0,88 (0,85-0,91) mujeres, comparado con hombres.	A
2010							
Canadá							
Burge et al. (136)	Cohorte retrospectiva/ 13652	Pacientes adultos residentes en Nueva Escocia que fallecieron de cáncer entre 1992 y 1997	Información extraída de 3 bases de datos administrativas de salud de Canadá (Nueva Escocia) y el censo de Canadá	-Edad -Tipo de cáncer -Nivel de ingresos -Año de fallecimiento -Supervivencia -Visita médica en centro de cuidados de larga estancia -Estancia hospitalaria	Fallecimiento extrahospitalario	Fallecimiento extrahospitalario según sexo (OR IC 95%) OR 1,24 (1,12-1,37) mujeres, comparado con hombres.	A
2005							
Canadá							
D'Angelo et al. (164)	Cohorte retrospectiva/ 13656	Pacientes > 18 años residentes en la región de Lazio que fallecieron de cáncer avanzado entre enero 2012 y diciembre 2016	Información extraída de registros hospitalarios nacionales y registros médicos electrónicos de los centros de atención	-Edad -Etnia -Educación -Nacionalidad -Lugar de residencia -Distancia al centro de tratamiento -Tipo de cáncer -Supervivencia	Lugar de fallecimiento: - Domicilio o centro especializado en cuidados paliativos vs hospital	Fallecimiento en domicilio o centro especializado en cuidados paliativos según sexo (OR IC 95%) OR 0,92 (0,81-1,03) hombres, comparado con mujeres.	A
2020							
Italia							
Gatrell et al. (119)	Transversal/ 6900	Pacientes que fallecieron de cáncer entre 1993 y 2000	Información extraída de registros nacionales	No descrito	Lugar de fallecimiento: - Domicilio - Hospital de agudos - Centro especializado en cuidados paliativos - Centro sociosanitario	Lugar de fallecimiento según sexo (OR IC 95%) -Fallecimiento en domicilio OR 0,812 (0,717-0,919) mujeres, comparado con hombres.	M
2003							
Inglaterra							

						<p>-Fallecimiento en hospital de agudos OR 0,876 (0,786-0,976) mujeres, comparado con hombres.</p> <p>-Fallecimiento en centro sociosanitario OR 1,391 (1,150-1,683) mujeres, comparado con hombres.</p>	
Hegagi et al. (166) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 6888	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de abril de 2010 y el 31 de Marzo de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos de atención en domicilio	-Edad -Ruralidad -Nivel de ingresos -Estadio cáncer -Comorbilidad -Tipo de cuidados en domicilio	Fallecimiento extrahospitalario	<p>Fallecimiento extrahospitalario según sexo (OR IC 95%)</p> <p>OR 1,00 (0,88-1,14) hombres, comparado con mujeres.</p>	A
Hunt et al. (123) 2001 Australia	Transversal/ 29230	Residentes en el estado Australia Meridional que fallecieron de cáncer entre 1990-1999	Información extraída del registro de cáncer de Australia Meridional	-Edad -Raza -Lugar de nacimiento -Lugar de residencia -Nivel socioeconómico -Supervivencia -Año de fallecimiento -Localización tumor	Lugar de fallecimiento vs. hospital de agudos público metropolitano: - Hospital de agudos privado metropolitano - Hospital de agudos regional - Centro especializado en cuidados paliativos - Centro sociosanitario - Domicilio	<p>Lugar de fallecimiento según sexo (OR IC 95%)</p> <p>-Fallecimiento en hospital de agudos privado metropolitano OR 1,35 (1,23-1,49) mujeres, comparado con hombres.</p> <p>-Fallecimiento en hospital de agudos regional OR 1,23 (1,10-1,34) mujeres, comparado con hombres.</p> <p>-Fallecimiento en centro especializado en cuidados paliativos OR 1,24 (1,14-1,38) mujeres, comparado con hombres.</p> <p>-Fallecimiento en centro sociosanitario OR 1,79 (1,61-1,99) mujeres, comparado con hombres.</p> <p>-Fallecimiento en domicilio OR 1,05 (0,96-1,15) mujeres, comparado con hombres.</p>	A
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que eran atendidos a través del sistema tradicional “pago por servicio”	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y “Medicare”) y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Edad -Raza -Estado civil -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Localización tumor	Fallecimiento en hospital de agudos	<p>Fallecimiento en hospital de agudos según sexo (OR IC 95%)</p> <p>OR 0,81 (0,54-1,20) mujeres, comparado con hombres.</p>	A
Li et al. (183) 2020 China	Transversal/ 894	Residentes en Yichang que fallecieron de cáncer entre julio 2015 y junio 2017	Información extraída de una base de datos de salud en Yichang	-Edad -Educación -Seguro médico -Estado civil	Fallecimiento en hospital agudos	<p>Fallecimiento en hospital agudos según sexo (OR IC95%)</p> <p>OR 1,16 (0,80-1,67) mujeres, comparado con hombres.</p>	A
Lindskog et al. (174) 2022	Cohorte retrospectiva/ 780	Pacientes >18 años que fallecieron entre 2015-2019 con diagnóstico de neoplasia maligna cerebral	Información extraída de la base de datos regional de Estocolmo	-Edad -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia en centro sociosanitario	Fallecimiento en hospital de agudos	<p>Fallecimiento en hospital de agudos según sexo (OR IC 95%)</p> <p>OR 0,56 (0,28-1,12) mujeres, comparado con hombres.</p>	A

Suecia							
López-Valcarcel et al. (133)	Transversal/ 79506	Pacientes adultos ≥24 años que fallecieron de cáncer en España durante el año 2015	Información extraída del registro nacional de defunciones, bases de datos económicas y de cuidados paliativos	No descrito	Lugar de fallecimiento: - Domicilio vs. hospital de agudos - Centro de atención de larga estancia vs. domicilio u hospital de agudos - Hospital de agudos vs. domicilio u centro de atención de larga estancia	Lugar de fallecimiento según sexo (coeficiente de regresión y valor p) -Fallecimiento en domicilio Coefficiente regresión 0,033 (p<0,01) mujeres, comparado con hombres. -Fallecimiento en centro de atención de larga estancia Coefficiente regresión 0,0090 (p<0,01) mujeres, comparado con hombres. -Fallecimiento en hospital de agudos Coefficiente regresión -0,0353 (p<0,01) mujeres, comparado con hombres.	A
2019							
España							
Maddison et al. (134)	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	- Lugar de residencia: urbano/rural -Edad -Nivel de ingresos -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según sexo (OR IC 95%) OR 1,19 (0,9-1,6) mujeres, comparado con hombres.	A
2012							
Canadá							
Neergaard et al. (137)	Transversal/ 599	Pacientes adultos residentes en Aarhus (Dinamarca) que fallecieron de cáncer entre el 1 de marzo y el 30 de noviembre de 2006	Información extraída de registros de defunciones, sanitarios, laborales y del seguro nacional de salud	-Edad -Diagnóstico -Estado civil -Niños residentes en domicilio -Tamaño domicilio -Inmigrante -Visita médica -Ingreso hospitalario -Participación de un equipo especialista	Lugar de fallecimiento: - Domicilio	Fallecer en domicilio según sexo (PR IC 95%) PR 1,15 (0,97-1,36)	A
2012							
Dinamarca							
Öhlén et al. (138)	Transversal/ 20710	Pacientes que fallecieron de cáncer en 2012 en Suecia	Información extraída de registros nacionales	-Edad -Tipo de cáncer -Estado civil -Nivel educativo -Grado de urbanización: urbano/rural -Región sanitaria	Lugar de fallecimiento: - Domicilio - Hospital de agudos - Centro sociosanitario	Lugar de fallecimiento según sexo (OR IC 95%) -Fallecimiento en hospital vs. domicilio (lugar de residencia) OR 0,99 (0,91-1,08) mujeres, comparado con hombres.	A
2017							
Suecia							

						<p>-Fallecimiento en centro sociosanitario vs. domicilio (lugar de residencia) OR 1,09 (0,98-1,21) mujeres, comparado con hombres.</p> <p>-Fallecimiento en hospital vs. centro sociosanitario (lugar de residencia) OR 0,86 (0,52-1,42) mujeres, comparado con hombres.</p>	
Papke et al. (140) 2007 Alemania	Transversal/ 2316	Pacientes que fallecieron de cáncer entre 1997 y 2003	Información extraída de la oficina de salud del distrito administrativo de "Sächsische Schweiz"	No descrito	Lugar de fallecimiento: - Centro sociosanitario	<p>Fallecer en centro sociosanitario según sexo (OR IC95%) OR 0,48 (0,32-0,73) hombres, comparado con mujeres.</p>	M
Sedhom et al. (181) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 3182707	Pacientes >65 años que fallecieron de cáncer de pulmón, colorrectal, próstata, páncreas y mama entre 2003 y 2017	Información extraída de registro nacional	-Edad -Año de fallecimiento -Etnia/raza -Diagnóstico cáncer primario	Lugar de fallecimiento vs domicilio: - Centro especializado en cuidados paliativos - Hospital de agudos - Centro sociosanitario	<p>Lugar de fallecimiento vs domicilio según sexo (OR IC 95%) -Centro especializado en cuidados paliativos OR 0,94 (0,93-0,95) hombres, comparado con mujeres.</p> <p>-Hospital de agudos OR 1,12 (1,11-1,13) hombres, comparado con mujeres.</p> <p>-Centro sociosanitario OR 0,83 (0,83-0,84) hombres, comparado con mujeres.</p>	A

NS: No significativo; EE.UU: Estados Unidos; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; OR: *odds ratio*; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza.

*Remarcados en negrita los resultados estadísticamente significativos (p<0.05).

§Resultados de la evaluación de la calidad metodológica mediante la Escala NewCastle-Ottawa Scale (NOS).Categorizada en alta (A), moderada (M) y baja (B).

Anexo 7.3: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según la etnia/raza

Tabla 18: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según ETNIA/RAZA y el tipo de abordaje de cuidados paliativos

Autor/ Año/ País	Diseño estudio/ N	Población objetivo	Instrumento	Variables de ajuste	Variables resultado	Resultados principales	NOS [§]
Control de síntomas							
Alterio et al. (159) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 27263	Pacientes ≥ 18 años diagnosticados/as de carcinoma hepatocelular estadio IV entre 2004 y 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer	-Edad -Comorbilidades -Seguro médico -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Año del diagnóstico -Centro de tratamiento	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según etnia/raza (OR IC 95%) OR 0,94 (0,85-1,03) pacientes de raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a raza no hispánica blanca. OR 0,73 (0,64-0,82) pacientes de raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a raza no hispánica blanca. OR 0,98 (0,87-1,10) pacientes de raza asiática, comparado con pacientes pertenecientes a raza no hispánica blanca.	A
Check et al. (169) 2016 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 1130	Mujeres de 65 años o más, diagnosticadas de cáncer de mama (estadio I,II o III) entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2011	Información recogida de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer	-Edad -Año inicio quimioterapia -Características tumor -Comorbilidad	Uso de fármacos antieméticos de forma profiláctica durante el primer ciclo de quimioterapia adyuvante (30 días antes o el mismo día de inicio del tratamiento) -Antagonistas del receptor NK1: - Formulación oral (Aprepitant) -Formulación intravenosa (Fosaprepitan)	Uso de antieméticos (antagonistas NK1) según etnia/raza (RR IC95%) -Uso de NK1 RR 0,68 (0,51-0,91) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. -Uso de NK1 formulación oral (aprepitant) RR 0,54 (0,35-0,83) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. -Uso de NK1 formulación intravenosa (fosaprepitant) RR 0,82 (0,51-1,33) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca.	A
Check et al. (180) 2016 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 883	Pacientes con 65 años o más diagnosticadas de cáncer de mama en estadio IV entre 2007 y 2011 y que murieron entre 2007 y 2012	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER).	-Edad -Estado civil -Año del diagnóstico de cáncer -Tratamiento de cáncer recibido -Comorbilidad	Uso de medicación de soporte durante los 90 días después del diagnóstico: - Uso de alguna medicación - Opioides para el dolor - Medicación psicotrópica no opioide (antidepresivos, ansiolíticos y medicación para dormir no benzodiazepinas)	Uso de medicación de soporte según etnia/raza (RR IC 95%) -Uso de alguna medicación RR 0,94 (0,83-1,07) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. -Opioides para el dolor RR 0,97 (0,84-1,13) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. -Medicación psicotrópica no opioide RR 0,56 (0,39-0,80) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca.	A
Colibaseanu et al. (184) 2018	Cohorte retrospectiva/ 287923	Pacientes que fallecieron de cáncer colorrectal entre 2004 y 2013	Información extraída del registro nacional de cáncer (Base de	-Año del diagnóstico -Edad -Sexo -Seguro médico	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según etnia/raza (estratificado por supervivencia) (OR IC 95%)	A

EE.UU			datos nacional de cáncer del colegio americano de cirujanos)	-Nivel de ingresos -Nivel educativo -Zona urbana vs rural -Distancia al centro de tratamiento -Índice comorbilidad Charlson -Características hospital -Región del hospital -Porcentaje de pacientes que reciben cuidados paliativos -Características del tumor		<p><u>Supervivencia <6 meses</u> OR 1,01 (0,92-1,10) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,07 (0,90-1,27) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,99 (0,79-1,25) pacientes pertenecientes a etnia/raza asiática, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,99 (0,78-1,26) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca.</p> <p><u>Supervivencia 6-24 meses</u> OR 1,09 (0,98-1,20) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,07 (0,88-1,29) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,03 (0,80-1,33) pacientes pertenecientes a etnia/raza asiática, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,07 (0,81-1,41) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca.</p> <p><u>Supervivencia >24 meses</u> OR 1,17 (1,00-1,38) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,09 (0,79-1,49) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,14 (0,76-1,71) pacientes pertenecientes a etnia/raza asiática, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,68 (0,40-1,15) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca.</p>	
Davaro et al. (162) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ Cáncer localmente avanzado: 385 Metástasis: 279	Pacientes con cáncer de pene avanzado diagnosticados entre 2004-2015	Información extraída del registro nacional de cáncer	-Edad -Comorbilidad -Centro de tratamiento -Seguro médico -Nivel de ingresos -Año del diagnóstico	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	<p>Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>Pacientes con metástasis OR 2,502 (1,124-5,573) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 3,207 (0,586-17,541) pacientes de otras razas, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>Pacientes con cáncer localmente avanzado OR 0,418 (0,091-1,913) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca.</p>	A
Islam et al. (168) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 124729	Pacientes entre 18 y 90 años con cáncer ginecológico metastásico y que fallecieron entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer	-Edad -Seguimiento desde diagnóstico hasta último contacto -Seguro médico -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Centro de tratamiento	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	<p>Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>Cáncer de ovario OR 0,87 (0,78-0,97) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,77 (0,66-0,91) pacientes pertenecientes a etnia/raza</p>	A

				-Región residencia -Grado tumor -Año de diagnóstico		hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. Cáncer cervical OR 0,75 (0,63-0,88) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.	
Pinheiro et al. (141) 2019 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 23091	Pacientes con 65 años o más diagnosticadas de cáncer de mama entre el 1 de julio de 2007 y el 31 de diciembre de 2011	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Estado civil -Región geográfica SEER -Lugar de residencia: urbana/rural -Nivel de ingresos -Seguro médico -Comorbilidad -Estadio tumor -Tratamiento anticáncer -Antecedentes enfermedad mental -Uso previo de medicación de soporte	Uso de medicación de soporte durante los 90 días después del diagnóstico: - Opioides para el dolor - Medicación psicotrópica no opioide (antidepresivos y medicación para dormir no benzodiazepinas)	Uso de medicación de soporte según etnia/raza/lugar de nacimiento (RR IC 95%) -Alguna medicación de soporte (opioides o medicación psicotrópica no opioide) RR 1,05 (1,02-1,09) pacientes hispanicas nacidas en EE.UU, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. RR 0,95 (0,92-0,98) pacientes no hispanicas nacidas en el extranjero, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. RR 0,90 (0,85-0,96) pacientes hispanicas nacidas en el extranjero, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. -Opioides RR 1,06 (1,02-1,10) pacientes hispanicas nacidas en EE.UU, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. RR 0,91 (0,87-0,95) pacientes no hispanicas nacidas en el extranjero, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. RR 0,86 (0,80-0,93) pacientes hispanicas nacidas en el extranjero, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. -Medicación psicotrópica no opioide: antidepresivos RR 0,93 (0,85-1,01) pacientes no hispanicas nacidas en el extranjero, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. RR 0,93 (0,86-1,00) pacientes no hispanicas nacidas en el extranjero, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. RR 1,01 (0,89-1,15) pacientes hispanicas nacidas en el extranjero, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. -Medicación psicotrópica no opioide: no benzodiazepinas RR 1,00 (0,88-1,15) pacientes no hispanicas nacidas en el extranjero, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. RR 1,06 (0,95-1,19) pacientes no hispanicas nacidas en el extranjero, comparado con pacientes no hispanicas nacidas en EE.UU. RR 1,00 (0,83-1,21) pacientes hispanicas nacidas en el	A

Adecuación y calidad de los cuidados

Abdollah et al. (113) 2015 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 3789	Pacientes diagnosticados de cáncer de próstata metastásico que fallecieron entre 1999 y 2009	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Índice comorbilidad Charlson -Educación -Nivel de ingresos -Estado civil -Año diagnóstico -Región de residencia -Densidad población.	Utilización de servicios sanitarios durante el último año de vida (12, 3 y 1 mes) 1.Realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos: - Estudios de laboratorio - Test de antígeno específico de próstata - Cistouretroscopia - Sondaje vesical - Electrocardiografía - Técnicas de imagen - Terapia hormonal - Quimioterapia - Radioterapia - 2. Atención ambulatoria 3. Agresividad terapéutica : - Alguna intervención de alta intensidad - >1 visita a urgencias - Algún ingreso hospitalario - Ingreso en UCI - Resucitación cardiopulmonar - Colocación de catéter de nefrostomía	<p>Utilización de servicios sanitarios según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>1. Realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos:</p> <p>-Estudios de laboratorio OR 0,518 (0,368-0,730) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses. OR 0,652 (0,523-0,813) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses. OR 0,887 (0,735-1,069) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.</p> <p>-Test de antígeno específico de próstata OR 0,525 (0,423-0,651) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses. OR 0,610 (0,504-0,739) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses. OR 0,588 (0,440-0,786) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.</p> <p>- Cistouretroscopia OR 0,709 (0,556-0,905) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses. OR 0,665 (0,455-0,972) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses. OR 0,449 (0,215-0,910) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.</p> <p>-Sondaje vesical OR 0,744 (0,566-0,977) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses. OR 0,662 (0,455-0,961) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses. OR 0,756 (0,452-1,265) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.</p> <p>-Electrocardiografía OR 1,097 (0,885-1,360) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses. OR 1,221 (1,020-1,475) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses. OR 1,248 (1,023-1,522) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.</p> <p>-Técnicas de imagen OR 0,594 (0,423-0,834) pacientes raza negra, comparado con</p>	A
--	--------------------------------	--	---	--	---	---	---

pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 0,844 (0,679-1,049) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 0,984 (0,816-1,187) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante el último mes.

-Terapia hormonal

OR 0,530 (0,438-0,641) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 0,592 (0,475-0,737) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 0,859 (0,591-1,250) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante el último mes.

-Quimioterapia

OR 0,606 (0,495-0,741) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 0,616 (0,480-0,790) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 0,666 (0,445-0,996) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante el último mes.

-Radioterapia

OR 0,749 (0,613-0,917) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 0,662 (0,518-0,846) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 0,668 (0,479-0,931) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante el último mes.

2. Atención ambulatoria

OR 0,379 (0,286-0,503) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 0,562 (0,459-0,688) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 0,543 (0,443-0,664) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante el último mes.

3. Agresividad terapéutica :

-Alguna intervención de alta intensidad

OR 1,497 (1,044-2,147) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 1,453 (1,158-1,824) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 1,275 (1,056-1,539) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante el último mes.

