

## Comunicación breve

### El proceso de muerte en la pandemia por coronavirus

Comunicação breve

O processo de morte na pandemia por coronavírus

Brief communication

The death process in the coronavirus pandemic

Eduardo Osuna<sup>1</sup>

#### Resumen

La muerte es un proceso biográfico, sociocultural y biológico que se vive de una forma individual, pero que se comparte con los seres queridos. Sabemos que morimos y al ser dependientes y relacionales otras personas participan de nuestra propia muerte. No somos seres aislados, sino que interaccionamos al convivir con los demás con quienes compartimos sentimientos y vivencias, por lo que nuestros actos se desarrollan en relación con quienes nos acompañan. Es la razón por la que, en la mayoría de las ocasiones, desterramos morir en soledad y la muerte de un amigo o de un familiar la percibimos como algo nuestro originando una cierta sensación de pérdida que, a su vez, manifestamos de forma íntima o compartida. Durante la pandemia por coronavirus, como consecuencia de la elevada tasa de contagio y el consiguiente peligro para la salud pública las autoridades sanitarias han adoptado medidas de aislamiento también en pacientes en fase terminal, por lo que se ha llevado a cabo la privación del derecho al acompañamiento y al apoyo espiritual o religioso recogido en numerosas legislaciones sobre derechos de los pacientes. La soledad se ha intentado solventar con el uso de medios electrónicos, pero esta práctica no ha sustituido el contacto físico necesario en estas situaciones. La adopción de medidas estrictas para prevenir la transmisión de la enfermedad no debe ser impedimento para facilitar un entorno compasivo durante el fallecimiento de estos pacientes.

#### Palabras clave

Pandemia. Infecciones por coronavirus. Muerte. Ética. Derecho Sanitario.

#### Abstract

Death is a biographical, sociocultural and biological process that is lived individually and shared with loved ones. The human being knows that he dies and as a relational and dependent living being, other people participate in his death. We are not isolated beings, but we interact living with others with whom we share feelings and experiences, so our actions are developed in relation to those who accompany us. It is the reason why, in most cases, we banish death alone without the company of our loved ones and why we perceive the death of a friend or relative as our own, causing a certain sense of loss. During the coronavirus pandemic, as a consequence of the high contagion rate and the consequent danger to public health, the authorities have adopted isolation measures also in terminal patients, for which they have been deprived of the right to accompaniment and spiritual or religious support

<sup>1</sup> Doctor en Medicina; Catedrático de Medicina Legal y Forense, Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia, Murcia, España. <https://orcid.org/0000-0002-6711-1958>. E-mail: [eosuna@um.es](mailto:eosuna@um.es)

included in legislations on the rights of patients. Solitude has been tried to solve with the use of electronic means, but this practice has not replaced the necessary physical contact in these situations. The adoption of strict measures to prevent the transmission of the disease should not be an impediment to facilitating a compassionate environment during dying process in these patients.

### **Keywords**

Pandemics. Coronavirus infections. Death. Ethics. Health Law.

### **Resumo**

A morte é um processo biográfico, sociocultural e biológico vivido individualmente, mas compartilhado com os entes queridos. Sabemos que morremos e, por sermos dependentes e relacionais, outras pessoas participam de nossa própria morte. Não somos seres isolados, mas interagimos convivendo com outras pessoas com quem compartilhamos sentimentos e experiências, por isso as nossas ações se desenvolvem em relação a quem nos acompanha. É por isso que, na maioria das vezes, evitamos morrer sozinhos, sem a companhia de nossos entes queridos, e percebemos a morte de um amigo ou familiar como nossa, causando um certo sentimento de perda que, por sua vez, manifestamos de forma íntima ou compartilhada. Durante a pandemia do coronavírus, em decorrência do alto índice de contágio e conseqüente perigo para a saúde pública, as autoridades sanitárias adotaram medidas de isolamento também em pacientes em fase terminal, razão pela qual foram privados do direito de acesso, acompanhamento e espiritual ou apoio religioso incluído em várias legislações sobre os direitos dos pacientes. Tem-se tentado fazer face à solidão com o uso de meios eletrônicos, mas essa prática não substitui o contato físico necessário nessas situações. A adoção de medidas estritas para prevenir a transmissão da doença não deve ser um impedimento para facilitar um ambiente compassivo durante a morte desses pacientes.