->1 visita a urgencias

OR 1,571 (1,290-1,913) pacientes raza negra, comparado con
pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.

OR 1,479 (1,176-1,906) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 0,899 (0,594-1,362) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.

-Ingreso hospitalario

OR 1,521 (1,105-2,094) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 1,368 (1,102-1,698) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 1,281 (1,061-1,547) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.

-Ingreso en UCI

OR 1,256 (1,029-1,534) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 1,259 (1,005-1,577) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 1,279 (0,985-1,661) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.

-Resucitación cardiopulmonar

OR 1,695 (1,385-2,075) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 1,656 (1,336-2,054) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 1,957 (1,536-2,493) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.

-Colocación de catéter nefrostomía

OR 0,765 (0,623-0,939) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 12 meses.
OR 0,751 (0,577-0,978) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante los últimos 3 meses.
OR 0,613 (0,415-0,906) pacientes raza negra, comparado con pacientes raza blanca durante el último mes.

Check et al. (180) 2016 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 883	Pacientes con 65 años o más diagnosticadas de cáncer de mama en estadio IV entre 2007 y 2011 y que murieron entre 2007 y 2012	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER).	-Edad -Estado civil -Año del diagnóstico de cáncer -Tratamiento de cáncer recibido -Comorbilidad	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Ingreso en UCI, >1visitas a urgencias, > 1 ingreso hospitalario	Agresividad terapéutica según etnia/raza (RR IC 95%) RR 1,3 (1,02-1,65) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca.	A
Chen et al. (161) 2020	Cohorte retrospectiva/ Cáncer de pulmón no microcítico =	Pacientes de 65 años o más con diagnóstico de cáncer de pulmón y que fallecieron entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2011	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de	-Edad -Sexo -Región residencia SEER -Urbanización	Utilización de servicios sanitarios durante el último mes de vida: - Ingreso hospitalario - Atención ambulatoria - Servicios médicos	Utilización de servicios sanitarios según etnia/raza (estratificado por histología del tumor) (OR IC 95%) Ca. pulmón no microcítico -Ingreso hospitalario	A

EE.UU	63375	cáncer (SEER)	-Seguro médico -Estado civil -Estadio cáncer -Comorbilidad	<p>OR 1,22 (1,15-1,30) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p> <p>OR 1,47 (1,32-1,63) pacientes de etnia/raza no hispánica asiática, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p> <p>OR 1,18 (1,01-1,38) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p> <p>OR 1,21 (1,07-1,37) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p> <p>-Atención ambulatoria OR 0,97 (0,91-1,02) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,85 (0,77-0,94) pacientes de etnia/raza no hispánica asiática, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,86 (0,74-1,00) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,01 (0,89-1,14) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p> <p>-Servicios médicos OR 1,24 (1,09-1,40) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,04 (0,85-1,28) pacientes de etnia/raza no hispánica asiática, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,97 (0,71-1,30) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,20 (0,92-1,55) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p> <p><u>Ca. pulmón microcítico</u> -Ingreso hospitalario OR 1,14 (1,04-1,26) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,36 (1,13-1,64) pacientes de etnia/raza no hispánica asiática, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,27 (0,99-1,65) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no</p>
-------	-------	---------------	---	---

						<p>hispanica blanca. OR 1,13 (0,91-1,39) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.</p> <p>-Atención ambulatoria OR 1,01 (0,92-1,10) pacientes de etnia/raza no hispanica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 1,07 (0,90-1,27) pacientes de etnia/raza no hispanica asiatica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 1,02 (0,81-1,29) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 0,96 (0,78-1,17) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.</p> <p>-Servicios medicos OR 1,15 (0,93-1,41) pacientes de etnia/raza no hispanica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 1,25 (0,85-1,83) pacientes de etnia/raza no hispanica asiatica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 1,23 (0,71-2,12) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 0,83 (0,56-1,21) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.</p>	
Deeb et al. (163) 2021 EE.UU	Transversal/ 21335	Pacientes >18 años diagnosticados/as con cáncer metastásico que fallecieron durante hospitalización entre el 1 de enero de 2010y el 31 diciembre de 2017	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Nivel socioeconómico -Seguro médico -Características hospital -Región residencia	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Visitas a urgencias - Terapia sistémica: quimioterapia - Ventilación mecánica	<p>Agresividad terapéutica según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>-Visitas a urgencias OR 0,73 (0,47-1,13) pacientes de etnia/raza amerindia, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. OR 1,43 (1,20-1,72) pacientes de etnia/raza asiatica e isleña del Pacifico, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. OR 1,39 (1,27-1,52) pacientes de etnia/raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. OR 1,45 (1,28-1,64) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. OR 1,26 (1,06-1,51) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>-Terapia sistémica: quimioterapia OR 1,23 (0,49-3,09) pacientes de etnia/raza amerindia,</p>	A

						<p>comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. OR 0,92 (0,65-1,31) pacientes de etnia/raza asiática e isleña del Pacífico, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>OR 0,78 (0,64-0,96) pacientes de etnia/raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>OR 0,97 (0,76-1,23) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>OR 1,12 (0,80-1,57) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>-Ventilación mecánica</p> <p>OR 1,05 (0,59-1,85) pacientes de etnia/raza amerindia, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>OR 1,20 (0,98-1,45) pacientes de etnia/raza asiática e isleña del Pacífico, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>OR 1,59 (1,44-1,75) pacientes de etnia/raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>OR 1,14 (0,99-1,30) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>OR 1,45 (1,20-1,75) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p>	
Karanth et al. (127) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ Cáncer de pulmón no microcítico =154498 Cáncer de pulmón microcítico =27834	Pacientes de 66 años o más con diagnóstico de cáncer de pulmón entre 1992 y 2011, y que fallecieron antes del 31 de diciembre de 2013	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Sexo -Estado civil -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Zona residencia: urbana vs rural -Región de residencia (SEER) -Antecedentes cáncer -Índice comorbilidad Charlson -Histología tumor, estadio, graduación -Tiempo de inicio de tratamiento después del diagnóstico, cirugía, quimioterapia o radioterapia en los primeros 6 meses post diagnóstico	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: <ul style="list-style-type: none"> - >1 visita a urgencias - >1 ingreso hospitalario - Ingreso en UCI - Inicio ciclo de quimioterapia - Quimioterapia en los últimos 14 días de vida 	<p>Agresividad terapéutica según etnia/raza (estratificado por histología del tumor y supervivencia) (OR IC 95%)</p> <p>Supervivencia entre 1-7 meses</p> <p>Ca. pulmón no microcítico OR 1,22 (1,15-1,29) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,28 (1,17-1,39) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,39 (1,28-1,50) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p> <p>Ca. pulmón microcítico OR 1,22 (1,05-1,43) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,23 (0,99-1,52) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,23 (0,97-1,55) pacientes de otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p>	A

Supervivencia >7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 1,30 (1,22-1,38) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,18 (1,08-1,29) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,52 (1,40-1,65) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 1,39 (1,17-1,64) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,37 (1,09-1,73) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,29 (1,02-1,64) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

->1 visita a urgencias

Supervivencia entre 1-7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 1,37 (1,26-1,48) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,20 (1,07-1,34) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,06 (0,94-1,19) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 1,30 (1,06-1,60) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,14 (0,86-1,50) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 0,95 (0,69-1,32) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Supervivencia >7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 1,30 (1,18-1,42) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,18 (1,03-1,34) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,13 (0,99-1,28) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 1,38 (1,09-1,75) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,04 (0,72-1,51) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,20 (0,82-1,75) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

->1 ingreso hospitalario

Supervivencia entre 1-7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 1,19 (1,12-1,27) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,15 (1,05-1,26) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,30 (1,20-1,42) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 1,18 (1,01-1,39) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,25 (1,01-1,55) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,18 (0,92-1,50) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Supervivencia >7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 1,27 (1,18-1,37) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,24 (1,12-1,38) pacientes pertenecientes etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,26 (1,15-1,40) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 1,36 (1,13-1,64) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,43 (1,11-1,86) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,37 (1,05-1,80) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

-Ingreso en UCI

Supervivencia entre 1-7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 1,22 (1,14-1,31) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,26 (1,15-1,39) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,43 (1,30-1,57) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 1,28 (1,07-1,54) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,37 (1,08-1,73) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,59 (1,23-2,07) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Supervivencia >7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 1,30 (1,20-1,41) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,23 (1,10-1,37) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,51 (1,37-1,67) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 1,44 (1,15-1,82) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,26 (0,92-1,82) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,27 (0,92-1,75) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

-Inicio ciclo de quimioterapia

Supervivencia entre 1-7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 0,73 (0,64-0,84) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,09 (0,92-1,28) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 0,89 (0,75-1,06) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 0,51 (0,36-0,71) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 1,04 (0,75-1,46) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

OR 0,55 (0,35-0,88) pacientes de otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.

Supervivencia >7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 0,78 (0,63-0,95) pacientes pertenecientes a etnia/raza no

hispanica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

OR 1,15 (0,92-1,45) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

OR 1,24 (1,01-1,53) pacientes de otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 0,72 (0,47-1,08) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

OR 0,96 (0,60-1,52) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

OR 1,00 (0,61-1,63) pacientes de otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

-Quimioterapia en los últimos 14 días de vida

Supervivencia entre 1-7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 0,68 (0,61-0,77) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

OR 1,03 (0,89-1,06) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

OR 1,00 (0,86-1,15) pacientes de otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

Ca. pulmón microcítico

OR 0,69 (0,55-0,86) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

OR 0,92 (0,70-1,21) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

OR 0,85 (0,63-1,16) pacientes de otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

Supervivencia >7 meses

Ca. pulmón no microcítico

OR 0,84 (0,73-0,96) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

OR 1,07 (0,90-1,27) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.

						OR 1,14 (0,97-1,33) pacientes de otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.	
						Ca. pulmón microcítico OR 0,81 (0,60-1,07) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,08 (0,77-1,52) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,14 (0,80-1,62) pacientes de otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.	
Kirtane et al. (128) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 9468 Cohorte de pacientes con cáncer hematológico (2790)	Pacientes con cáncer que fueron atendidos en alguno de los siguientes centros sanitarios: centro médico de la Universidad de Washington, centro médico de Harborview, centro de tratamiento e investigación del cáncer en Seattle, clínicas comunitarias de la Universidad de Washington y que murieron en el estado de Washington entre 2010 y 2015. Cáncer hematológico	Información extraída de los registros médicos electrónicos de la Universidad de Washington y del registro de defunciones del estado de Washington	-Edad -Sexo/sexo -Nivel educativo -Seguro médico -Centro sanitario -Comorbilidades	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Alguna visita a urgencias - >2 visitas a urgencias - Algún ingreso hospitalario - >14 días de hospitalización - Nº estancias en hospitalización (>1) - >2 ingresos hospitalarios - Algún ingreso en UCI - Nº de estancias en UCI (>1)	Agresividad terapéutica según etnia/raza (OR IC 95%) -Alguna visita a urgencias OR 1,52 (0,78-2,93) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes blancos/as no hispánicos/as, - >2 visitas a urgencias OR 6,81 (1,37-33,91) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes blancos/as no hispánicos/as, -Algún ingreso hospitalario OR 1,19 (0,89-1,60) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes blancos/as no hispánicos/as, ->14 días de hospitalización OR 1,59 (1,08-2,25) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes blancos/as no hispánicos/as. ->2 ingresos hospitalarios OR 0,93 (0,51-1,68) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes blancos/as no hispánicos/as. -Algún ingreso en UCI OR 1,18 (0,85-1,62) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes blancos/as no hispánicos/as. -Nº de estancias en UCI (>1) OR 1,26 (1,04-1,52) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes blancos/as no hispánicos/as.	A
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que fueron atendidos a través del sistema tradicional “pago por servicio” entre 1991 y 2008	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y “Medicare”) y de la encuesta nacional de salud (Estudio	-Edad -Sexo -Estado civil -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Localización tumor	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Tratamiento anticáncer 14 días antes de fallecer - Visitas a hospital de agudos 30 días antes de fallecer	Agresividad terapéutica según etnia/raza (OR IC 95%) -Tratamiento anticáncer 14 días antes de fallecer OR 1,71 (1,02-2,86) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a otras etnia/razas. -Visitas a hospital de agudos 30 días antes de fallecer OR 2,05 (1,24-3,38) pacientes pertenecientes a raza negra,	A

			de salud y jubilación)		comparado con pacientes pertenecientes a otras etnia/razas.		
Mullins et al. (176)	Cohorte retrospectiva/ 7756	Beneficiarias de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de ovario que murieron entre 2007 y 2016	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Residencia no urbana -Tiempo entre diagnóstico y fallecimiento -Comorbilidad -Índice pobreza -Estado civil	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Procedimientos que prolongan la vida - Procedimientos invasivos - Quimioterapia en los últimos 14 días de vida - >2 visita a urgencias - Ingreso en UCI - >2 ingreso hospitalario	Agresividad terapéutica según etnia/raza (OR IC 95%) -Procedimientos que prolongan la vida OR 1,89 (1,45-2,48) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,27 (0,92-1,73) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 2,01 (1,45-2,79) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. -Procedimientos invasivos OR 1,32 (1,07-1,65) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,15 (0,91-1,46) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,23 (0,93-1,63) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. -Quimioterapia OR 1,21 (0,82-1,79) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,06 (0,69-1,63) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,21 (0,75-1,97) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. ->2visita a urgencias OR 2,04 (1,57-2,64) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,23 (0,90-1,68) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,76 (1,26-2,47) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. -Ingreso en UCI OR 1,63 (1,32-2,02) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no	A
2021							
EE.UU							

						<p>hispanica blanca. OR 1,44 (1,15-1,81) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 1,61 (1,24-2,10) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.</p> <p>->2ingreso hospitalario OR 1,65 (1,24-2,20) pacientes de etnia/raza no hispanica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 1,45 (1,07-1,98) pacientes de etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 1,53 (1,06-2,21) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.</p>	
Nayar et al. (135) 2014 EE.UU	Transversal/ 91039	Beneficiarios/as de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en 2008	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	<p>Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº visitas a urgencias - Nº ingresos hospitalarios - Nº estancias en UCI 	<p>Agresividad terapéutica según etnia/raza (coeficiente de regresión)</p> <p>-Nº visitas a urgencias Coefficiente regresión 0,13 (p=0,0001) pacientes que pertenecen a otras etnias, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca no hispanica.</p> <p>-Nº ingresos hospitalarios Coefficiente regresión 0,07 (p=0,0001) pacientes pertenecientes a otras etnias, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispanica.</p> <p>-Nº estancias en UCI Coefficiente regresión 0,21 (p=0,0001) pacientes que pertenecen a otras etnias, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispanica.</p>	M
Perry et al. (177) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 1290	Pacientes fallecidos con cáncer metastásico en Luisiana entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2017	Información extraída de una base de datos de salud regional	-Edad -Sexo -Comorbilidad -Tipo de cáncer	<p>Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quimioterapia - Ingreso hospitalario - Visitas a urgencias - Ingreso en UCI - Ventilación mecánica 	<p>Agresividad terapéutica según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>-Quimioterapia OR 0,89 (0,68-1,17) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>-Ingreso hospitalario OR 1,66 (1,21-2,28) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>-Visitas a urgencias OR 1,57 (1,16-2,13) pacientes pertenecientes a etnia/raza</p>	A

						<p>negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>-Ingreso en UCI OR 1,06 (0,82-1,36) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p> <p>-Ventilación mecánica OR 1,06 (0,79-1,41) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p>	
Taylor et al. (152) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 3666	Pacientes con 66 años o más con cáncer de ovario que fallecieron entre 2000 y 2012 en Texas	Información extraída del registro de cáncer de Texas- "Medicare"	<ul style="list-style-type: none"> -Edad -Año fallecimiento -Tiempo desde diagnóstico hasta fallecimiento -Índice comorbilidad Charlson -Estadio enfermedad -Nivel educativo -Nivel pobreza -Zona rural vs urbana 	<p>Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quimioterapia en los últimos 14 días de vida - Ingreso en UCI - >1 visita a urgencias - >1 ingreso hospitalario - Procedimientos que prolongan la vida - Procedimientos invasivos 	<p>Agresividad terapéutica según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>-Quimioterapia OR 0,81 (0,51-1,30) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 1,15 (0,82-1,61) pacientes hispanicas, comparado con pacientes de raza blanca. OR 1,94 (0,79-4,80) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>-Ingreso en UCI OR 1,34 (0,95-1,90) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 1,37 (1,05-1,78) pacientes hispanicas, comparado con pacientes de raza blanca. OR 2,42 (1,2-4,90) pacientes pertenecientes a otras razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>->1 visita a urgencias OR 2,20 (1,53-3,16) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 1,33 (0,97-1,83) pacientes hispanicas, comparado con pacientes de raza blanca. OR 1,34 (0,51-3,53) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>->1 ingreso hospitalario OR 1,38 (0,97-1,96) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 1,17 (0,88-1,56) pacientes hispanicas, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,84 (0,29-2,40) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>-Procedimientos que prolongan la vida</p>	A

						<p>OR 2,13 (1,49-3,04) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>OR 1,31 (0,96-1,80) pacientes hispánicas, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>OR 0,95 (0,33-2,73) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>-Procedimientos invasivos</p> <p>OR 1,23 (0,90-1,70) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>OR 0,94 (0,72-1,22) pacientes hispánicas, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>OR 2,10 (1,05-4,19) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca.</p>	
Watanabe-Galloway et al. (155)	Transversal/ 34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Edad -Sexo -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia: urbana/rural	Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida: - N° visitas a urgencias - N° ingresos hospitalarios - N° estancias en UCI	<p>Agresividad terapéutica según etnia/raza (RR regresión y valor p)</p> <p>-N° visitas a urgencias OR 1,07 (p=0,0001) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispánica.</p> <p>-N° ingresos hospitalarios OR 1,04 (p=0,0001) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispánica.</p> <p>-N° estancias UCI OR 1,04 (NS) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispánica.</p>	A
Atención paliativa							
Check et al. (180)	Cohorte retrospectiva/ 883	Pacientes con 65 años o más diagnosticadas de cáncer de mama en estadio IV entre 2007 y 2011 y que murieron entre 2007 y 2012	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Estado civil -Año del diagnóstico de cáncer -Tratamiento de cáncer recibido -Comorbilidad	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	<p>Uso de cuidados paliativos según etnia/raza (RR IC 95%)</p> <p>RR 0,86 (0,74-0,99) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca,</p>	A
Chen et al. (161)	Cohorte retrospectiva/ Cáncer de pulmón no microcítico = 63375	Pacientes de 65 años o más con diagnóstico de cáncer de pulmón y que fallecieron entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2011	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Sexo -Región residencia SEER -Urbanización -Seguro médico -Estado civil	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	<p>Uso de cuidados paliativos según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>Ca. pulmón no microcítico OR 0,81 (0,76-0,86) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,62 (0,55-0,69) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica asiática, comparado con pacientes de etnia/raza</p>	A

	Cáncer de pulmón microcítico = 26819			-Estadio cáncer -Comorbilidad		blanca. OR 1,00 (0,86-1,16) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,78 (0,69-0,89) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. Ca. pulmón no microcítico OR 0,83 (0,76-0,92) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,61 (0,51-0,73) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica asiática, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,93 (0,73-1,19) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,81 (0,66-1,00) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca.	
Han et al. (165) 2021 EE.UU	Transversal/ 131852	Pacientes ≥18 años hospitalizados/as con cáncer metastásico de vejiga entre 2003 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Nivel de ingresos -Índice comorbilidad Elixhauser -Características hospital -Factores relacionados con el tumor (metástasis) -Factores relacionados con el tratamiento	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según etnia/raza (OR IC 95%) OR 1,09 (0,93-1,29) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,82 (0,66-1,02) pacientes de raza hispánica, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,86 (0,68-1,10) pacientes de otras razas, comparado con pacientes de raza blanca.	A
Heller et al. (120) 2019 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 86573	Pacientes de 65 años o más con cáncer colorrectal que fueron tratados con cirugía urgente entre 2009 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Elixhauser índice de comorbilidad -Presencia de metástasis -Cuartil de ingresos -Año de A -Tamaño hospital (nº camas) -Región hospital -Gestión hospital -Hospital universitario -Urbanización	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario por cirugía urgente	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según etnia/raza (OR 95% IC) OR 0,8 (0,5-1,3) pacientes pertenecientes a raza asiática, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,9 (0,7-1,2) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,7 (0,5-0,9) pacientes pertenecientes a raza hispánica, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,9 (0,6-1,3) pacientes pertenecientes a raza desconocida, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,6 (0,3-1,1) pacientes pertenecientes a otras razas, comparado con pacientes de raza blanca.	A
Jackson et al. (171) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 23567	Pacientes >18 años hospitalizados/as con cáncer de esófago entre 2016 y 2018	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Nivel de ingresos -Edad -Sexo -Seguro médico -Características hospital	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según etnia/raza (OR 95% IC) OR 1,16 (1,00-1,34) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes de etnia/raza no hispánica blanca.	A

				-Comorbilidad -Estancia hospitalaria -Quimioterapia -Tipo de ingreso hospitalario -Motivo al alta		OR 1,16 (0,98-1,38) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,85 (0,68-1,06) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas no hispánicas, comparado con pacientes de etnia/raza no hispánica blanca.	
Jin et al. (172) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 48722	Pacientes con diagnóstico de tumor maligno del sistema nervioso central durante 2003 y 2011	Información extraída de una base de datos administrativa de salud	-Edad -Sexo -Tipo tumor -Seguro médico -Cirugía -Médico -Comorbilidad	Uso de cuidados paliativos y cuidados de soporte (domicilio o apoyo social): - Acceso a cuidados paliativos hospitalarios/ ambulatorios - Acceso a atención domiciliaria - Acceso a apoyo social	Uso de cuidados paliativos y cuidados de soporte según etnia/raza (OR y valor p) -Acceso a cuidados paliativos hospitalarios/ ambulatorios OR 0,881 (NS) pacientes pertenecientes raza asiática, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 1,031 (NS) pacientes pertenecientes raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 0,882 (p=0,003) pacientes pertenecientes raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. -Acceso a atención domiciliaria OR 0,842 (p=0,013) pacientes pertenecientes raza asiática, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 0,981 (NS) pacientes pertenecientes raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 0,900 (p=0,016) pacientes pertenecientes raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. -Acceso a a apoyo social OR 0,599 (p<0,001) pacientes pertenecientes raza asiática, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 0,756 (p<0,001) pacientes pertenecientes raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 0,819 (p=0,003) pacientes pertenecientes raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca.	A
Karanth et al. (127) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ Cáncer de pulmón no microcítico =154498 Cáncer de pulmón microcítico =27834	Pacientes de 66 años o más diagnosticados/as de cáncer de pulmón entre 1992 y 2011, y que fallecieron antes del 31 de diciembre de 2013	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Sexo -Estado civil -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Zona residencia: urbana vs rural -Región de residencia (SEER) -Antecedentes cáncer -Índice comorbilidad Charlson -Histología tumor, estadio, graduación -Tiempo de inicio de tratamiento después del diagnóstico, cirugía,	Inicio de cuidados paliativos en los últimos 3 días de vida	Inicio de cuidados paliativos según etnia/raza (OR IC 95%) (estratificado por histología del tumor y supervivencia) Supervivencia entre 1-7 meses Ca. pulmón no microcítico OR 0,85 (0,77-0,94) pacientes pertenecientes etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,94 (0,82-1,07) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,89 (0,78-1,02) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.	A

				quimioterapia o radioterapia en los primeros 6 meses post diagnóstico		<p>Ca. pulmón microcítico OR 0,78 (0,60-1,00) pacientes pertenecientes etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,92 (0,67-1,27) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,59 (0,39-0,88) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p> <p>Supervivencia >7 meses</p> <p>Ca. pulmón no microcítico OR 0,81 (0,73-0,91) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,04 (0,90-1,20) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,87 (0,75-0,99) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p> <p>Ca. pulmón microcítico OR 0,78 (0,58-1,4) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 0,80 (0,53-1,19) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,15 (0,79-1,68) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.</p>	
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que fueron atendidos a través del sistema tradicional “pago por servicio” entre 1991 y 2008	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y “Medicare”) y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Edad -Sexo -Estado civil -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Localización tumor	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	<p>Uso de cuidados paliativos al final de la vida según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>OR 0,48 (0,30-0,77) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a otras etnia/razas.</p>	A
Lackan et al. (131) 2003	Cohorte retrospectiva/ 25161	Mujeres ≥ 65 años diagnosticadas de cáncer de mama entre 1986 y 1996 y que fallecieron entre 1991 y 1996	Información extraída de los registros “Medicare” y del registro nacional de	No descrito	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	<p>Uso de cuidados paliativos al final de la vida según etnia/raza (porcentaje (%) y valor p)</p> <p>Pacientes de etnia/raza negra, comparado con pacientes de etnia/raza blanca (19,9% vs. 20,7%; NS).</p>	M

EE.UU			cáncer (SEER)			Pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza blanca (22,5% vs. 20,7%; NS). Pacientes de etnia/raza asiática o isleños/as del pacífico, comparado con pacientes de etnia/raza blanca (19,4% vs. 20,7%; NS).	
Lee et al. (173) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 204175	Pacientes >18 años con cáncer avanzado hospitalizados/as durante 2012 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Nivel socioeconómico -Índice comorbilidad Charlson -Intervención quirúrgica mayor -Quimioterapia o radioterapia -Sonda alimentación -Nutrición parenteral -Hemodiálisis -Complicaciones postoperatorio -Estancia hospitalaria -Características hospital	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según etnia/raza (OR IC 95%) OR 1,04 (0,998-1,083) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 1,02 (0,967-1,076) pacientes pertenecientes raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 1,08 (0,998-1,170) pacientes pertenecientes raza isleños del pacífico, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 1,00 (0,924-1,083) pacientes pertenecientes a otras razas, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca.	A
Milki et al. (175) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 4559	Pacientes > 18 años hospitalizadas que fallecieron entre 2005 y 2011 con diagnóstico de cáncer ginecológico	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Periodo tiempo -Nivel socioeconómico -Tipo cáncer -Seguro médico -Características hospital -Estancia hospitalaria -Severidad enfermedad -Depresión -Residir en zona eutanasia legal.	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según etnia/raza (OR IC 95%) OR 0,82 (0,64-1,05) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. OR 0,98 (0,73-1,33) pacientes pertenecientes a raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. OR 0,83 (0,52-1,33) pacientes pertenecientes a raza asiática, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. OR 0,73 (0,45-1,18) pacientes pertenecientes a otras razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.	A
Mullins et al. (176) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 7756	Beneficiarias de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de ovario que murieron entre 2007 y 2016	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Residencia no urbana -Tiempo entre diagnóstico y fallecimiento -Comorbilidad -Índice pobreza -Estado civil	Uso cuidados paliativos al final de la vida - NO uso de cuidados paliativos - Uso tardío	Uso de cuidados paliativos según etnia/raza (OR IC 95%) -NO uso de cuidados paliativos OR 1,38 (1,13-1,68) pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,36 (1,10-1,68) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,76 (1,38-2,24) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. -Uso tardío OR 1,02 (0,70-1,50) pacientes pertenecientes a etnia/raza no	A

						hispanica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 0,76 (0,49-1,18) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca. OR 1,19 (0,74-1,90) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispanica blanca.	
Nayar et al. (135) 2014 EE.UU	Transversal/ 91039	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en 2008	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	Acceso y utilización de cuidados paliativos: - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de fallecer.	Acceso y utilización de cuidados paliativos según etnia/raza (OR Y valor p) -Uso de cuidados paliativos OR 0,70 (p=0,0001) pacientes pertenecientes a otras etnias, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispanica. -Inicio de cuidados paliativos OR 0,85 (p=0,0001) pacientes que pertenecen a otras etnias, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispanica.	M
Okafor et al. (139) 2017 EE.UU	Transversal/ 513440	Pacientes hospitalizados/as con cáncer gastrointestinal metastásico en 2012	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Seguro médico -Ingresos medios anuales -Zona urbana/rural -Hospital universitario -Región geográfica hospital -Gestión hospital -Número de camas hospital	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según etnia/raza (OR y valor p) OR 1,13 (p=0,02) pacientes pertenecientes a raza africana americana, comparado con pacientes de raza caucasica. OR 1,25 (p=0,001) pacientes pertenecientes a raza hispanica, comparado con pacientes de raza caucasica. OR 1,17 (NS) pacientes pertenecientes a raza asiática, comparado con pacientes de raza caucasica. OR 1,37 (NS) pacientes pertenecientes a raza nativos/as americanos/as, comparado con pacientes de raza caucasica. OR 0,94 (NS) pacientes pertenecientes a otras razas, comparado con pacientes de raza caucasica.	A
Rosenfeld et al. (142) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 67947	Pacientes ≥18 años hospitalizadas con cáncer ginecológico metastásico (cervix, útero y ovario) entre 2005 y 2011	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Nivel socioeconómico -Tipo de cáncer -Seguro médico -Supervivencia -Localización hospital: urbana/rural -Región geográfica hospital -Número camas hospital -Hospital universitario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según etnia/raza (OR IC 95%) OR 1,22 (1,08-1,39) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 1,06 (0,89-1,25) pacientes pertenecientes a raza hispanica, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 0,97 (0,76-1,23) pacientes pertenecientes a raza asiática, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 0,83 (0,64-1,08) pacientes pertenecientes a otras razas, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca.	A
Rubens et al. (143) 2019	Cohorte retrospectiva/ 4732172	Pacientes ≥18 años hospitalizados/as con cáncer avanzado entre 2005 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios	-Edad -Sexo -Nivel socioeconómico -Tipo de cáncer	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según etnia/raza (OR IC 95%)	A

EE.UU			<i>"National inpatient sample"</i>	-Seguro médico -Región geográfica hospital -Número camas hospital -Hospital universitario -Orden de no reanimación -Radioterapia previa -Quimioterapia, ventilación mecánica, nutrición parenteral o enteral, hemodiálisis		OR 1,21 (1,14-1,28) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 1,05 (0,97-1,14) pacientes pertenecientes a raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 1,17 (1,08-1,27) pacientes asiáticos o de las islas del pacífico, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 1,05 (0,97-1,14) pacientes pertenecientes a otras razas, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca.	
Sharma et al. (146) 2015 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 6288	Pacientes con cáncer metastásico hospitalizados/as en el <i>"Northwestern Memorial Hospital"</i> en Chicago, entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2010	Información extraída de los registros médicos	-Seguro médico -Severidad enfermedad -Estado civil -Número de hospitalizaciones	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según etnia/raza (OR IC 95%) OR 1,21 (1,01-1,44) pacientes pertenecientes a etnia/raza africana americana, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispánica. OR 1,20 (0,90-1,59) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispánica.	M
Taylor et al. (151) 2016 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 189	Pacientes con cáncer ginecológico tratadas en el centro de cáncer MD Anderson de la Universidad de Texas desde enero de 2007 hasta diciembre 2012 y que fallecieron entre enero de 2012 y agosto de 2014	Información extraída de registros médicos electrónicos del centro de cáncer MD Anderson	-Estado civil -Educación -Participación fase I del estudio	NO utilización de cuidados paliativos al final de la vida	NO utilización de cuidados paliativos según etnia/raza (OR IC 95%) OR 3,07 (1,27-7,46) pacientes pertenecientes a raza no-blanca, comparado con pacientes de raza blanca.	A
Taylor et al. (152) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 3666	Pacientes con 66 años o más con cáncer de ovario que fallecieron entre 2000 y 2012 en Texas	Información extraída del registro de cáncer de Texas- <i>"Medicare"</i>	-Edad -Año fallecimiento -Tiempo desde diagnóstico hasta fallecimiento -Índice comorbilidad Charlson -Estadio enfermedad -Nivel educativo -Nivel pobreza -Zona rural vs urbana	Uso de cuidados paliativos al final de la vida: - Inicio de cuidados paliativos - Inicio de cuidados paliativos en los últimos 3 días de vida - >1 uso de cuidados paliativos - Inicio de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos según etnia/raza (OR IC 95%) - Inicio de cuidados paliativos OR 0,74 (0,55-0,98) pacientes que pertenecen a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,78 (0,62-0,97) pacientes de raza hispánica, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,56 (0,28-1,10) pacientes de otras razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca. ->1 uso de cuidados paliativos OR 0,83 (0,53-1,29) pacientes que pertenecen a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,94 (0,66-1,29) pacientes de raza hispánica, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,51 (0,15-1,69) pacientes de otras razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca.	A

Taylor et al. (153) 2019 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 2331	Pacientes mayores de 66 años o más, con cáncer de ovario que fallecieron entre 2005 y 2012	Información extraída del registro de cáncer de Texas y "Medicare"	-Edad -Año fallecimiento -Tiempo desde diagnóstico hasta fallecimiento -Comorbilidad -Estadio enfermedad -Nivel educativo -Nivel pobreza -Zona rural vs urbana	NO inicio de cuidados paliativos al final de la vida	<p>- Inicio de cuidados paliativos en los últimos 3 días de vida OR 1,23 (0,76-1,99) pacientes que pertenecen a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,99 (0,68-1,43) pacientes de raza hispánica, comparado con pacientes de raza blanca. OR 4,92 (2,09-11,6) pacientes de otras razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca.</p> <p>-Inicio de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario OR 1,25 (0,89-1,75) pacientes que pertenecen a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 1,16 (0,90-1,48) pacientes de raza hispánica, comparado con pacientes de raza blanca. OR 3,26 (1,27-8,37) pacientes de otras etnias/razas o desconocidas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca.</p> <p>NO inicio de cuidados paliativos según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>OR 2,07 (1,15-3,73) pacientes de etnia/raza negra no hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispánica. OR 1,24 (0,76-2,04) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispánica.</p>	A
Watanabe-Galloway et al. (155) 2014 EE.UU	Transversal/ 34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Edad -Sexo -Nivel socioeconómico -Comorbilidad -Residencia: urbana/rural	Acceso y utilización de cuidados paliativos: - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de fallecer.	<p>Acceso y utilización de cuidados paliativos según etnia/raza (OR y valor p)</p> <p>-Uso de cuidados paliativos OR 0,86 (p=0,0001) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispánica.</p> <p>-Inicio de cuidados paliativos OR 0,87 (p=0,0001) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca no hispánica.</p>	A
Planificación de los cuidados							
Garrido et al. (118) 2014 EE.UU	Transversal/ 606	Pacientes con cáncer avanzado que asisten a clínicas ambulatorias de 5 estados de EE.UU entre 2002 y 2008	Información extraída a través de una encuesta	No descrito	Cumplimentación de instrucciones previas: orden de no reanimar durante los últimos 4 meses de vida	<p>Cumplimentación de orden de no reanimar según etnia/raza (porcentajes y valor p)</p> <p>23,25% vs. 45%; p<0,001 pacientes pertenecientes a etnia/raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. 15,2% vs. 45%; p<0,001 pacientes pertenecientes a etnia/raza latina (comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p>	M

Kirtane et al. (128) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 9468 Cohorte de pacientes con cáncer hematológico (2790)	Pacientes con cáncer que fueron atendidos en alguno de los siguientes centros sanitarios: centro médico de la Universidad de Washington, centro médico de Harborview, centro de tratamiento e investigación del cáncer en Seattle, clínicas comunitarias de la Universidad de Washington y que murieron en el estado de Washington entre 2010 y 2015	Información extraída de los registros médicos electrónicos de la Universidad de Washington y del registro de defunciones del estado de Washington	-Edad -Sexo/sexo -Nivel educativo -Seguro médico -Centro sanitario -Comorbilidades	Cumplimentación de instrucciones previas en el último mes de vida: - Algún documento cumplimentado - Documentos cumplimentados >30 días antes de la muerte - Documentos cumplimentados en los últimos 30 días de vida.	Cumplimentación de voluntades anticipadas según etnia/raza (OR IC 95%) -Algún documento cumplimentado OR 0,60 (0,43-0,82) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca no hispánica. -Documentos cumplimentados >30 días antes de fallecer OR 0,59 (0,42-0,83) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca no hispánica. -Documentos cumplimentados en los últimos 30 días de vida OR 1,00 (0,64-1,57) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca no hispánica.	A
Koffman et al. (129) 2007 Reino Unido	Transversal/ 252	Pacientes oncológicos que estaban recibiendo tratamiento activo en dos hospitales de referencia en el noroeste de Londres entre diciembre 2004 y abril 2005	Información obtenida a través de una encuesta y registro nacional	-Edad	Conocimiento sobre cuidados paliativos: - Reconocimiento del término cuidados paliativos - Entendimiento sobre el rol de las enfermeras "Macmillan" (especialistas en cuidados paliativos y control de síntomas).	Conocimiento sobre cuidados paliativos según etnia/raza (OR IC 95%) -Reconocimiento del término cuidados paliativos OR 0,5 (0,22-1,17) pacientes pertenecientes a minorías étnicas o etnia/raza negra, comparado con pacientes de etnia/raza blanca británica. -Entendimiento sobre el rol de las enfermeras "Macmillan" OR 0,5 (0,25-0,96) pacientes pertenecientes a minorías étnicas o etnia/raza negra, comparado con pacientes de etnia/raza blanca británica.	M
O'Mahony et al. (179) 2021 EE.UU	Transversal/ 308	Pacientes con cáncer atendidos en una clínica de cuidados paliativos	Información extraída a través de un cuestionario y de registros médicos	-Edad -Sexo -Educación -Ingresos -Estado civil -Religión -Espiritualidad -Conocimiento enfermedad terminal	Preferencias en los cuidados paliativos: - Preferencias objetivos tratamiento (agresividad terapéutica la final de la vida) - Preferencias reanimación cardiopulmonar - Preferencias ventilación mecánica	Preferencias en los cuidados paliativos según etnia/raza (coeficiente de regresión y valor p) Raza -Preferencias objetivos tratamiento Coeficiente regresión -0,494 (NS) pacientes pertenecientes a otras razas, comparado con pacientes de pertenecientes a raza blanca. -Preferencias reanimación cardiopulmonar Coeficiente regresión -1,004 (p<0,001) pacientes pertenecientes a otras razas, comparado con pacientes de pertenecientes a raza blanca. -Preferencias ventilación mecánica Coeficiente regresión -1,003 (p<0,001) pacientes pertenecientes a otras razas, comparado con pacientes de pertenecientes a raza blanca.	M