### **Palavras-chave**

Pandemia. Infecções por coronavírus. Morte. Ética. Direito Sanitário.

### **Introducción**

A principios de 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertaba sobre la posibilidad de la expansión mundial de una infección causada por una bacteria o virus. Las sospechas recaían inicialmente en una pandemia de gripe de amplio alcance, que provocaría millones de muertes e importantes repercusiones económicas a nivel mundial. También, desde la OMS, se realizaba un seguimiento de otros patógenos respiratorios potencialmente pandémicos que amenazaban la salud mundial, entre ellos el MERS-CoV, un nuevo coronavirus, causante de un síndrome respiratorio, que fue detectado por primera vez en Arabia Saudí en 2012. Sin embargo, ha sido un nuevo tipo de coronavirus el SARS-CoV-2, detectado primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China), el agente patógeno que se ha extendido por todo el planeta y ha provocado una realidad más propia de relatos de ciencia ficción, marcada por inimaginables, hasta entonces, cifras de contagios, ingresos hospitalarios y fallecimientos.

La pandemia ha significado un antes y un después, no solo en el ámbito sanitario, sino también en la vida cotidiana de la población y nos ha recordado que la vulnerabilidad es consustancial a la propia esencia humana y nos acompaña durante todas las etapas de nuestra vida. El sufrimiento, la enfermedad y la muerte nos amenazan, y nos hacen frágiles. Mediante el intenso desarrollo científico y tecnológico podemos tratar de reducir el riesgo o mitigar el impacto de esos eventos, pero no eliminarlos en su totalidad. Nos situamos pues, ante una situación contradictoria ya que posiciones transhumanistas vienen anunciando la muerte de la muerte y este discurso coincide con la enorme destrucción que un virus viene ocasionando en forma de crisis sanitaria, económica y social a nivel mundial.

Las cifras de fallecidos son desorbitadas y ha golpeado a todas las edades, pero desproporcionadamente más elevada en los grupos de mayor edad, sobre todo en colectivos de residencias donde la situación de vulnerabilidad era más acusada por varias razones: edad avanzada, presencia de patologías de base o comorbilidades y el confinamiento en entornos cerrados junto a otros convivientes, también vulnerables.

La muerte es un proceso biológico mediante el cual se produce el cese de las funciones vitales y la consiguiente destrucción del organismo, pero en el ser humano también pone fin a la biografía de la persona y es, a la vez, un fenómeno sociocultural, ya que sucede en el seno de una sociedad. Por tanto, la muerte no puede reducirse a un hecho biológico, como en el resto de los animales, ya que participa del carácter personal de un ser que es dueño de sí mismo, por lo que es también un hecho biográfico. Sabemos que morimos y al ser dependientes y relacionales otros participan de nuestra propia muerte.

Además, debemos entenderla como un proceso y evitar su consideración como algo puntual. Así, podremos vivirla de forma incompleta y una vez consumada, lógicamente no va a poder ser comentada por quien ha fallecido (1). Sin embargo, es posible vivir y participar del contexto de la muerte de los demás, pero también de forma limitada, puesto que no la percibimos en sentido propio. Podemos llegar a intercambiar sensaciones y vivencias desde un enfoque externo al individuo que muere, e incluso ver nuestro propio final reflejado de forma imaginativa en la muerte ajena.

No podemos olvidar que otra de las características del ser humano es su carácter relacional e interdependiente. Al respecto, no somos seres aislados, sino que interaccionamos al convivir con los demás, con quienes compartimos sentimientos y vivencias, por lo que nuestros actos se desarrollan en relación con quienes nos acompañan. Es la razón por la que, en la mayoría de las ocasiones, desterramos morir en soledad sin la

compañía de nuestros seres queridos. También es la razón por la que la muerte de un amigo o de un familiar la percibimos como algo nuestro y origina una cierta sensación de pérdida que, a su vez, manifestamos de forma íntima o compartida. En suma, durante el proceso de muerte es muy común el miedo a morir en soledad.