						<p>Etnia</p> <p>-Preferencias objetivos tratamiento Coeficiente regresión -0,434 (NS) pacientes pertenecientes a etnia hispánica/latina, comparado con pacientes de pertenecientes etnia no hispánica.</p> <p>-Preferencias reanimación cardiopulmonar Coeficiente regresión 0,159 (NS) pacientes pertenecientes a etnia hispánica/latina, comparado con pacientes de pertenecientes etnia no hispánica.</p> <p>-Preferencias ventilación mecánica Coeficiente regresión 0,209 (NS) pacientes pertenecientes a etnia hispánica/latina, comparado con pacientes de pertenecientes etnia no hispánica.</p>	
Saeed et al. (145) 2019 EE.UU	Transversal/ 265	Pacientes de 21 años o más con cáncer avanzado (Estadio IV cáncer no hematológico o estadio III)	Información extraída a través de una encuesta	-Edad -Sexo -Tensión financiera percibida -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Especialidad médica -Lugar estudio	Cumplimentación de instrucciones previas	<p>Cumplimentación de instrucciones previas según etnia/raza (coeficiente de regresión e IC 95%)</p> <p>Coeficiente regresión -0,09 (-0,39-0,20) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca.</p>	M
Smith et al. (149) 2008 EE.UU	Cohorte prospectiva/ 449	Pacientes de 20 años o más con cáncer avanzado, recluidos de 8 centros sanitarios entre el 8 de febrero de 2002 y el 20 de diciembre de 2006	Información extraída a través de una encuesta y de registros médicos	-Edad -Sexo -Educación -Seguro médico -Zona geográfica de residencia -Diagnóstico cáncer -Escala Zubrod	Planificación anticipada de los cuidados (instrucciones previas): - Voluntades anticipadas o representante legal - Orden de no reanimación - Discusión con el médico de los deseos sobre los cuidados al final de la vida	<p>Planificación anticipada según etnia/raza (RR IC 95%)</p> <p>RR 0,64 (0,49-0,83) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca. RR 0,65 (0,47-0,89) pacientes pertenecientes a etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza blanca.</p>	M
Taylor et al. (151) 2016 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 189	Pacientes con cáncer ginecológico tratadas en el centro de cáncer MD Anderson de la Universidad de Texas desde enero de 2007 hasta diciembre 2012 y que fallecieron entre enero de 2012 y agosto de 2014	Información extraída de registros médicos electrónicos del centro de cáncer MD Anderson	-Estado civil -Educación -Participación fase I del estudio	Cumplimentación instrucciones previas	<p>Cumplimentación instrucciones previas según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>OR 0,40 (0,18-0,85) pacientes pertenecientes a raza no-blanca, comparado con pacientes de raza blanca.</p>	A
Lugar de fallecimiento							
Check et al. (180) 2016	Cohorte retrospectiva/ 883	Pacientes con 65 años o más diagnosticadas de cáncer de mama en estadio IV entre 2007 y 2011 y que murieron entre 2007 y 2012	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de	-Edad -Estado civil -Año del diagnóstico de cáncer -Tratamiento de cáncer	Fallecimiento en hospital de agudos	<p>Fallecimiento en hospital de agudos según etnia/raza (RR IC 95%)</p> <p>RR 1,6 (1,22-2,09) pacientes de raza negra, comparado con pacientes de raza blanca.</p>	A

EE.UU		cáncer (SEER)	recibido	-Comorbilidad			
Coupland et al. (185)	Cohorte retrospectiva /101516	Pacientes residentes en el sureste de Inglaterra y que fallecieron de cáncer de pulmón, colorrectal, mama o próstata entre 1998-2006	Información extraída del registro de cáncer "Thames", registros nacionales de salud y registros de hospitales	-Edad -Índice de deprivación -Red centros de cáncer en lugar de residencia -Tiempo entre diagnóstico y fallecimiento	Lugar de fallecimiento: - Domicilio - Centro especializado en cuidados paliativos - Hospital de agudos	Lugar de fallecimiento según etnia/raza (OR IC 95%)	A
2011						<p>-Fallecimiento en domicilio OR 1,04 (0,73-1,48) pacientes de etnia/raza pakistaní, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,01 (0,85-1,21) pacientes de etnia/raza india, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,12 (0,77-1,62) pacientes de etnia/raza bengalí, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,48 (0,36-0,65) pacientes de etnia/raza negra africana, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,78 (0,67-0,90) pacientes de etnia/raza negra caribe, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,46 (0,28-0,76) pacientes de etnia/raza china, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,81 (0,73-0,89) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,39 (1,35-1,44) pacientes de etnia/raza desconocida, comparado con pacientes de etnia/raza blanca.</p> <p>-Fallecimiento en centro especializado en cuidados paliativos OR 0,47 (0,30-0,74) pacientes de etnia/raza pakistaní, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,68 (0,55-0,84) pacientes de etnia/raza india, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,33 (0,19-0,56) pacientes de etnia/raza bengalí, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,89 (0,70-1,13) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra africana, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,92 (0,81-1,05) pacientes pertenecientes a etnia/raza negra caribe, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,92 (0,61-1,37) pacientes pertenecientes a etnia/raza china, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,85 (0,77-0,94) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,07 (1,03-1,10) pacientes de etnia/raza desconocida, comparado con pacientes de etnia/raza blanca.</p> <p>-Fallecimiento en hospital de agudos OR 1,70 (1,25-2,32) pacientes de etnia/raza pakistaní, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,38 (1,19-1,61) pacientes de etnia/raza india, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,72 (1,24-2,37) pacientes de etnia/raza bengalí, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,87 (1,53-2,29) pacientes de etnia/raza negra africana, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,33 (1,19-1,49) pacientes de etnia/raza negra caribe,</p>	
Reino Unido							

						comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 1,61 (1,15-2,25) pacientes de etnia/raza china, comparado con pacientes de etnia/raza blanca OR 1.25 (1,15-1,36) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes de etnia/raza blanca. OR 0,62 (0,60-0,63) pacientes de etnia/raza desconocida, comparado con pacientes de etnia/raza blanca.	
D'Angelo et al. (164) 2020 Italia	Cohorte retrospectiva/ 13656	Pacientes > 18 años residentes en la región de Lazio que fallecieron de cáncer avanzado entre enero 2012 y diciembre 2016	Información extraída de registros hospitalarios nacionales y registros médicos electrónicos de los centros de atención	-Edad -Sexo -Educación -Nacionalidad -Lugar de residencia -Distancia al centro de tratamiento -Tipo de cáncer -Supervivencia	Lugar de fallecimiento: - Domicilio o centro especializado en cuidados paliativos vs. hospital	Fallecimiento en domicilio o centro especializado en cuidados paliativos según etnia/raza (OR IC 95%) OR 4,17 (1,20–14,50) pacientes pertenecientes a etnia caucásica, comparado con pacientes pertenecientes a otras etnias.	A
Hunt et al. (123) 2001 Australia	Transversal/ 29230	Residentes en el estado Australia Meridional que fallecieron de cáncer entre 1990-1999	Información extraída del registro de cáncer de Australia Meridional	-Edad -Sexo -Lugar de nacimiento -Lugar de residencia -Nivel socioeconómico -Supervivencia -Año de fallecimiento -Localización tumor	Lugar de fallecimiento vs. hospital de agudos público metropolitano: - Hospital de agudos privado metropolitano - Hospital de agudos regional - Centro especializado en cuidados paliativos - Centro sociosanitario - Domicilio	Lugar de fallecimiento según etnia/raza (OR IC 95%) -Fallecimiento en hospital de agudos privado metropolitano OR 0,54 (0,18-1,61) pacientes pertenecientes a raza aborigen, comparado con pacientes de raza blanca u otras. OR 0,32 (0,14-0,75) pacientes pertenecientes a raza asiática, comparado con pacientes de raza blanca u otras. -Fallecimiento en hospital de agudos regional OR 1,09 (0,58-2,06) pacientes pertenecientes a raza aborigen, comparado con pacientes de raza blanca u otras. OR 0,28 (0,06-1,36) pacientes pertenecientes a etnia/raza asiática, comparado con pacientes de etnia/raza blanca u otras. -Fallecimiento en centro especializado en cuidados paliativos OR 0,54 (0,18-1,61) pacientes pertenecientes a raza aborigen, comparado con pacientes de raza blanca u otras. OR 0,47 (0,29-0,76) pacientes pertenecientes a etnia/raza asiática, comparado con pacientes de etnia/raza blanca u otras. -Fallecimiento en centro sociosanitario OR 1,17 (0,40-3,43) pacientes pertenecientes a raza aborigen, comparado con pacientes de raza blanca u otras. OR 0,21 (0,06-0,68) pacientes pertenecientes a etnia/raza asiática, comparado con pacientes de etnia/raza blanca u otras. -Fallecimiento en domicilio OR 1,39 (0,73-2,64) pacientes pertenecientes a raza aborigen, comparado con pacientes de raza blanca u otras. OR 0,81 (0,52-1,27) pacientes pertenecientes a etnia/raza asiática, comparado con pacientes de etnia/raza blanca u otras.	A

Karanth et al. (127) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ Cáncer de pulmón no microcítico =154498 Cáncer de pulmón microcítico =27834	Pacientes de 66 años o más diagnosticados/as de cáncer de pulmón entre 1992 y 2011, y que fallecieron antes del 31 de diciembre de 2013	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Sexo -Estado civil -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Zona residencia: urbana vs rural -Región de residencia (SEER) -Antecedentes cáncer -Índice comorbilidad Charlson -Histología tumor, estadio, graduación -Tiempo de inicio de tratamiento después del diagnóstico, cirugía, quimioterapia o radioterapia en los primeros 6 meses post diagnóstico	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según etnia/raza (estratificado por histología del tumor y supervivencia) (OR IC 95%) Supervivencia entre 1-7 meses Ca. pulmón no microcítico OR 1,30 (1,22-1,39) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,30 (1,19-1,42) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,64 (1,51-1,79) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. Ca. pulmón microcítico OR 1,20 (1,02-1,41) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,27 (1,03-1,58) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,71 (1,36-2,16) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. Supervivencia >7 meses Ca. pulmón no microcítico OR 1,30 (1,21-1,39) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,22 (1,11-1,35) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,74 (1,60-1,90) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. Ca. pulmón microcítico OR 1,38 (1,14-1,67) pacientes de etnia/raza no hispánica negra etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,43 (1,10-1,85) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,67 (1,29-2,16) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.	A
---------------------------------------	--	---	---	---	-------------------------------------	--	---

Kirtane et al. (128) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 9468 Cohorte de pacientes con cáncer hematológico (2790)	Pacientes con cáncer que fueron atendidos en alguno de los siguientes centros sanitarios: centro médico de la Universidad de Washington, centro médico de Harborview, centro de tratamiento e investigación del cáncer en Seattle, clínicas comunitarias de la Universidad de Washington y que murieron en el estado de Washington entre 2010 y 2015.	Información extraída de los registros médicos electrónicos de la Universidad de Washington y del registro de defunciones del estado de Washington	-Edad -Sexo/sexo -Nivel educativo -Seguro médico -Centro sanitario -Comorbilidades	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según etnia/raza (OR IC 95%) OR 1,29 (1,00-1,68) pacientes pertenecientes a minorías étnicas, comparado con pacientes blancos/as no hispánicos/as.	A
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que fueron atendidos a través del sistema tradicional "pago por servicio" entre 1991 y 2008	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y "Medicare") y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Edad -Sexo -Estado civil -Nivel de ingresos -Comorbilidad -Localización tumor	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según etnia/raza (OR IC 95%) OR 1,88 (1,13-3,16) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a otras etnia/razas.	A
Mullins et al. (176) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 7756	Beneficiarias de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de ovario que murieron entre 2007 y 2016	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	-Edad -Residencia no urbana -Tiempo entre diagnóstico y fallecimiento -Comorbilidad -Índice pobreza -Estado civil	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según etnia/raza (OR IC 95%) OR 1,62 (1,29-2,04) pacientes de etnia/raza no hispánica negra, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 1,45 (1,13-1,86) pacientes de etnia/raza hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca. OR 2,10 (1,60-2,76) pacientes pertenecientes a otras etnias/razas, comparado con pacientes pertenecientes a etnia/raza no hispánica blanca.	A
Sedhom et al. (181) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 3182707	Pacientes >65 años que fallecieron de cáncer de pulmón, colorrectal, próstata, páncreas y mama entre 2003 y 2017	Información extraída de registro nacional	-Edad -Sexo -Año de fallecimiento -Diagnóstico cáncer primario	Lugar de fallecimiento vs domicilio: - Centro especializado en cuidados paliativos - Hospital de agudos - Centro sociosanitario	Lugar de fallecimiento vs domicilio según etnia/raza (OR IC 95%) Raza -Centro especializado en cuidados paliativos OR 1,06 (1,05-1,08) pacientes de raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 0,62 (0,60-0,64) pacientes de otras razas, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. -Hospital de agudos OR 1,7 (1,68-1,71) pacientes de raza negra, comparado con	A

						<p>pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 1,47 (1,44-1,49) pacientes de otras razas, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca.</p> <p>-Centro sociosanitario OR 1,12 (1,11-1,13) pacientes de raza negra, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca. OR 0,81 (0,79-0,83) pacientes de otras razas, comparado con pacientes pertenecientes a raza blanca.</p> <p>Etnia -Centro especializado en cuidados paliativos OR 0,84 (0,82-0,86) pacientes pertenecientes a etnia hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia no hispánica.</p> <p>-Hospital de agudos OR 1,1 (1,09-1,12) pacientes pertenecientes a etnia hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia no hispánica.</p> <p>-Centro sociosanitario OR 0,55 (0,54-0,56) pacientes pertenecientes a etnia hispánica, comparado con pacientes pertenecientes a etnia no hispánica.</p>	
Taylor et al. (152) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 3666	Pacientes con 66 años o más con cáncer de ovario que fallecieron entre 2000 y 2012 en Texas	Información extraída del registro de cáncer de Texas- "Medicare"	-Edad -Año fallecimiento -Tiempo desde diagnóstico hasta fallecimiento -Índice comorbilidad Charlson -Estadio enfermedad -Nivel educativo -Nivel pobreza -Zona rural vs urbana	Fallecimiento en centros especializado en cuidados paliativos	<p>Fallecimiento en centros especializado en cuidados paliativos según etnia/raza (OR IC 95%)</p> <p>OR 0,66 (0,50-0,88) pacientes pertenecientes a raza negra, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,76 (0,61-0,94) pacientes de raza hispánica, comparado con pacientes de raza blanca. OR 0,69 (0,35-1,35) pacientes de otras razas o desconocidas, comparado con pacientes de raza blanca.</p>	A

NS: No significativo; EE.UU: Estados Unidos; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; OR: *odds ratio*; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza.

*Remarcados en negrita los resultados estadísticamente significativos (p<0.05).

§Resultados de la evaluación de la calidad metodológica mediante la Escala NewCastle-Ottawa Scale (NOS).Categorizada en alta (A), moderada (M) y baja (B).

Anexo 7.4: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según el nivel socioeconómico

Tabla 19: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según NIVEL SOCIOECONÓMICO y el tipo de abordaje de cuidados paliativos

Autor/ Año/ País	Diseño estudio/ N	Población objetivo	Instrumento	Variables de ajuste	Variables resultado	Resultados principales	NOS ⁶
Control de síntomas							
Alterio et al. (159) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 27263	Pacientes ≥ 18 años diagnosticados/as de carcinoma hepatocelular estadio IV entre 2004 y 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer	-Edad -Raza -Comorbilidades -Seguro médico -Nivel educativo -Año del diagnóstico -Centro de tratamiento	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 0,96 (0,87-1,06) pacientes con ingresos entre \$40.227–\$50.354, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. OR 0,84 (0,76-0,94) pacientes con ingresos entre \$50.354–\$63.332, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. OR 0,73 (0,64-0,82) pacientes con ingresos ≥\$63.333, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227.	A
Åsli et al. (114) 2018 Noruega	Cohorte retrospectiva/ 25287	Pacientes que fallecieron de cáncer (excepto cáncer cutáneo no melanoma) entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de diciembre de 2011 en Noruega	Información extraída de registros nacionales	-Sexo -Edad -Tipo de cáncer -Supervivencia -Región de residencia -Radioterapia curativa -Servicio de radioterapia en el hospital -Distancia al centro de tratamiento	Recibir radioterapia paliativa en los dos últimos años de vida	Recibir radioterapia paliativa según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel educativo OR 0,88 (0,82-0,95) pacientes con nivel educativo bajo, comparado con pacientes con nivel educativo medio. OR 0,93 (0,84-1,03) pacientes con nivel educativo alto, comparado con pacientes con nivel educativo medio. Nivel de ingresos OR 0,63 (0,56-0,72) pacientes con nivel de ingresos bajo, comparado con pacientes con nivel de ingresos más alto. OR 0,85 (0,78-0,93) pacientes con nivel de ingresos medio, comparado con pacientes con nivel de ingresos más alto.	A
Colibaseanu et al. (184) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 287923	Pacientes que fallecieron de cáncer colorrectal entre 2004 y 2013	Información extraída del registro nacional de cáncer (Base de datos nacional de cáncer del colegio americano de cirujanos)	-Edad -Año del diagnóstico -Sexo -Etnia/raza -Seguro médico -Zona urbana vs rural -Distancia al centro de tratamiento -Índice comorbilidad Charlson -Características hospital -Región del hospital -Porcentaje de	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según nivel socioeconómico (estratificado por supervivencia) (OR IC 95%) Supervivencia <6 meses Nivel de ingresos OR 1,01 (0,92-1,10) pacientes con nivel de ingresos 38.00-47.999\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.000\$. OR 1,02 (0,93-1,12) pacientes con nivel de ingresos 48.000-62.999\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.000\$. OR 1,01 (0,90-1,13) pacientes con nivel de ingresos >63.000\$,	A

				pacientes que reciben cuidados paliativos -Características del tumor		comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.000\$. <u>Supervivencia 6-24 meses</u> Nivel de ingresos OR 1,04 (0,93-1,15) pacientes con nivel de ingresos 38.00-47.999\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.000\$. OR 1,07 (0,95-1,20) pacientes con nivel de ingresos 48.000-62.999\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.000\$, OR 1,19 (1,04-1,37) pacientes con nivel de ingresos >63.000\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.000\$. <u>Supervivencia >24 meses</u> Nivel de ingresos OR 1,01 (0,86-1,19) pacientes con nivel de ingresos 38.00-47.999\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.000\$. OR 0,95 (0,79-1,14) pacientes con nivel de ingresos 48.000-62.999\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.000\$. OR 1,01 (0,81-1,26) pacientes con nivel de ingresos >63.000\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.000\$.	
Davaro et al. (162) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ Cáncer localmente avanzado: 385 Metástasis: 279	Pacientes con cáncer de pene avanzado diagnosticados entre 2004-2015	Información extraída del registro nacional de cáncer	-Edad -Raza -Comorbilidad -Centro de tratamiento -Seguro médico -Año del diagnóstico	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos Pacientes con metástasis OR 1,654 (0,798-3,431) pacientes nivel de ingresos bajos, comparado con pacientes con mayor nivel de ingresos. Pacientes con cáncer localmente avanzado OR 3,968 (1,681-9,366) pacientes nivel de ingresos bajos, comparado con pacientes con mayor nivel de ingresos.	A
Dumbrava et al. (116) 2018 Australia	Cohorte retrospectiva/ 1173	Pacientes diagnosticados/as de cáncer de páncreas inoperable entre el 1 de julio de 2009 y el 30 de junio de 2011, residentes en Queensland y Nueva Gales del Sur, Australia	Información extraída de registros médicos y registro nacional de cáncer	-Edad -Sexo -Índice comorbilidad Charlson -Escala ECOG	NO recibir quimioterapia paliativa durante el primer año tras el diagnóstico	NO recibir quimioterapia paliativa según nivel socioeconómico (OR IC 95%) OR 1,28 (0,83-1,97) pacientes con nivel socioeconómico alto (quintil 4), comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 1,13 (0,73-1,75) pacientes con nivel socioeconómico moderado (quintil 3), comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 1,55 (1,01-2,39) pacientes con nivel socioeconómico bajo (quintil 2), comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 1,72 (1,10-2,69) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo (quintil 1), comparado con pacientes con nivel	A

						socioeconómico muy alto.	
Huang et al. (122) 2001 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 193253	Pacientes adultos > 20 años que fallecieron de cáncer entre 1986 y 1995	Información extraída del registro nacional de cáncer y de registros de centros sanitarios	-Edad -Año fallecimiento -Hospital diagnóstico afiliado a centro de cáncer -Municipio con centro de cáncer -Región	Recibir radioterapia paliativa en los dos últimos años de vida	Recibir radioterapia paliativa según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 1,09 (1,04-1,15) pacientes con nivel de ingresos medio, comparado con pacientes con nivel de ingresos bajo. OR 1,17 (1,11-1,24) pacientes con nivel de ingresos alto, comparado con pacientes con nivel de ingresos bajo.	A
Islam et al. (170) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 124729	Pacientes entre 18 y 90 años con cáncer ginecológico metastásico y que fallecieron entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer	-Edad -Etnia/raza -Región residencia -Nivel educativo	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos Cáncer de ovario OR 0,91 (0,81-1,02) pacientes con ingresos entre \$40.227-50.354, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. OR 0,84 (0,73-0,96) pacientes con ingresos entre \$50.354-63.332, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. OR 0,65 (0,54-0,78) pacientes con ingresos ≥\$63.333, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. Cáncer cervical OR 0,96 (0,85-1,08) pacientes con ingresos entre \$40.227-50.354, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. OR 0,85 (0,74-0,98) pacientes con ingresos entre \$50.354-63.332, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. OR 0,73 (0,61-0,87) pacientes con ingresos ≥\$63.333, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. Cáncer de útero OR 0,97 (0,74-1,26) pacientes con ingresos entre \$40.227-50.354, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. OR 0,81 (0,60-1,09) pacientes con ingresos entre \$50.354-63.332, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227. OR 0,76 (0,53-1,09) pacientes con ingresos ≥\$63.333, comparado con pacientes con ingresos <\$40.227.	A
Johnston et al. (126) 2001 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 9978	Adultos que fallecieron de cáncer entre 1994 y 1998 en Nueva Escocia	Información extraída de la base de datos del sistema de información del paciente oncológico y registros nacionales	-Edad -Sexo -Distancia la centro de tratamiento -Año del fallecimiento -Confirmación microscópica cáncer -Tipo de cáncer -Tiempo entre el diagnóstico y el fallecimiento	Recibir radioterapia paliativa en los últimos 9 meses de vida: - Recibir consulta de radioterapia paliativa con oncólogo radioterapeuta - Recibir tratamiento con radioterapia paliativa	Recibir radioterapia paliativa según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos -Recibir consulta de radioterapia paliativa OR 1,35 (1,08-1,68) pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos 20.000-<35.000\$, comparado con pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos <20.000\$. OR 1,33 (1,06-1,66) pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos 35.000-<50.000\$, comparado con pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos <20.000\$.	A

-Radioterapia paliativa
previa

OR 1,31 (1,02-1,70) pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos >50.000\$, comparado con pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos <20.000\$.