Las noticias que hemos escuchado durante la pandemia nos recordaban narraciones de epidemias vividas en la antigüedad, en las que el temor al contagio condicionaba la asistencia del agonizante y la posterior manipulación del cadáver. En epidemias que asolaban las ciudades los fallecidos eran enterrados de forma masiva y, en ocasiones, se excavaban sepulturas en los que los cadáveres eran depositados en posiciones atípicas, diferentes a la común posición en decúbito supino. La rápida propagación de enfermedades epidémicas en la Baja Edad Media, como, por ejemplo, la peste y más tarde también la fiebre tifoidea, la sífilis y el cólera, provocó el temor a los fallecidos por estas causas. Por ejemplo, numerosos arqueólogos han reflexionado sobre el hallazgo de cadáveres enterrados en decúbito prono, es decir boca abajo, en cementerios medievales, coincidiendo con terribles epidemias. La posición del cadáver depositado de esta forma era premeditada, ya que se pretendía evitar el regreso de muertos “peligrosos” al mundo de los vivos, al evitar que el alma pudiera escapar al apoyarse la boca en el suelo y que se propagara la enfermedad entre los vivos (2-4).

Ante una epidemia es imprescindible el aislamiento de las personas infectadas. En la crisis sanitaria que vivimos el sistema sanitario ha adoptado medidas de distanciamiento, también en pacientes en fase terminal, como consecuencia de la elevada tasa de contagio. Estas pautas, en muchas ocasiones han incrementado el desconsuelo entre los pacientes al ser aislados de sus seres queridos y estas situaciones han sido todavía más dramáticas en los momentos previos al final de la vida, cuando el cuidado es fundamental y la relación clínica se apoya en la confianza mutua y en la comunicación, verbal y no verbal, para evitar el vacío y desamparo que genera el sufrimiento (5).

El miedo a morir en soledad es común y los fallecidos han sido privados del cariño, de la proximidad y del apoyo espiritual o religioso, de acuerdo a sus convicciones y creencias, lo que atenta contra el concepto de adecuada humanización asistencial y de dignidad en el proceso de muerte. Sin embargo, en muchos casos se ha aplicado de forma taxativa a todos los casos una regla general que impedía todo acompañamiento, sin plantearse la individualización de la situación y las posibilidades de facilitar una mínima compañía (6) y sin tener en cuenta que uno de los principales rasgos que caracteriza la

relación clínica es la personalización en la atención, puesto que cada caso es diferente. También el proceso de muerte, la forma de morir es propia de cada individuo, por lo que requerirá matices particulares en su atención y asistencia durante la agonía. Cada ser humano que muere lo hace de un modo distinto, aunque muera a causa de la misma enfermedad. Sin embargo, la situación de pandemia nos ha hecho sumergirnos en una cierta homogenización de la muerte dentro del anonimato estadístico de las cifras diarias (7).

La situación de soledad se ha intentado solventar de alguna forma con el uso de iPads y smartphones que el personal sanitario entregaba a los pacientes para conectar con sus familiares y seres queridos en visitas virtuales de despedida a través de videollamadas. Sin embargo, esta práctica no ha sustituido el contacto físico necesario en estas situaciones, que tiene para el enfermo un carácter paliativo insustituible y no puede ser suplantado por ningún avance tecnológico, por lo que la presencia física de los seres queridos debe ser una prioridad. Los profesionales que desarrollan su labor en cuidados paliativos conocen que el enfermo, al final de su vida tiene necesidad de sentirse acompañado (8) como soporte emocional relacional. En efecto, la soledad quebranta la esencia del cuidado. En ocasiones no podemos ya curar y se acude al cuidado como medio paliativo del sufrimiento, por lo que numerosas asociaciones de cuidados paliativos reivindican que no se debe permitir que ninguna persona se encuentre sin acompañamiento durante el proceso de muerte (9). La situación vivida, ha producido en los seres queridos un trauma intenso, al sentir el vacío de no poder darle el último adiós y ha causado una profunda herida que tardará en cicatrizar.

Debemos reclamar una ética de la muerte consiguiendo una muerte humanizada y personalizada atendiendo a los deseos, valores y creencias del individuo. Por tanto, debemos rechazar la muerte que ha ocurrido en miles de enfermos por COVID-19 y sobre todo en las personas mayores. La palabra, una simple mirada o un simple gesto se constituyen en herramientas de ayuda incalculable (10,11) y todo ello compatible con la adopción de medidas de protección que la emergencia sanitaria y la salud pública requieren. También los afectados por esta situación han sido los profesionales sanitarios que han sido testigos de la dura situación de desconsuelo vivida, tanto por el paciente durante su agonía, como posteriormente por sus familiares.