-Recibir tratamiento con radioterapia paliativa

OR 1,28 (0,91-1,81) pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos 20.000-<35.000\$, comparado con pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos <20.000\$.
OR 1,36 (0,96-1,93) pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos 35.000-<50.000\$, comparado con pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos <20.000\$.
OR 1,47 (1,00-2,17) pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos >50.000\$, comparado con pacientes que residen en comunidades con nivel de ingresos <20.000\$.

Adecuación y calidad de los cuidados

Bergqvist et al. (160)	Transversal/ 2516	Pacientes >18 años que fallecieron de cáncer de próstata y mama durante 2015 y 2019	Información extraída de una base de datos de registros hospitalarios	-Edad -Comorbilidades -Diagnóstico/ sexo -Residencia en centro sociosanitario	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Visitas a urgencias - Ingresos hospitalarios	Agresividad terapéutica según nivel socioeconómico (OR IC 95%) -Visitas a urgencias OR 0,76 (0,62-0,94) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,97 (0,80-1,17) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
Deeb et al. (163)	Transversal/ 21335	Pacientes >18 años diagnosticados/as con cáncer metastásico que fallecieron durante hospitalización entre el 1 de enero de 2010y el 31 diciembre de 2017	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Etnia/raza -Seguro médico -Características hospital -Región residencia	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Visitas a urgencias - Terapia sistémica: quimioterapia - Ventilación mecánica	Agresividad terapéutica según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos -Visitas a urgencias OR 1,01 (0,93-1,11) pacientes con nivel ingresos medio-bajo (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1). OR 1,12 (1,02-1,22) pacientes con nivel ingresos medio-alto (cuartil 3), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1). OR 1,25 (1,14-1,37) pacientes con nivel ingresos altos (cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1). -Terapia sistémica: quimioterapia OR 0,90 (0,73-1,10) pacientes con nivel ingresos medio-bajo (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1). OR 1,14 (0,93-1,38) pacientes con nivel ingresos medio-alto (cuartil 3), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1). OR 1,08 (0,88-1,32) pacientes con nivel ingresos altos (cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1).	A

						<p>-Ventilación mecánica OR 0,97 (0,88-1,10) pacientes con nivel ingresos medio-bajo (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1). OR 0,89 (0,80-0,99) pacientes con nivel ingresos medio-alto (cuartil 3), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1). OR 0,83 (0,74-0,92) pacientes con nivel ingresos altos (cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1).</p>	
Chang et al. (158) 2014 Taiwan	Cohorte retrospectiva/ 32800	Adultos entre 18 y 65 años fallecidos por cáncer entre 2009 y 2011 en Taiwán	Información extraída de la base de datos del seguro nacional de salud de Taiwán, del departamento de salud de Taiwán y del registro nacional de defunciones	-Edad -Sexo -Índice gasto hospitalario -Índice comorbilidad Charlson -Tipo de cáncer -Especialidad médica -Supervivencia -Características hospital -Demanda asistencial hospitalaria -Urbanización -Zona geográfica de residencia	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento con quimioterapia - >1 visita a urgencias - >1 ingreso hospitalario - >14 días de hospitalización - Ingreso en UCI 	<p>Agresividad terapéutica según nivel socioeconómico (OR IC 95%)</p> <p>-Tratamiento con quimioterapia OR 0,89 (0,85-0,92) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,74 (0,71-0,77) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.</p> <p>-> 1 visita a urgencias OR 0,99 (0,95-1,02) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,82 (0,79-0,85) los pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con los pacientes con nivel socioeconómico bajo.</p> <p>->1 ingreso hospitalario OR 0,98 (0,95-1,02) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,98 (0,94-1,01) los pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con los pacientes con nivel socioeconómico bajo.</p> <p>->14 días de hospitalización OR 1,07 (1,04-1,10) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,09 (1,06-1,12) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.</p> <p>-Ingreso en UCI OR 1,05 (1,00-1,10) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,81 (0,77-0,85) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.</p>	A

Huang et al. (121) 2015 Taiwán	Cohorte retrospectiva/ 28978	Pacientes mayores de 65 años diagnosticados/as de cáncer y que fallecieron entre 2009 y 2011 en Taiwán	Información extraída de la base de datos del seguro nacional de salud de Taiwán	-Edad -Sexo -Índice de gasto hospitalario -Índice comorbilidad Charlson -Tipo de cáncer -Especialidad médica -Supervivencia -Características hospital -Demanda asistencial -Urbanización -Región geográfica	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - >1 visita a urgencias. - >1 ingreso hospitalario. - >14 días de hospitalización - Tratamiento con quimioterapia - Ingreso en UCI	Agresividad terapéutica según nivel socioeconómico (OR IC 95%) -> 1 visita a urgencias OR 1,23 (1,18-1,28) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,10 (1,05-1,14) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. -> 1 ingreso hospitalario OR 0,89 (0,86-0,92) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,93 (0,90-0,96) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. -> 14 días de hospitalización OR 0,94 (0,92-0,97) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,96 (0,94-1,00) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. - Quimioterapia OR 1,06 (1,00-1,11) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,00 (0,95-1,05) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. - Ingreso en UCI OR 1,17 (1,11-1,25) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,06 (1,00-1,13) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que eran atendidos a través del sistema tradicional “pago por servicio”	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y “Medicare”) y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Edad -Sexo -Raza -Estado civil -Comorbilidad -Localización tumor	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Tratamiento anticáncer 14 días antes de fallecer - Visitas a hospital de agudos 30 días antes de fallecer	Agresividad terapéutica según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos - Tratamiento anticáncer 14 días antes de fallecer OR 1,12 (0,67-1,88) pacientes con nivel de ingresos más bajo (cuartil 1), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado-alto (cuartil 3). OR 1,03 (0,63-1,69) pacientes con nivel de ingresos moderado-bajo (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado-alto (cuartil 3). OR 1,77 (1,11-2,83) pacientes con nivel de ingresos más alto	A

						(cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado (cuartil 3). - Visitas a hospital de agudos 30 días antes de fallecer OR 1,59 (1,04-2,45) pacientes con nivel de ingresos más bajo (cuartil 1), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado (cuartil 3). OR 1,25 (0,83-1,88) pacientes con nivel de ingresos moderado-bajo (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado-alto (cuartil 3). OR 1,27 (0,84-1,91) pacientes con nivel de ingresos más alto (cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado (cuartil 3).	
Lindskog et al. (174) 2022 Suecia	Cohorte retrospectiva/ 780	Pacientes >18 años que fallecieron entre 2015-2019 con diagnóstico de neoplasia maligna cerebral	Información extraída de la base de datos regional de Estocolmo	-Edad -Sexo -Comorbilidad -Residencia en centro sociosanitario	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Visitas a urgencias - Ingresos hospitalarios	Agresividad terapéutica según nivel socioeconómico (OR IC 95%) - Visitas a urgencias OR 0,68 (0,44-1,04) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,80 (0,54-1,19) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. - Ingresos hospitalarios OR 0,84 (0,56-1,26) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,85 (0,58-1,24) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
Maddison et al. (134) 2012 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron por cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	-Edad -Sexo -Lugar de residencia: urbano/rural -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - >1 visita a urgencias	Agresividad terapéutica según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 0,79 (0,6-1,2) pacientes con un nivel de ingresos 30.000-44.999\$, comparado con pacientes con un nivel de ingresos <30.000\$. OR 0,90 (0,6-1,4) pacientes con un nivel de ingresos >45.000\$, comparado con pacientes con un nivel de ingresos <30.000\$.	A
Nayar et al. (135)	Transversal/ 91039	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida:	Agresividad terapéutica según nivel socioeconómico (coeficiente de regresión y valor p)	M

2014	2008				<ul style="list-style-type: none"> - Nº visitas a urgencias - Nº ingresos hospitalarios - Nº estancias en UCI 	<p>-Nº visitas a urgencias Coefficiente regresión 0,06 (p=0,0001) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. Coefficiente regresión 0,001 (NS) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. Coefficiente regresión -0,02 (p=0,05) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. Coefficiente regresión -0,009 (NS) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.</p> <p>-Nº ingresos hospitalarios Coefficiente regresión 0,12 (p=0,0001) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. Coefficiente regresión 0,03 (p=0,05) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. Coefficiente regresión 0,004 (NS) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. Coefficiente regresión 0,003 (NS) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.</p> <p>-Nº estancias en UCI Coefficiente regresión 0,08 (NS) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. Coefficiente regresión -0,03 (NS) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. Coefficiente regresión -0,09 (p=0,05) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. Coefficiente regresión -0,11 (p=0,0001) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.</p>	
Watanabe-Galloway et al. (155)	Transversal/ 34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Edad -Sexo -Etnia/raza -Comorbilidad -Residencia: urbana/rural	Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida: <ul style="list-style-type: none"> - Nº visitas a urgencias - Nº ingresos hospitalarios - Nº estancias en UCI 	Agresividad terapéutica según nivel socioeconómico (RR y valor p) -Nº visitas a urgencias OR 1,11 (p=0,0001) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 1,01 (NS) pacientes con nivel socioeconómico bajo,	A
2014							
EE.UU							

comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 0,97 (NS) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. **OR 0,97** ($p=0,05$) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.

-Nº ingresos hospitalarios

OR 1,16 ($p=0,0001$) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.

OR 1,05 ($p=0,05$) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 1,01 (NS) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 1,00 (NS) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.

-Nº estancias en UCI

OR 1,37 ($p=0,0001$) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.

OR 0,95 (NS) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 1,04 (NS) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 1,03 (NS) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.

Atención paliativa

Barbera et al. (125) 2010 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 112398	Pacientes que fallecieron de cáncer en Ontario entre 2000 y 2004	Información extraída del registro de cáncer de Ontario, del plan de seguros de salud de Ontario, del instituto canadiense de información de salud, del sistema de administración del cuidado a domicilio de Ontario y de la base de datos de personas registradas y del censo de Canadá	-Edad -Sexo -Tipo de cáncer -Comorbilidades -Año de fallecimiento -Residencia en zona rural -Región de residencia	Atención en domicilio: - Visita domiciliaria durante los últimos 6 meses de vida - Seguimiento telefónico en el domicilio durante las últimas dos semanas de vida	Atención en domicilio según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos -Visita domiciliaria OR 0,82 (0,79-0,86) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 1), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). OR 0,88 (0,85-0,92) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 2), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). OR 0,93 (0,89-0,97) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 3), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). OR 0,96 (0,92-1,01) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 4), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). -Seguimiento telefónico en domicilio OR 0,62 (0,59-0,67) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 1), comparado con los que	A
--	----------------------------------	--	---	---	---	--	----------

						residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). OR 0,72 (0,68-0,75) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 2), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). OR 0,77 (0,73-0,81) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 3), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). OR 0,81 (0,77-0,86) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 4), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5).	
Bergqvist et al. (160)	Transversal/ 2516	Pacientes >18 años que fallecieron de cáncer de próstata y mama durante 2015 y 2019	Información extraída de una base de datos de registros hospitalarios	-Edad -Comorbilidades -Diagnóstico/ sexo -Residencia en centro sociosanitario	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados según nivel socioeconómico (OR IC 95%) OR 1,42 (1,10-1,83) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,15 (0,92-1,45) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
2022							
Suecia							
Burge et al. (147)	Cohorte retrospectiva/ 7511	Adultos que fallecieron por cáncer entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2003 y que residían en alguna de las 2 autoridades de salud de distrito de la provincia de Nueva Escocia en Canadá	Información extraída de 6 bases de datos administrativas del departamento de salud de Nueva Escocia y el censo de Canadá	-Edad -Sexo -Supervivencia -Minoría étnica -Residir en un centro de cuidados de larga estancia -Residir en zona urbana/rural -Comorbilidades -Tipo de cáncer -Días de hospitalización -Visita médicas -Consulta con oncología -Tratamiento con radioterapia paliativa -Cuidados en domicilio -Distancia al centro de tratamiento -Año del fallecimiento -Vivir solo/a	Registro en un programa de cuidados paliativos en los últimos 6 meses de vida	Registro en un programa de cuidados paliativos según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 0,9 (0,7-1,1) pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos bajos, comparado con pacientes residentes en vecindarios con nivel de ingresos alto. OR 0,7 (0,6-0,9) pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos medio-bajo, comparado con pacientes residentes en vecindarios con nivel de ingresos alto. OR 0,8 (0,6-1,0) pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos medios, comparado con pacientes residentes en vecindarios con nivel de ingresos alto. OR 1,1 (0,8-1,3) pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos medio-alto, comparado con pacientes residentes en vecindarios con nivel de ingresos alto.	A
2008							
Canadá							
Hegagi et al. (166)	Cohorte retrospectiva/ 6888	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de abril de 2010 y el 31 de Marzo de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos de atención en domicilio	-Edad -Ruralidad -Sexo -Estadio cáncer -Comorbilidad -Tipo de cuidados en domicilio	Acceso a cuidados paliativos en domicilio (unidades especializadas en cuidados paliativos)	Acceso a cuidados paliativos en domicilio según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 0,86 (0,72-1,03) pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos medio-alto (quintil 2), comparado con pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más alto (quintil 1). OR 0,90 (0,76-1,08) pacientes que residen en barrios con nivel	A
2022							
EE.UU							

						de ingresos medio (quintil 3), comparado con pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más alto (quintil 1). OR 0,85 (0,71-1,01) pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos medio-bajo (quintil 4), comparado con pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más alto (quintil 1). OR 0,90 (0,75-1,07) pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más bajo (quintil 5), comparado con pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más alto (quintil 1).	
Heller et al. (120) 2019 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 86573	Pacientes de 65 años o más con cáncer colorrectal que fueron tratados con cirugía urgente entre 2009 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Elixhauser índice de comorbilidad -Presencia de metástasis -Raza -Año de A -Tamaño hospital (nº camas) -Región hospital -Gestión hospital -Hospital universitario -Urbanización	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario por cirugía urgente	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según nivel socioeconómico (OR 95% IC) Nivel de ingresos OR 1,1 (0,8-1,3) pacientes con nivel de ingresos medio-bajo (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1). OR 1,2 (1,0-1,6) pacientes con nivel de ingresos medio-alto (cuartil 3), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1). OR 1,2 (0,9-1,5) pacientes con nivel de ingresos altos (cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajos (cuartil 1).	A
Jackson et al. (171) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 23567	Pacientes >18 años hospitalizados/as con cáncer de esófago entre 2016 y 2018	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Etnia/raza -Seguro médico -Características hospital -Comorbilidad -Estancia hospitalaria -Quimioterapia -Tipo de ingreso hospitalario -Motivo al alta	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según nivel socioeconómico (OR 95% IC) Nivel de ingresos OR 1,11 (0,99-1,25) pacientes con nivel de ingresos bajo-moderado (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos más bajo (cuartil 1). OR 1,22 (1,08-1,38) pacientes con nivel de ingresos moderado-alto (cuartil 3), comparado con pacientes con nivel de ingresos más bajo (cuartil 1). OR 1,25 (1,10-1,42) pacientes con nivel de ingresos alto (cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos más bajo (cuartil 1).	A
Koroukian et al. (130) 2017 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que eran atendidos a través del sistema tradicional "pago por servicio"	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y "Medicare") y de la encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Edad -Sexo -Raza -Estado civil -Comorbilidad -Localización tumor	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 0,44 (0,28-0,70) pacientes con nivel de ingresos más bajo (cuartil 1), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado (cuartil 3). OR 0,61 (0,40-0,94) pacientes con nivel de ingresos moderado-bajo (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado-alto (cuartil 3). OR 0,84 (0,54-1,30) pacientes con nivel de ingresos más alto (cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos	A

						moderado (cuartil 3).	
Lackan et al. (131) 2003 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 25161	Mujeres ≥ 65 años diagnosticadas de cáncer de mama entre 1986 y 1996 y que fallecieron entre 1991 y 1996	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	No descrito	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos según nivel socioeconómico (porcentaje (%) y valor p) Nivel ingresos 21,8% vs. 17,6%; p<0,001 pacientes que residen en áreas con nivel de ingresos >30.000\$, comparado con pacientes que residen en áreas con nivel de ingresos <30.000\$.	M
Lai et al. (182) 2020 Taiwán	Cohorte retrospectiva/ 516409	Pacientes >18 años diagnosticados/as con cáncer y que fallecieron entre el 1 de enero d 2006 y el 31 de diciembre de 2016	Información extraída de la base de datos del seguro nacional de salud	-Edad -Sexo -Comorbilidad	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según nivel socioeconómico (OR IC 95%) OR 0,99 (0,97-1,01) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico alto. OR 0,88 (0,86-0,90) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico alto.	A
Lindskog et al. (174) 2022 Suecia	Cohorte retrospectiva/ 780	Pacientes >18 años que fallecieron entre 2015-2019 con diagnóstico de neoplasia maligna cerebral	Información extraída de la base de datos regional de Estocolmo	-Edad -Sexo -Comorbilidad -Residencia en centro sociosanitario	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados durante los 3 últimos meses de vida	Acceso a unidades de cuidados paliativos especializados según nivel socioeconómico (OR IC 95%) OR 1,49 (0,90-2,45) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,73 (1,08-2,77) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
Maddison et al. (134) 2012 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron por cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	-Edad -Sexo -Lugar de residencia: urbano/rural -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento	Acceso a programa de cuidados paliativos: - Registro en un programa de cuidados paliativos - Registro ≥60 días antes de fallecer	Acceso a programa de cuidados paliativos según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel ingresos -Registro en un programa de cuidados paliativos OR 0,68 (0,4-1,2) pacientes con un nivel de ingresos 30.000-44.999\$, comparado con pacientes con un nivel de ingresos <30.000\$. OR 1,43 (0,8-2,7) pacientes con un nivel de ingresos >45.000\$, comparado con pacientes con un nivel de ingresos <30.000\$. -Registro ≥60 días antes de fallecer OR 1,28 (0,7-2,3) pacientes con un nivel de ingresos 30.000-44.999\$, comparado con pacientes con un nivel de ingresos <30.000\$. OR 0,86 (0,5-1,6) pacientes con un nivel de ingresos >45.000\$, comparado con pacientes con un nivel de ingresos <30.000\$.	A

Milki et al. (175) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 4559	Pacientes > 18 años hospitalizadas que fallecieron entre 2005 y 2011 con diagnóstico de cáncer ginecológico	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Periodo tiempo -Raza -Tipo cáncer -Seguro médico -Características hospital -Estancia hospitalaria -Severidad enfermedad -Depresión -Residir en zona eutanasia legal	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según nivel socioeconómico (OR IC 95%) OR 1,05 (0,83-1,31) pacientes con nivel socioeconómico bajo-moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,04 (0,83-1,31) pacientes con nivel socioeconómico moderado-alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,41 (1,12-1,78) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
Nayar et al. (135) 2014 EE.UU	Transversal/ 91039	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en 2008	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	Acceso y utilización de cuidados paliativos: - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de fallecer	Acceso y utilización de cuidados paliativos según nivel socioeconómico (OR y valor p) -Uso de cuidados paliativos OR 0,93 (p=0,05) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico más alto. OR 0,95 (NS) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico más alto. OR 0,99 (NS) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico más alto. OR 0,99 (NS) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico más alto. -Inicio de cuidados paliativos OR 0,83 (p=0,05) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico más alto. OR 0,86 (p=0,05) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico más alto. OR 0,96 (NS) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico más alto. OR 0,95 (NS) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico más alto.	M
Okafor et al. (139) 2017 EE.UU	Transversal/ 513440	Pacientes hospitalizados/as con cáncer gastrointestinal metastásico en 2012	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Seguro médico - Raza -Zona urbana/rural -Hospital universitario -Región geográfica hospital -Gestión hospital -Número de camas hospital	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según nivel socioeconómico (OR y valor p) Nivel de ingresos OR 0,99 (NS) pacientes con nivel de ingresos entre 39.000-47.999\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.999\$. OR 0,95 (NS) pacientes con nivel de ingresos entre 48.000-62.999\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.999\$. OR 1,02 (NS) pacientes con nivel de ingresos entre >63.000\$, comparado con pacientes con nivel de ingresos <38.999\$.	A

Rosenfeld et al. (142) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 67947	Pacientes ≥18 años hospitalizadas con cáncer ginecológico metastásico (cérnix, útero y ovario) entre 2005 y 2011	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Raza -Tipo de cáncer -Seguro médico -Supervivencia -Localización hospital: urbana/rural -Región geográfica hospital -Número camas hospital -Hospital universitario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario nivel socioeconómico (OR IC 95%) OR 1,03 (0,89-1,19) pacientes con nivel socioeconómico medio-bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,01 (0,90-1,14) pacientes con nivel socioeconómico medio-alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,10 (0,96-1,27) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
Rubens et al. (143) 2019 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 4732172	Pacientes ≥18 años hospitalizados/as con cáncer avanzado entre 2005 y 2014	Información extraída de registros hospitalarios "National inpatient sample"	-Edad -Sexo -Raza -Tipo de cáncer -Seguro médico -Región geográfica hospital -Número camas hospital -Hospital universitario -Orden de no reanimación -Radioterapia previa -Quimioterapia, ventilación mecánica, nutrición parenteral o enteral, hemodiálisis	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario	Uso de cuidados paliativos durante ingreso hospitalario según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 1,01 (0,96-1,05) pacientes con nivel de ingresos medio-bajo (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajo (cuartil 1). OR 1,03 (0,98-1,08) pacientes con nivel de ingresos medio-alto (cuartil 3), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajo (cuartil 1). OR 1,08 (1,01-1,17) pacientes con nivel de ingresos alto (cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos bajo (cuartil 1).	A
Sharp et al. (148) 2018 Suecia	Transversal/ 1872	Pacientes ≥18 años diagnosticados/as entre 2014 y 2016 de cánceres primarios ginecológico, hematológico, cabeza y cuello y gastrointestinal superior, en el área de "Gotland", Estocolmo	Información extraída mediante cuestionario	-Edad -Sexo -Tipo de cáncer -Lugar de nacimiento -Cohabitación -Tratamiento -Tipo de tratamiento	Acceso y utilización de cuidados de soporte: - Acceso a enfermera de enlace - Acceso a planes de cuidados individualizados - Recibir información sobre grupos de apoyo/ayuda - Derivación de pacientes a cuidados paliativos	Acceso y utilización de cuidados de soporte según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel educativo -Acceso a enfermera de enlace OR 1,27 (1,01-1,6) pacientes con nivel educativo menor, comparado con pacientes con mayor nivel educativo. -Acceso a planes de cuidados individualizados OR 1,29 (1,04-1,61) pacientes con nivel educativo menor, comparado con pacientes con mayor nivel educativo. -Recibir información sobre grupos de apoyo/ayuda OR 1,19 (0,94-1,52) pacientes con nivel educativo menor, comparado con pacientes con mayor nivel educativo. -Derivación a cuidados paliativos OR 1,02 (0,77-1,36) pacientes con nivel educativo menor, comparado con pacientes con mayor nivel educativo.	A

						<p>Ocupación</p> <p>-Acceso a enfermera de enlace OR 0,76 (0,52-1,13) pacientes que se encuentran empleados, comparado con pacientes jubilados/retirados. OR 0,94 (0,59-1,49) pacientes que se encuentran de baja por enfermedad, son estudiantes o viven a cargo de sus padres, comparado con pacientes jubilados/retirados.</p> <p>-Acceso a planes de cuidados individualizados OR 0,92 (0,63-1,33) pacientes que se encuentran empleados, comparado con pacientes jubilados/retirados. OR 1,23 (0,79-1,91) pacientes que se encuentran de baja por enfermedad, son estudiantes o viven a cargo de sus padres, comparado con pacientes jubilados/retirados.</p> <p>-Recibir información sobre grupos de apoyo/ayuda OR 0,95 (0,64-1,41) pacientes que se encuentran empleados, comparado con pacientes jubilados/retirados. OR 0,68 (0,43-1,09) pacientes que se encuentran de baja por enfermedad, son estudiantes o viven a cargo de sus padres, comparado con pacientes jubilados/retirados.</p> <p>-Derivación a cuidados paliativos OR 0,56 (0,34-0,91) pacientes que se encuentran empleados, comparado con pacientes jubilados/retirados. OR 1,47 (0,88-2,42) pacientes que se encuentran de baja por enfermedad, son estudiantes o viven a cargo de sus padres, comparado con pacientes jubilados/retirados.</p>	
Watanabe-Galloway et al. (155)	Transversal/34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Edad -Sexo -Etnia/raza -Comorbilidad -Residencia: urbana/rural	Acceso y utilización de cuidados paliativos: - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de fallecer	<p>Acceso y utilización de cuidados paliativos según nivel socioeconómico (OR y valor p)</p> <p>-Uso de cuidados paliativos OR 0,88 (p=0,0338) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 0,94 (NS) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 0,96 (NS) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 0,98 (NS) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.</p> <p>-Inicio de cuidados paliativos OR 0,87 (NS) pacientes con nivel socioeconómico muy bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 0,79 (p=0,005) pacientes con nivel socioeconómico bajo, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto. OR 0,85 (p=0,0378) pacientes con nivel socioeconómico</p>	A
2014							
EE.UU							

moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.
OR 0,95 (NS) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico muy alto.

Planificación de los cuidados

O'Mahony et al. (179)	Transversal/ 308	Pacientes con cáncer atendidos en una clínica de cuidados paliativos	Información extraída a través de un cuestionario y de registros médicos	-Edad -Sexo -Etnia/raza -Estado civil -Religión -Espiritualidad -Conocimiento enfermedad terminal	Preferencias en los cuidados paliativos: - Preferencias objetivos tratamiento (agresividad terapéutica la final de la vida) - Preferencias reanimación cardiopulmonar - Preferencias ventilación mecánica	Preferencias en los cuidados paliativos según nivel socioeconómico (coeficiente de regresión y valor p) Nivel educativo -Preferencias objetivos tratamiento Coeficiente regresión 0,334 (p<0,01) pacientes con mayor nivel educativo, comparado con pacientes con menor nivel educativo. -Preferencias reanimación cardiopulmonar Coeficiente regresión 0,052 (NS) pacientes con mayor nivel educativo, comparado con pacientes con menor nivel educativo. -Preferencias ventilación mecánica Coeficiente regresión 0,119 (NS) pacientes con mayor nivel educativo, comparado con pacientes con menor nivel educativo. Nivel de ingresos -Preferencias objetivos tratamiento Coeficiente regresión -0,090 (NS) pacientes con mayor nivel de ingresos, comparado con pacientes con menor nivel de ingresos. -Preferencias reanimación cardiopulmonar Coeficiente regresión 0,038 (NS) pacientes con mayor nivel de ingresos, comparado con pacientes con menor nivel de ingresos. -Preferencias ventilación mecánica Coeficiente regresión -0,107 (NS) pacientes con mayor nivel de ingresos, comparado con pacientes con menor nivel de ingresos.	M
Saeed et al. (144)	Transversal/ 383	Pacientes de 21 años o más con cáncer avanzado (Estadio IV cáncer no hematológico o estadio III)	Información extraída a través de una encuesta	-Edad -Raza -Seguro médico -Tensión financiera percibida -Tipo de cáncer -Estado civil -Cohabitación -Calidad de vida (MQOL) -Angustia -Escala PEACE -Bienestar físico y social (FACT-G)	Preferencias en los cuidados paliativos	Preferencias en los cuidados paliativos según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel educativo OR 0,69 (0,38-1,26) pacientes con educación secundaria, comparado con pacientes con mayor nivel educativo (estudios superiores).	M

				-Presencia de cuidador/a -Lugar estudio			
Saeed et al. (145) 2019 EE.UU	Transversal/ 265	Pacientes de 21 años o más con cáncer avanzado (Estadio IV cáncer no hematológico o estadio III)	Información extraída a través de una encuesta	-Edad -Sexo -Raza -Tensión financiera percibida -Especialidad médica -Lugar estudio	Cumplimentación de instrucciones previas	Cumplimentación de instrucciones previas según nivel socioeconómico (coeficiente de regresión e IC 95%) Nivel de ingresos Coeficiente regresión -0,44 (-0,71--0,16) pacientes con un nivel de ingresos bajo, comparado con pacientes nivel de ingresos más alto. Nivel educativo Coeficiente regresión 0,04 (-0,16-0,24) pacientes con mayor nivel educativo (estudios superiores), comparado con pacientes con menor nivel educativo.	Moderado
Lugar de fallecimiento							
Barbera et al. (125) 2010 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 112398	Pacientes que fallecieron de cáncer en Ontario entre 2000 y 2004	Información extraída del registro de cáncer de Ontario, del plan de seguros de salud de Ontario, del instituto canadiense de información de salud, del sistema de administración del cuidado a domicilio de Ontario y de la base de datos de personas registradas y del censo de Canadá	-Edad -Sexo -Tipo de cáncer -Comorbilidades -Año de fallecimiento -Residencia en zona rural -Región de residencia	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 1,10 (1,05-1,15) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 1), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). OR 1,11 (1,06-1,15) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 2), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). OR 1,08 (1,03-1,12) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 3), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5). OR 1,05 (1,00-1,10) pacientes que residen en barrios con un nivel de ingresos más bajo (quintil 4), comparado con los que residen en barrios con nivel socioeconómico más alto (quintil 5).	A
Burge et al. (136) 2005 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 13652	Pacientes adultos residentes en Nueva Escocia que fallecieron por cáncer entre 1992 y 1997	Información extraída de 3 bases de datos administrativas de salud de Canadá (Nueva Escocia) y el censo de Canadá	-Edad -Sexo -Estancia en hospital -Recepción de visita en centros de cuidados de larga estancia -Supervivencia -Año de fallecimiento -Cáncer causa de fallecimiento	Fallecimiento extrahospitalario	Fallecimiento extrahospitalario según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 0,79 (0,68-0,93) pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos medio-alto, comparado con pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos alto. OR 0,76 (0,65-0,89) pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos medio, comparado con pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos alto. OR 0,72 (0,62-0,84) pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos medio-bajo, comparado con pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos alto. OR 0,64 (0,55-0,75) pacientes residentes en barrios con nivel de	A

						ingresos bajo, comparado con pacientes residentes en barrios con nivel de ingresos alto.	
Chang et al. (158) 2014 Taiwan	Cohorte retrospectiva/ 32800	Adultos entre 18 y 65 años fallecidos por cáncer entre 2009 y 2011 en Taiwán	Información extraída de la base de datos del seguro nacional de salud de Taiwán, del departamento de salud de Taiwán y del registro nacional de defunciones.	-Edad -Sexo -Índice gasto hospitalario -Índice comorbilidad Charlson -Tipo de cáncer -Especialidad médica -Supervivencia -Características hospital -Demanda asistencial hospitalaria -Urbanización -Zona geográfica de residencia	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según nivel socioeconómico (OR IC 95%) OR 0,44 (0,42-0,45) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con los pacientes con un nivel socioeconómico bajo. OR 0,64 (0,62-0,66) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con los pacientes con un nivel socioeconómico bajo.	A
D'Angelo et al. (164) 2020 Italia	Cohorte retrospectiva/ 13656	Pacientes > 18 años residentes en la región de Lazio que fallecieron de cáncer avanzado entre enero 2012 y diciembre 2016	Información extraída de registros hospitalarios nacionales y registros médicos electrónicos de los centros de atención	-Edad -Sexo -Etnia -Lugar de residencia -Distancia al centro de tratamiento -Nacionalidad -Tipo de cáncer -Supervivencia	Lugar de fallecimiento: - Domicilio o centro especializado en cuidados paliativos vs hospital	Fallecimiento en domicilio o centro especializado en cuidados paliativos según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel educativo OR 1,29 (0,99-1,68) pacientes con nivel educativo elemental, comparado con pacientes con estudios universitarios. OR 0,84 (0,64-1,11) pacientes con estudios secundarios, comparado con pacientes con estudios universitarios. OR 0,92 (0,70-1,22) pacientes con estudios superiores, comparado con pacientes con estudios universitarios.	A
Hegagi et al. (166) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 6888	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de abril de 2010 y el 31 de Marzo de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos de atención en domicilio	-Edad -Ruralidad -Sexo -Estadio cáncer -Comorbilidad -Tipo de cuidados en domicilio	Fallecimiento extrahospitalario	Fallecimiento extrahospitalario según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 1,02 (0,83-1,26) pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos medio-alto (quintil 2), comparado con pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más alto (quintil 1). OR 1,01 (0,82-1,24) pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos medio (quintil 3), comparado con pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más alto (quintil 1). OR 0,96 (0,78-1,19) pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos medio-bajo (quintil 4), comparado con pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más alto (quintil 1). OR 1,02 (0,83-1,26) pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más bajo (quintil 5), comparado con pacientes que residen en barrios con nivel de ingresos más alto (quintil 1).	A

Huang et al. (121) 2015 Taiwan	Cohorte retrospectiva/ 28978	Pacientes mayores de 65 años diagnosticados/as de cáncer y que fallecieron entre 2009 y 2011 en Taiwán	Información extraída de la base de datos del seguro nacional de salud de Taiwán	-Edad -Sexo -Índice de gasto hospitalario -Índice comorbilidad Charlson -Tipo de cáncer -Especialidad médica -Supervivencia -Características hospital -Demanda asistencial -Urbanización -Región geográfica	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según nivel socioeconómico (OR IC 95%) OR 0,26 (0,24-0,27) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,50 (0,49-0,52) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
Hunt et al. (123) 2001 Australia	Transversal/ 29230	Residentes en el estado Australia Meridional que fallecieron de cáncer entre 1990-1999	Información extraída del registro de cáncer de Australia Meridional	-Edad -Sexo -Raza -Lugar de nacimiento -Lugar de residencia -Supervivencia -Año de fallecimiento -Localización tumor	Lugar de fallecimiento vs. hospital de agudos público metropolitano: - Hospital de agudos privado metropolitano - Hospital de agudos regional - Centro especializado en cuidados paliativos - Centro sociosanitario - Domicilio	Lugar de fallecimiento según nivel socioeconómico (OR IC 95%) -Fallecimiento en hospital de agudos privado metropolitano OR 2,43 (2,08-2,83) pacientes con nivel socioeconómico medio, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 4,14 (3,51-4,89) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. -Fallecimiento en hospital de agudos regional OR 3,43 (2,28-5,15) pacientes con nivel socioeconómico medio, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. -Fallecimiento en centro especializado en cuidados paliativos OR 1,09 (0,98-1,21) pacientes con nivel socioeconómico medio, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,69 (1,50-1,91) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. -Fallecimiento en centro sociosanitario OR 1,57 (1,34-1,83) pacientes con nivel socioeconómico medio, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,85 (1,55-2,20) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. -Fallecimiento en domicilio OR 1,16 (1,03-1,31) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 1,75 (1,53-2,01) pacientes con nivel socioeconómico medio, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
Koroukian et al. (130) 2017	Cohorte retrospectiva/ 835	Pacientes ≥ 66 años que fallecieron de cáncer y que eran atendidos a través del sistema tradicional "pago por servicio"	Información extraída de distintas bases de datos nacionales (defunciones y "Medicare") y de la	-Edad -Sexo -Raza -Estado civil -Comorbilidad	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel de ingresos OR 2,17 (1,25-3,76) pacientes con nivel de ingresos más bajo	A

EE.UU			encuesta nacional de salud (Estudio de salud y jubilación)	-Localización tumor		(cuartil 1), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado (cuartil 3). OR 1,40 (0,81-2,42) pacientes con nivel de ingresos moderado-bajo (cuartil 2), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado-alto (cuartil 3). OR 1,91 (1,13-3,22) pacientes con nivel de ingresos más alto (cuartil 4), comparado con pacientes con nivel de ingresos moderado (cuartil 3).	
Li et al. (183) 2020 China	Transversal/ 894	Residentes en Yichang que fallecieron de cáncer entre julio 2015 y junio 2017	Información extraída de una base de datos de salud en Yichang	-Edad -Sexo -Seguro médico -Estado civil	Fallecimiento en hospital agudos	Fallecimiento en hospital agudos según nivel socioeconómico (OR IC95%) Nivel educativo OR 1,93 (1,24-3,00) pacientes con mayor nivel educativo, comparado con pacientes con menor nivel educativo.	A
Lindskog et al. (174) 2022 Suecia	Cohorte retrospectiva/ 780	Pacientes >18 años que fallecieron entre 2015-2019 con diagnóstico de neoplasia maligna cerebral	Información extraída de la base de datos regional de Estocolmo	-Edad -Sexo -Comorbilidad -Residencia en centro sociosanitario	Fallecimiento en hospital agudos	Fallecimiento en hospital agudos según nivel socioeconómico (OR IC95%) OR 1,11 (0,49-2,49) pacientes con nivel socioeconómico alto, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo. OR 0,78 (0,35-1,70) pacientes con nivel socioeconómico moderado, comparado con pacientes con nivel socioeconómico bajo.	A
López-Valcarcel et al. (133) 2019 España	Transversal/ 79506	Pacientes adultos ≥24 años que fallecieron de cáncer en España durante el año 2015	Información extraída del registro nacional de defunciones, bases de datos económicas y de cuidados paliativos	No descrito	Lugar de fallecimiento: - Domicilio vs. hospital de agudos - Centro de atención de larga estancia vs. domicilio u hospital de agudos - Hospital de agudos vs. domicilio o centro de atención de larga estancia	Lugar de fallecimiento según nivel socioeconómico (coeficiente de regresión y valor p) Nivel educativo -Fallecimiento en domicilio Coeficiente regresión 0,0075 (NS) pacientes con educación primaria, comparado con pacientes sin estudios. Coeficiente regresión 0,0174 (p<0,01) pacientes con educación secundaria, comparado con pacientes sin estudios. Coeficiente regresión 0,0474 (p<0,01) pacientes con educación universitaria, comparado con pacientes sin estudios. -Fallecimiento en centro de atención de larga estancia Coeficiente regresión -0,0080 (p<0,01) pacientes con educación primaria, comparado con pacientes sin estudios. Coeficiente regresión -0,0159 (p<0,01) pacientes con educación secundaria, comparado con pacientes sin estudios. Coeficiente regresión -0,0261 (p<0,01) pacientes con educación universitaria, comparado con pacientes sin estudios. -Fallecimiento en hospital de agudos Coeficiente regresión -0,0029 (NS) pacientes con educación primaria, comparado con pacientes sin estudios. Coeficiente regresión -0,0043 (NS) pacientes con educación secundaria, comparado con pacientes sin estudios.	A

						Coefficiente regresión -0,0255 ($p<0,01$) pacientes con educación universitaria, comparado con pacientes sin estudios	
Maddison et al. (134) 2012 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron por cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	-Edad -Sexo -Lugar de residencia: urbano/rural -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Nivel ingresos OR 0,90 (0,6-1,3) pacientes con un nivel de ingresos 30.000-44.999\$, comparado con pacientes con un nivel de ingresos <30.000\$. OR 0,64 (0,4-0,9) pacientes con un nivel de ingresos >45.000\$, comparado con pacientes con un nivel de ingresos <30.000\$.	A
Neergaard et al. (137) 2012 Dinamarca	Transversal/ 599	Pacientes adultos residentes en Aarhus (Dinamarca) que fallecieron de cáncer entre el 1 de marzo y el 30 de noviembre de 2006	Información extraída de registros de defunciones, sanitarios, laborales y del seguro nacional de salud	-Edad -Sexo -Diagnóstico -Estado civil -Niños residentes en domicilio -Tamaño domicilio -Inmigrante -Visita médica -Ingreso hospitalario -Participación de un equipo especialista	Lugar de fallecimiento: - Domicilio	Fallecer en domicilio según nivel socioeconómico (PR IC95%) Nivel de ingresos PR 0,86 (0,75-1,00) pacientes con nivel de ingresos medios 1.001-20.000£, comparado con pacientes con nivel de ingresos altos >20.000£. PR 0,71 (0,50-1,03) pacientes con nivel de ingresos bajos <1.000£, comparado con pacientes con nivel de ingresos altos >20.000£. Ocupación PR 0,94 (0,70-1,27) pacientes jubilados, comparado con pacientes sin empleo o estudiantes. PR 0,72 (0,53-0,98) pacientes empleados, comparado con pacientes sin empleo o estudiantes.	A
Öhlén et al. (138) 2017 Suecia	Transversal/ 20710	Pacientes que fallecieron de cáncer en 2012 en Suecia	Información extraída de registros nacionales	-Edad -Sexo -Tipo de cáncer -Estado civil -Grado de urbanización: urbano/rural -Región sanitaria	Lugar de fallecimiento: - Domicilio - Hospital de agudos - Centro sociosanitario	Lugar de fallecimiento según nivel socioeconómico (OR IC95%) Nivel educativo -Fallecimiento en hospital vs domicilio (lugar de residencia) OR 1,07 (0,93-1,24) pacientes con educación secundaria básica, comparado con pacientes con nivel educativo elemental. OR 1,00 (0,92-1,10) pacientes con educación secundaria avanzada, comparado con pacientes con nivel educativo elemental. OR 0,92 (0,82-1,02) pacientes con nivel educativa más alto (estudios superiores), comparado con pacientes con nivel educativo elemental. -Fallecimiento en centro sociosanitario vs. domicilio (lugar de residencia)	A

OR 1,03 (0,86-1,23) pacientes con educación secundaria básica, comparado con pacientes con nivel educativo elemental.
OR 0,96 (0,87-1,07) pacientes con educación secundaria avanzada, comparado con pacientes con nivel educativo elemental.

OR 0,73 (0,63-0,83) pacientes con nivel educativo más alto (estudios superiores), comparado con pacientes con nivel educativo elemental.

-Fallecimiento en hospital vs. centro sociosanitario (lugar de residencia)

OR 0,42 (0,15-1,18) pacientes con educación secundaria básica, comparado con pacientes con nivel educativo elemental.

OR 0,54 (0,33-0,90) pacientes con educación secundaria avanzada, comparado con pacientes con nivel educativo elemental.

OR 0,37 (0,15-0,86) pacientes con nivel educativo alto (estudios superiores), comparado con pacientes con nivel educativo elemental.

NS: No significativo; EE.UU: Estados Unidos; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; OR: *odds ratio*; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza.

*Remarcados en negrita los resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

§Resultados de la evaluación de la calidad metodológica mediante la Escala NewCastle-Ottawa Scale (NOS). Categorizada en alta (A), moderada (M) y baja (B).

Anexo 7.5: Características de los estudios, tipos de abordajes y análisis de las desigualdades según el territorio

Tabla 20: Características de los estudios que analizan las desigualdades sociales según TERRITORIO y el tipo de abordaje de cuidados paliativos

Autor/ Año/ País	Diseño estudio/ N	Población objetivo	Instrumento	Variables de ajuste	Variables resultado	Resultados principales	NOS [§]
Control de síntomas							
Åsli et al. (114) 2018 Noruega	Cohorte retrospectiva/ 25287	Pacientes que fallecieron de cáncer (excepto cáncer cutáneo no melanoma) entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de diciembre de 2011 en Noruega	Información extraída de registros nacionales	-Sexo -Edad -Tipo de cáncer -Supervivencia -Radioterapia curativa -Educación -Nivel de ingresos -Servicio de radioterapia en el hospital	Recibir radioterapia paliativa en los dos últimos años de vida	Recibir radioterapia paliativa según territorio (OR IC 95%) Distancia al centro de tratamiento OR 0,93 (0,81-1,06) pacientes que tienen que viajar 10-49 km para acudir al centro de radioterapia, comparado con los que tiene que viajar <10km. OR 0,98 (0,85-1,11) pacientes que tienen que viajar 50-99 km para acudir al centro de radioterapia, comparado con los que tiene que viajar <10km. OR 0,83 (0,73-0,95) pacientes que tienen que viajar 100-199 km para acudir al centro de radioterapia, comparado con los que tiene que viajar <10km. OR 0,75 (0,60-0,93) pacientes que tienen que viajar 200-299 km para acudir al centro de radioterapia, comparado con los que tiene que viajar <10km. OR 0,71 (0,54-0,93) pacientes que tienen que viajar 300-399 km para acudir al centro de radioterapia, comparado con los que tiene que viajar <10km. OR 0,61 (0,38-1,00) pacientes que tienen que viajar 400-499 km para acudir al centro de radioterapia, comparado con los que tiene que viajar <10km. OR 0,72 (0,38-1,34) pacientes que tienen que viajar 500-799 km para acudir al centro de radioterapia, comparado con los que tiene que viajar <10km. OR 0,81 (0,41-1,61) pacientes que tienen que viajar >800 km para acudir al centro de radioterapia, comparado con los que tiene que viajar <10km.	A
Colibaseanu et al. (184) 2018 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 287923	Pacientes que fallecieron de cáncer colorrectal entre 2004 y 2013	Información extraída del registro nacional de cáncer (Base de datos nacional de cáncer del colegio americano de cirujanos)	-Edad -Año del diagnóstico -Sexo -Etnia/raza -Seguro médico -Nivel de ingresos -Nivel educativo -Índice comorbilidad Charlson -Características hospital -Región del hospital -Porcentaje de pacientes	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según territorio (estratificado por supervivencia) (OR IC 95%) Supervivencia <6 meses Zona rural vs. urbana (+ densidad población) OR 0,95 (0,88-1,02) pacientes residentes en zonas metropolitanas con 250.000-1millon hab., comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población. OR 0,90 (0,81-0,99) pacientes residentes en zonas metropolitanas con <250.000 hab., comparado con pacientes	A

que reciben cuidados paliativos
-Características del tumor

residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.
OR 0,94 (0,82-1,08) pacientes residentes en zonas urbanas con >20.000 hab. cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.
OR 1,17 (0,93-1,47) pacientes residentes en zonas urbanas con >20.000 hab. no cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.
OR 0,84 (0,73-0,97) pacientes residentes en zonas urbanas con 2.500-19.900 hab. cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.
OR 1,02 (0,84-1,23) pacientes residentes en zonas urbanas con 2.500-19.900 hab. no cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.
OR 0,80 (0,60-1,08) pacientes residentes en zonas rurales o urbanas con <2.500hab. cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.
OR 0,97 (0,94-1,01) pacientes residentes en zonas rurales/urbanas con <2.500hab. no cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

Distancia al centro de tratamiento

OR 1,05 (0,95-1,16) pacientes residentes entre 2-4 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.
OR 1,10 (1,00-1,21) pacientes residentes entre 5-9 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.
OR 1,14 (1,03-1,25) pacientes residentes entre 10-20 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.
OR 1,29 (1,15-1,45) pacientes residentes entre 21-45 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.
OR 1,36 (1,18-1,56) pacientes residentes entre >45 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.

Supervivencia 6-24 meses

Zona urbana vs. rural (+ densidad población)

OR 1,00 (0,92-1,09) pacientes residentes en zonas metropolitanas con 250.000-1millon hab., comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.
OR 1,02 (0,91-1,15) pacientes residentes en zonas metropolitanas con <250.000 hab., comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.
OR 1,04 (0,88-1,23) pacientes residentes en zonas urbanas con >20.000 hab. cercanas a zona metropolitana, comparado con

pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

OR 1,33 (1,03-1,72) pacientes residentes en zonas urbanas con >20.000 hab. no cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

OR 1,10 (0,94-1,30) pacientes residentes en zonas urbanas con 2.500-19.900 hab. cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

OR 1,16 (0,94-1,44) pacientes residentes en zonas urbanas con 2.500-19.900 hab. no cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

OR 0,92 (0,63-1,32) pacientes residentes en zonas rurales o urbanas con <2.500hab. cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

OR 1,27 (0,92-1,74) pacientes residentes en zonas rurales/urbanas con <2.500hab. no cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

Distancia al centro de tratamiento

OR 1,01 (0,89-1,15) pacientes residentes entre 2-4 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.

OR 1,01 (0,90-1,14) pacientes residentes entre 5-9 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.

OR 0,98 (0,87-1,11) pacientes residentes entre 10-20 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.

OR 1,01 (0,87-1,15) pacientes residentes entre 21-45 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.

OR 0,97 (0,82-1,14) pacientes residentes entre >45 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.

Supervivencia >24 meses

Zona rural vs. urbana (+ densidad población)

OR 0,96 (0,84-1,11) pacientes residentes en zonas metropolitanas con 250.000-1millon hab., comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

OR 0,95 (0,79-1,14) pacientes residentes en zonas metropolitanas con <250.000 hab., comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

OR 1,02 (0,79-1,30) pacientes residentes en zonas urbanas con >20.000 hab. cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.

OR 1,62 (1,13-2,31) pacientes residentes en zonas urbanas con >20.000 hab. no cercanas a zona metropolitana, comparado con

						<p>pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población. OR 0,91 (0,70-1,18) pacientes residentes en zonas urbanas con 2.500-19.900 hab. cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población. OR 1,52 (1,12-2,05) pacientes residentes en zonas urbanas con 2.500-19.900 hab. no cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población, OR 0,83 (0,49-1,43) pacientes residentes en zonas rurales o urbanas con <2.500hab. cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población. OR 0,71 (0,38-1,31) pacientes residentes en zonas rurales/urbanas con <2.500hab. no cercanas a zona metropolitana, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas con mayor densidad de población.</p> <p>Distancia al centro de tratamiento OR 0,93 (0,77-1,13) pacientes residentes entre 2-4 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas. OR 0,82 (0,69-0,98) pacientes residentes entre 5-9 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas. OR 0,84 (0,70-1,01) pacientes residentes entre 10-20 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas. OR 0,90 (0,73-1,11) pacientes residentes entre 21-45 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas. OR 0,92 (0,72-1,18) pacientes residentes entre >45 millas, comparado con pacientes que residen a < de 2 millas.</p>	
Dumbrava et al. (116)	Cohorte retrospectiva/ 1173	Pacientes diagnosticados/as de adenocarcinoma de páncreas inoperable entre el 1 de julio de 2009 y el 30 de junio de 2011, residentes en Queensland y Nueva Gales del Sur, Australia	Información extraída de registros médicos y registro nacional de cáncer	-Edad -Sexo -Índice comorbilidad Charlson -Escala ECOG	NO recibir quimioterapia paliativa durante el primer año tras el diagnóstico	NO recibir quimioterapia paliativa según territorio (OR IC 95%) Zona rural vs. urbana OR 1,25 (0,90-1,72) pacientes residentes en zonas semi-rurales, comparado con pacientes residentes en ciudades principales (capitales). OR 1,63 (1,04-2,56) pacientes residentes en zonas rurales remotas, comparado con pacientes residentes en ciudades principales (capitales).	A
French et al. (117)	Cohorte retrospectiva/ No indicado	Pacientes diagnosticados/as de cáncer entre el 1 de enero de 1986 y el 31 de diciembre de 1999	Información extraída del registro de cáncer provincial	Edad	Recibir radioterapia paliativa: - Recepción de una sesión de radioterapia - Recepción de más de una sesión de radioterapia	Recibir radioterapia paliativa según territorio (porcentaje y valor p) Zona urbana vs. rural + presencia de centro de tratamiento -Recepción de una sesión de radioterapia 17,1% vs. 6,6%; p<0,001 pacientes residentes en zonas urbanas, comparado con pacientes residentes en zonas rurales con centro de tratamiento.	M

						-Recepción de más de una sesión de radioterapia 5,3% vs. 2%; $p<0,001$ pacientes residentes en zonas urbanas, comparado con pacientes residentes en zonas rurales remotas sin centro de tratamiento.	
Huang et al. (122) 2001 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 193253	Pacientes adultos > 20 años que fallecieron de cáncer entre 1986 y 1995	Información extraída del registro nacional de cáncer y de registros de centros sanitarios	-Edad -Año fallecimiento -Nivel de ingresos -Hospital diagnóstico afiliado a centro de cáncer -Región	Recibir radioterapia paliativa en los dos últimos años de vida	Recibir radioterapia paliativa según territorio (OR IC 95%) Presencia de centro de tratamiento cercano OR 1,24 (1,21-1,27) pacientes residentes en municipio con centro de cáncer, comparado con pacientes residentes en municipio sin centro de cáncer.	A
Islam et al. (170) 2021 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 124729	Pacientes entre 18 y 90 años con cáncer ginecológico metastásico y que fallecieron entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer	-Edad -Etnia/raza -Región residencia -Región censo	Recibir cirugía paliativa, radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor	Recibir cirugía, radioterapia, quimioterapia paliativa y/o manejo del dolor según nivel socioeconómico (OR IC 95%) Distancia al centro de tratamiento Cáncer de ovario OR 0,97 (0,84-1,12) pacientes residentes a 2-4 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,89 (0,79-1,02) pacientes residentes a 5-9 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,85 (0,73-0,98) pacientes residentes a 10-19 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,70 (0,60-0,81) pacientes residentes a 20-45 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,58 (0,48-0,70) pacientes residentes a >45 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. Cáncer cervical OR 0,82 (0,71-0,95) pacientes residentes a 2-4 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,81 (0,70-0,95) pacientes residentes a 5-9 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,79 (0,68-0,92) pacientes residentes a 10-19 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,76 (0,65-0,88) pacientes residentes a 20-45 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,74 (0,60-0,88) pacientes residentes a >45 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas.	A

						<p>Cáncer de útero OR 0,81 (0,59-1,12) pacientes residentes a 2-4 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,91 (0,68-1,23) pacientes residentes a 5-9 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,88 (0,65-1,21) pacientes residentes a 10-19 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,89 (0,63-1,27) pacientes residentes a 20-45 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas. OR 0,71 (0,48-1,04) pacientes residentes a >45 millas del centro de tratamiento, comparado con pacientes residentes a <2 millas.</p>	
Johnston et al. (126) 2001 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 9978	Adultos que fallecieron de cáncer entre 1994 y 1998 en Nueva Escocia	Información extraída de la base de datos del sistema de información del paciente oncológico y registros nacionales	-Edad -Sexo -Ingresos medios comunidad -Año del fallecimiento -Confirmación microscópica cáncer -Tipo de cáncer -Tiempo entre el diagnóstico y el fallecimiento -Radioterapia paliativa previa	Recibir radioterapia paliativa en los últimos 9 meses de vida: - Recibir consulta de radioterapia paliativa con oncólogo radioterapeuta - Recibir tratamiento con radioterapia paliativa	<p>Recibir radioterapia paliativa según territorio (OR IC 95%)</p> <p>Distancia al centro de tratamiento -Recibir consulta de radioterapia paliativa OR 2,47 (2,16-2,83) pacientes que residen a <25km del centro de tratamiento comparado con pacientes que residen >200km. OR 1,54 (1,34-1,76) pacientes que residen entre 25-100km del centro de tratamiento, comparado con pacientes que residen >200km. OR 1,06 (0,93-1,21) pacientes que residen entre 100-200km del centro de tratamiento, comparado con pacientes que residen >200km.</p> <p>-Recibir tratamiento con radioterapia paliativa OR 0,84 (0,68-1,04) pacientes que residen a <25km del centro de tratamiento comparado con pacientes que residen >200km. OR 0,95 (0,76-1,19) pacientes que residen entre 25-100km del centro de tratamiento, comparado con pacientes que residen >200km. OR 0,70 (0,56-0,88) pacientes que residen a 100-200km del centro de tratamiento, comparado con pacientes que residen >200km</p>	A
Lavergne et al. (132) 2011 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 13494	Adultos de 20 años o más que fallecieron de cáncer entre 2000 y 2005 en Nueva Escocia	Información extraída de la base de datos del sistema de información del paciente oncológico y registros nacionales	-Edad -Sexo -Localización tumor -Supervivencia -Consulta oncología -Residir en centro de mayores -Deprivación	Recibir radioterapia paliativa en los últimos 9 meses de vida: - Recibir consulta de radioterapia paliativa con oncólogo radioterapeuta - Recibir tratamiento con radioterapia paliativa	<p>Recibir radioterapia paliativa según territorio (OR IC 95%)</p> <p>Distancia al centro de tratamiento -Recibir consulta de radioterapia paliativa OR 1,13 (0,99-1,29) pacientes que residen a 1h del centro de tratamiento comparado con pacientes que residen a 5h del centro de tratamiento. OR 1,15 (1,01-1,31) pacientes que residen a 2h del centro de tratamiento comparado con pacientes que residen a 5h del centro de tratamiento. OR 1,20 (1,06-1,37) pacientes que residen a 3h del centro de</p>	A

tratamiento comparado con pacientes que residen a 5h del centro de tratamiento.
 OR 1,10 (0,98-1,25) pacientes que residen a 4h del centro de tratamiento comparado con pacientes que residen a 5h del centro de tratamiento.

-Recibir tratamiento con radioterapia paliativa
OR 1,17 (1,01-1,34) pacientes que residen a 1h del centro de tratamiento comparado con pacientes que residen a 5h del centro de tratamiento.
OR 1,20 (1,04-1,38) pacientes que residen a 2h del centro de tratamiento comparado con pacientes que residen a 5h del centro de tratamiento.
OR 1,22 (1,06-1,40) pacientes que residen a 3h del centro de tratamiento comparado con pacientes que residen a 5h del centro de tratamiento.
 OR 1,09 (0,95-1,24) pacientes que residen a 4h del centro de tratamiento comparado con pacientes que residen a 5h del centro de tratamiento.

Walter et al. (154) 2018 Alemania	Cohorte retrospectiva/ 12929	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de pulmón entre 2009 y 2012 y que fallecieron antes de 2013	Información extraída del instituto científico de la seguridad social	-Edad -Sexo -Comorbilidad -Presencia varios tumores -Presencia metástasis -Supervivencia -Tratamiento anticáncer	Acceso a medicación de soporte en los últimos 30 días: - Antidepresivos - Medicación para el dolor	Acceso a medicación de soporte según territorio (OR IC 95%) Zona urbana vs. rural -Antidepresivos OR 0,93 (0,66-1,29) pacientes que residen en zonas urbanas (grandes ciudades), comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 1,18 (0,88-1,58) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 1,05 (0,75-1,47) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). -Medicación para el dolor OR 0,85 (0,71-1,02) pacientes que residen en zonas urbanas (grandes ciudades), comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 0,91 (0,77-1,08) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 1,03 (0,85-1,24) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota).	A
---	---------------------------------	--	--	--	--	--	----------

Adecuación y calidad de los cuidados

Maddison et al. (134) 2012	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas	-Edad -Sexo -Nivel de ingresos -Distancia al centro de tratamiento	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - >1 visita a urgencias	Agresividad terapéutica según territorio (OR IC 95%) Zona urbana vs. rural -> 1 visita a urgencias OR 3,18 (2,0-5,1) pacientes que residen en zonas urbanas,	A
-------------------------------	--------------------------------	--	---	---	---	--	----------

Canadá			con la salud y con los cuidados paliativos	-Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento		comparado con pacientes que residen en zonas rurales.	
Nayar et al. (135) 2014 EE.UU	Transversal/ 91039	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en 2008	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida: - Nº visitas a urgencias - Nº ingresos hospitalarios - Nº estancias en UCI	Agresividad terapéutica según territorio (coeficiente de regresión y valor p) Zona rural vs. urbana -Nº visitas a urgencias Coefficiente regresión 0,07 (p=0,001) pacientes que residen en zonas rurales remotas, comparado con los que residen en zonas metropolitanas. Coefficiente regresión 0,08 (p=0,0001) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con los que residen en zonas metropolitanas. Coefficiente regresión 0,06 (p=0,0001) pacientes que residen en zona micropolitana, comparado con los que residen en zonas metropolitanas. -Nº ingresos hospitalarios Coefficiente regresión 0,02 (NS) pacientes que residen en zonas rurales remotas, comparado con los que residen en zonas metropolitanas. Coefficiente regresión -0,01 (NS) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con los que residen en zonas metropolitanas. Coefficiente regresión -0,02 (p=0,05) pacientes residentes en zonas micropolitanas, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. -Nº estancias en UCI Coefficiente regresión -0,41 (p=0,0001) pacientes residentes en zonas rurales remotas, comparado con pacientes que residen en zonas metropolitanas. Coefficiente regresión -0,38 (p=0,0001) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas metropolitanas. Coefficiente regresión -0,28 (p=0,0001) pacientes que residen en zonas micropolitanas, comparado con pacientes que residen en zonas metropolitanas.	M
Walter et al. (154) 2018 Alemania	Cohorte retrospectiva/ 12929	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de pulmón entre 2009 y 2012 y que fallecieron antes de 2013	Información extraída del instituto científico de la seguridad social	-Edad -Sexo -Comorbilidad -Presencia varios tumores -Presencia metástasis	Recibir agresividad terapéutica durante el último mes de vida: - Nº de visitas con médico especialista - Nº de visitas con médico de atención primaria	Agresividad terapéutica según territorio (coeficiente β, OR e IC 95%) Zona urbana vs. rural -Nº de visitas con médico especialista Coefficiente β 0,07 (-0,04- 0,18) pacientes que residen en zonas	A

<p>-Supervivencia -Tratamiento anticáncer</p>	<p>- >1 visita (inesperada) al hospital - >14 días en el hospital - Quimioterapia en los últimos 14 días</p>	<p>urbanas (grandes ciudades), comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). Coeficiente β -0,07 (-0,20-0,06) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). Coeficiente β 0,06 (-0,06-0,17) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota).</p> <p>-Nº de visitas con médico de atención primaria Coeficiente β 0,01 (-0,10-0,12) pacientes que residen en zonas urbanas (grandes ciudades), comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). Coeficiente β -0,19 (-0,32- -0,06) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). Coeficiente β -0,02 (-0,14-0,10) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota).</p> <p>->1 visita (inesperada) al hospital OR 1,21 (0,99-1,48) pacientes que residen en zonas urbanas (grandes ciudades), comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 0,98 (0,73-1,31) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 0,90 (0,69-1,17) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota).</p> <p>->14 días en el hospital OR 1,03 (0,86-1,25) pacientes que residen en zonas urbanas (grandes ciudades), comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 1,06 (0,90-1,26) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 1,27 (1,05-1,52) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota).</p> <p>-Quimioterapia en los últimos 14 días OR 0,95 (0,70-1,27) pacientes que residen en zonas urbanas (grandes ciudades), comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 1,03 (0,79-1,33) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota).</p>
---	--	--

						OR 0,89 (0,67-1,19) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota).	
Watanabe-Galloway et al. (155) 2014 EE.UU	Transversal/ 34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Edad -Sexo -Etnia/raza -Nivel socioeconómico -Comorbilidad	Recibir agresividad terapéutica durante los últimos 3 meses de vida: - Nº visitas a urgencias - Nº ingresos hospitalarios - Nº estancias en UCI	Agresividad terapéutica según territorio (RR y valor p) Zona rural vs. urbana -Nº visitas a urgencias OR 1,01 (NS) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. OR 1,01 (NS) pacientes residentes en zonas micropolitanas, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. -Nº ingresos hospitalarios OR 0,98 (NS) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. OR 0,97 (p=0,05) pacientes residentes en zonas micropolitanas, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. -Nº estancias en UCI OR 0,65 (p=0,0001) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. OR 0,73 (p=0,0001) pacientes que residen en zonas micropolitanas, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas.	A
Atención paliativa							
Burge et al. (147) 2008 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 7511	Adultos que fallecieron de cáncer entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2003 y que residían en alguna de las 2 autoridades de salud de distrito de la provincia de Nueva Escocia en Canadá	Información extraída de 6 bases de datos administrativas del departamento de salud de Nueva Escocia y el censo de Canadá	-Edad -Sexo -Supervivencia -Educación -Nivel de ingresos -Minoría étnica -Residir en un centro de cuidados de larga estancia -Residir en zona urbana/rural -Comorbilidad -Tipo de cáncer -Días de hospitalización -Visita médicas -Consulta con oncología -Tratamiento con radioterapia paliativa -Distancia al centro de tratamiento	Registro en un programa de cuidados paliativos en los últimos 6 meses de vida	Registro en un programa de cuidados paliativos según territorio (OR IC 95%) Distancia al centro de tratamiento OR 8,2 (6,0-11,1) pacientes residentes entre 0-10km, comparado con los que residen a >50km. OR 8,2 (6,1-11,0) pacientes residentes entre 11-50km, comparado con los que residen a >50km. Zona rural vs. urbana OR 0,8 (0,7-1,0) pacientes residentes en zona rural, comparado con pacientes residentes en zona urbana.	A

Hegagi et al. (166) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 6888	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de abril de 2010 y el 31 de Marzo de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos de atención en domicilio	-Edad -Sexo -Nivel de ingresos -Estadio cáncer -Comorbilidad -Tipo de cuidados en domicilio	Acceso a cuidados paliativos en domicilio (unidades especializadas en cuidados paliativos)	Acceso a cuidados paliativos en domicilio según territorio (OR IC 95%) Zona rural vs. urbana OR 0,94 (0,80-1,10) pacientes residentes en zona rural, comparado con pacientes residentes en zona urbana.	A
Hunt et al. (124) 2002 Australia	Transversal/ 3086	Pacientes que fallecieron de cáncer en 1999 en Australia Meridional	Información extraída de registros de servicios paliativos en Australia Meridional, registro central de cáncer y registro de defunciones	-Edad -Lugar de nacimiento -Localización tumor primario -Supervivencia	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según territorio (OR IC 95%) Zona rural vs. urbana OR 0,57 (0,48-0,68) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas.	A
Lackan et al. (131) 2003 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 25161	Mujeres ≥ 65 años diagnosticadas de cáncer de mama entre 1986 y 1996 y que fallecieron entre 1991 y 1996	Información extraída de los registros "Medicare" y del registro nacional de cáncer (SEER)	No descrito	Uso de cuidados paliativos al final de la vida	Uso de cuidados paliativos al final de la vida según territorio (porcentaje (%) y valor p) Zona urbana vs. rural 21,5% vs. 15,6%; p<0,001 pacientes residentes en zonas urbanas, comparado con pacientes residentes en zonas no urbanas.	M
Maddison et al. (134) 2012 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	-Edad -Sexo -Nivel de ingresos -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento	Acceso a programa de cuidados paliativos: - Registro en un programa de cuidados paliativos - Registro ≥60 días antes de fallecer	Acceso a programa de cuidados paliativos según territorio (OR IC 95%) Distancia al centro de tratamiento -Registro en un programa de cuidados paliativos OR 0,96 (0,5-1,8) pacientes que residen a 10-20km, comparado con pacientes que residen a <10km. OR 0,26 (0,1-0,4) pacientes que residen a >20km, comparado con pacientes que residen a <10km. -Registro ≥60 días antes de fallecer OR 1,09 (0,6-1,9) pacientes que residen a 10-20km, comparado con pacientes que residen a <10km. OR 0,86 (0,4-1,7) pacientes que residen a >20km, comparado con pacientes que residen a <10km.	A
Nayar et al. (135) 2014 EE.UU	Transversal/ 91039	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer de pulmón que murieron en 2008	Información extraída de los registros "Medicare"	No descrito	Acceso y utilización de cuidados paliativos: - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de su muerte	Acceso y utilización de cuidados paliativos según territorio (OR y valor p) Zona rural vs. urbana -Uso de cuidados paliativos OR 0,71 (p=0,0001) pacientes residentes en zonas rurales remotas, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas.	M

						<p>OR 0,81 ($p=0,0001$) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas.</p> <p>OR 0,86 ($p=0,0001$) pacientes residentes en zonas micropolitanas, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas.</p> <p>-Inicio de cuidados paliativos OR 0,91 (<i>NS</i>) pacientes residentes en zonas rurales remotas, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. OR 0,94 (<i>NS</i>) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. OR 0,87 ($p=0,001$) pacientes que residen en zonas micropolitanas, comparado con pacientes que residen en zonas metropolitanas.</p>	
Walter et al. (154) 2018 Alemania	Cohorte retrospectiva/ 12929	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de pulmón entre 2009 y 2012 y que fallecieron antes de 2013	Información extraída del instituto científico de la seguridad social	-Edad -Sexo -Comorbilidad -Presencia varios tumores -Presencia metástasis -Supervivencia -Tratamiento anticáncer	Inicio de cuidados paliativos 30 días antes de fallecer	<p>Inicio de cuidados paliativos según territorio (OR IC 95%)</p> <p>Zona urbana vs. rural OR 0,90 (0,65-1,24) pacientes que residen en zonas urbanas (grandes ciudades), comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 0,88 (0,66-1,19) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 0,83 (0,59-1,17) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota).</p>	A
Watanabe-Galloway et al. (155) 2014 EE.UU	Transversal/ 34975	Beneficiarios de "Medicare" de 66 años o más con cáncer colorrectal que fallecieron en 2008	Información extraída de los registros de "Medicare"	-Edad -Sexo -Etnia/raza -Nivel socioeconómico -Comorbilidad	Acceso y utilización de cuidados paliativos: - Uso de cuidados paliativos al final de la vida - Inicio de cuidados paliativos 3 días antes de fallecer	<p>Acceso y utilización de cuidados paliativos según territorio (OR y valor p)</p> <p>Zona rural vs. urbana -Uso de cuidados paliativos según territorio OR 0,78 ($p=0,0001$) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. OR 0,83 ($p=0,0001$) pacientes residentes en zonas micropolitanas, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas.</p> <p>-Inicio de cuidados paliativos OR 0,87 (<i>NS</i>) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. OR 0,90 (<i>NS</i>) pacientes residentes en zonas micropolitanas, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas.</p>	A
Lugar de fallecimiento							
Burge et al. (136) 2005	Cohorte retrospectiva/ 13652	Pacientes adultos residentes en Nueva Escocia que fallecieron de cáncer entre 1992 y 1997	Información extraída de 3 bases de datos administrativas de	-Edad -Sexo -Tipo de cáncer -Nivel de ingresos	Fallecimiento extrahospitalario	<p>Fallecimiento extrahospitalario según territorio (OR IC 95%)</p> <p>Zona rural vs. urbana OR 0,87 (0,79-0,95) pacientes residentes en zona rural,</p>	A

Canadá		salud de Canadá (Nueva Escocia) y el censo de Canadá.	-Año de fallecimiento -Supervivencia -Visita médica en centro de cuidados de larga estancia -Estancia hospitalaria		comparado con pacientes residentes en zona urbana.		
D'Angelo et al. (164) 2020 Italia	Cohorte retrospectiva/ 13656	Pacientes > 18 años residentes en la región de Lazio que fallecieron de cáncer avanzado entre enero 2012 y diciembre 2016	Información extraída de registros hospitalarios nacionales y registros médicos electrónicos de los centros de atención	-Edad -Sexo -Etnia -Educación -Nacionalidad -Tipo de cáncer -Supervivencia	Lugar de fallecimiento: - Domicilio o centro especializado en cuidados paliativos vs hospital	Fallecimiento en domicilio o centro especializado en cuidados paliativos según territorio (OR IC 95%) Zona urbana vs. rural OR 0,58 (0,50–0,66) pacientes que residen en zona urbana, comparado con pacientes que residen en zona rural. Distancia al centro de tratamiento OR 0,13 (0,10-0,17) pacientes que residen a ≥20km, comparado con pacientes que residen a <20km.	A
Gatrell et al. (119) 2003 Inglaterra	Transversal/ 6900	Pacientes que fallecieron de cáncer entre 1993 y 2000	Información extraída de registros nacionales	No descrito	Lugar de fallecimiento: - Domicilio - Hospital de agudos - Centro especializado en cuidados paliativos - Centro sociosanitario	Lugar de fallecimiento según territorio (OR IC 95%) Zona semirural vs. urbana -Fallecimiento en domicilio OR 1,334 (1,139-1,562) pacientes residentes en zona semi rural comparado con pacientes residentes en zona urbana. -Fallecimiento en hospital de agudos OR 1,677 (1,266-2,223) pacientes residentes en zona semi rural comparado con pacientes residentes en zona urbana. -Fallecimiento en centro especializado en cuidados paliativos OR 0,640 (0,480-0,854) pacientes residentes en zona semi rural comparado con pacientes residentes en zona urbana. -Fallecimiento en centro sociosanitario OR 0,647 (0,504-0,831) pacientes residentes en zona semi rural comparado con pacientes residentes en zona urbana. Distancia al centro de tratamiento “Hospital” -Fallecimiento en hospital de agudos OR 0,981 (0,971-0,991) pacientes que residen a más distancia del hospital, comparado con pacientes residentes más cerca. -Fallecimiento en centro sociosanitario OR 1,039 (1,022-1,055) pacientes que residen a más distancia del hospital, comparado con pacientes residentes más cerca. “Hospital de cuidados paliativos” -Fallecimiento en hospital de agudos OR 1,016 (1,004-1,027) pacientes que residen a más distancia del hospital de cuidados paliativos, comparado con pacientes residentes más cerca. -Fallecimiento en hospital de cuidados paliativos OR 0,977 (0,966-0,988) pacientes que residen a más distancia del hospital de cuidados paliativos, comparado con pacientes	M

						residentes más cerca.	
Hegagi et al. (166) 2022 EE.UU	Cohorte retrospectiva/ 6888	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de páncreas entre el 1 de abril de 2010 y el 31 de Marzo de 2016	Información extraída del registro nacional de cáncer y de la base de datos de atención en domicilio	-Edad -Sexo -Nivel de ingresos -Estadio cáncer -Comorbilidad -Tipo de cuidados en domicilio	Fallecimiento extrahospitalario	Fallecimiento extrahospitalario según territorio (OR IC 95%) Zona rural vs. urbana OR 1,38 (1,16-1,64) pacientes residentes en zona rural, comparado con pacientes residentes en zona urbana.	A
Hunt et al. (123) 2001 Australia	Transversal/ 29230	Residentes en el estado Australia Meridional que fallecieron de cáncer entre 1990-1999	Información extraída del registro de cáncer de Australia Meridional	-Edad -Sexo -Raza -Lugar de nacimiento -Nivel socioeconómico -Supervivencia -Año de fallecimiento -Localización tumor	Lugar de fallecimiento vs. hospital de agudos público metropolitano: - Hospital de agudos privado metropolitano - Hospital de agudos regional - Centro especializado en cuidados paliativos - Centro sociosanitario - Domicilio	Lugar de fallecimiento según territorio (OR IC 95%) Zona rural vs. urbana -Fallecimiento en hospital de agudos privado metropolitano OR 1,99 (1,63-2,42) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. -Fallecimiento en hospital de agudos regional OR 258,76 (173,69-358,50) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. -Fallecimiento en centro especializado en cuidados paliativos OR 0,48 (0,40-0,57) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. -Fallecimiento en centro sociosanitario OR 2,48 (2,05-3,01) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas. -Fallecimiento en domicilio OR 3,50 (3,03-4,04) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas metropolitanas.	A
Maddison et al. (134) 2012 Canadá	Cohorte retrospectiva/ 1201	Pacientes con 20 años o más que fallecieron de cáncer colorrectal entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de marzo de 2008	Información extraída del registro nacional de cáncer y de otras bases de datos relacionadas con la salud y con los cuidados paliativos	-Edad -Sexo -Nivel de ingresos -Distancia al centro de tratamiento -Comorbilidad -Estadio tumor -Residencia en centro de larga estancia -Visitas a urgencias en el último mes de vida -Lugar de fallecimiento -Año fallecimiento	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según territorio (OR IC 95%) Zona urbana vs. rural OR 0,48 (0,3-0,7) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales.	A

Öhlén et al. (138)	Transversal/ 20710	Pacientes que fallecieron de cáncer en 2012 en Suecia	Información extraída de registros nacionales	-Edad -Sexo -Tipo de cáncer -Estado civil -Nivel educativo -Región sanitaria	Lugar de fallecimiento: - Domicilio - Hospital de agudos - Centro sociosanitario	Lugar de fallecimiento según territorio (OR IC 95%) Zona urbana vs. rural -Fallecimiento en hospital vs. domicilio (lugar de residencia) OR 1,20 (1,09-1,32) pacientes residentes en zonas urbanas, comparado con pacientes residentes en zonas rurales. -Fallecimiento en centro sociosanitario vs. domicilio (lugar de residencia) OR 1,35 (1,19-1,53) pacientes residentes en zonas urbanas, comparado con pacientes residentes en zonas rurales.	A
Papke et al. (140)	Transversal/ 2316	Pacientes que fallecieron de cáncer entre 1997 y 2003	Información extraída de la oficina de salud del distrito administrativo de "Sächsische Schweiz"	No descrito	Lugar de fallecimiento: - Centro sociosanitario	Fallecimiento en domicilio según territorio (OR IC 95%) Zona rural vs. urbana OR 1,54 (1,29-1,82) pacientes residentes en zonas rurales, comparado con pacientes residentes en zonas urbanas.	M
Walter et al. (154)	Cohorte retrospectiva/ 12929	Pacientes diagnosticados/as con cáncer de pulmón entre 2009 y 2012 y que fallecieron antes de 2013	Información extraída del instituto científico de la seguridad social	-Edad -Sexo -Comorbilidad -Presencia varios tumores -Presencia metástasis -Supervivencia -Tratamiento anticáncer	Fallecimiento en hospital de agudos	Fallecimiento en hospital de agudos según territorio (OR IC 95%) Zona urbana vs. rural OR 0,94 (0,77-1,15) pacientes que residen en zonas urbanas (grandes ciudades), comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 0,92 (0,77-1,10) pacientes que residen en zonas urbanas, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota). OR 1,03 (0,84-1,27) pacientes que residen en zonas rurales, comparado con pacientes que residen en zonas rurales con menor densidad de población (rural remota).	A

NS: No significativo; EE.UU: Estados Unidos; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; OR: *odds ratio*; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza.

*Remarcados en negrita los resultados estadísticamente significativos (p<0.05).

§Resultados de la evaluación de la calidad metodológica mediante la Escala NewCastle-Ottawa Scale (NOS).Categorizada en alta (A), moderada (M) y baja (B).