En mi opinión, se ha vulnerado el derecho al acompañamiento recogido en numerosas legislaciones sobre derechos de los pacientes. En España, a nivel estatal no hay una legislación que lo contemple, pero sí hay normas regionales o autonómicas que lo incluyen. Por ejemplo, la Ley 3/2009 de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del

sistema sanitario de la Región de Murcia (12), en su artículo 19, relacionado con los enfermos con procesos terminales, señala que

Los centros y profesionales sanitarios deberán garantizar el máximo respeto a la dignidad de la persona en los procesos terminales previos al fallecimiento, así como el ejercicio de todos los derechos reconocidos en esta Ley y, en particular (...) la especial admisión del derecho de acompañamiento de familiares y personas allegadas en los procesos con hospitalización, así como del derecho a la asistencia religiosa. (12)

De acuerdo con lo establecido, en esta norma, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia fue uno de los primeros en España en aprobar una Guía de acompañamiento a pacientes ingresados por *COVID-19*, en la que se establece la posibilidad del acompañamiento a familiares, después de que estos sean informados sobre los riesgos que conlleva estar junto al enfermo y las medidas que deben adoptar una vez finalice su labor de acompañamiento, junto a la firma de un documento de consentimiento informado.

En 2014 el Consejo de Europa, a través de la Recomendación CM/Rec (2014) del Comité de Ministros (13), estableció que los Estados deben tomar las medidas adecuadas para promover, proteger y asegurar el pleno e igual goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas mayores y promover el respeto de su dignidad. De forma concreta, indicaba que “se debe alentar a los familiares y amigos a que acompañen a las personas mayores que se encuentran en fase terminal o agonizante” (13). En abril de 2020, el Comité de Bioética de España publicó una Declaración sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con *COVID-19* al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad (14). Recordaba que, tanto el acompañamiento como el apoyo espiritual o religioso, son derechos recogidos en diferentes regulaciones y como tales “deben procurarse siempre que su limitación no solo esté justificada ética y legalmente, sino que, además, no sea de tal intensidad que acabe, de facto, por convertirse en una absoluta privación” (14), por lo que, “si bien es imperiosa la adopción de medidas muy estrictas para prevenir la transmisión de este virus, no debe ser impedimento para facilitar un entorno compasivo en el momento del fallecimiento de estos pacientes” (14).

Las actuaciones extrahospitalarias sobre el cadáver también se limitan a lo imprescindible y son realizadas por personal de la funeraria que debe estar informado de que se trata de un cadáver de una persona fallecida por *COVID-19*. El personal adopta

medidas de protección similares a las recomendadas para el personal sanitario que atiende a pacientes de COVID-19 y no se realizan prácticas de tanatoestética, intervenciones de conservación o embalsamamiento, ni procedimientos invasivos en el cadáver. Para el traslado internacional de un cadáver se permiten técnicas de conservación transitoria que no impliquen procedimientos invasivos.

Los trámites legales que hay que realizar posteriores al fallecimiento también han sufrido cambios como consecuencia de la pandemia. Tras la muerte se llevan a cabo diferentes gestiones que culminan con la inhumación del cadáver, mediante el enterramiento o la incineración, lo que requiere la existencia de la correspondiente licencia de enterramiento, expedida tras la inscripción del fallecimiento en el Registro Civil, y una vez que se tenga conocimiento cierto de la muerte. Este trámite se recoge en la Ley de 8 de junio de 1957 sobre el Registro Civil (15) que, en su artículo 83, establece que en tanto no se practique la correspondiente inscripción en el Registro Civil no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas al menos veinticuatro horas desde el momento de la muerte. Este período de tiempo permite tener conocimiento cierto de la muerte de forma inequívoca no sólo como consecuencia del cese de las funciones vitales, sino del establecimiento de los fenómenos cadavéricos, propios del fallecido.

Esta norma también señala en su artículo 87, que, en tiempo de epidemia, ante la posibilidad de un contagio se pueden adoptar medidas extraordinarias. Pues bien, en España, como consecuencia del extraordinario incremento de fallecidos a causa de la COVID-19, y para poder inhumar los cadáveres con la mayor agilidad, se ha considerado necesario no aplicar la necesidad de que trascurren las veinticuatro horas desde el fallecimiento para la concesión de la licencia de enterramiento. Así mismo, el enterramiento, la incineración o la donación del cadáver a la ciencia, podrán realizarse sin tener que esperar las veinticuatro horas desde el fallecimiento, siempre y cuando este hecho no sea contrario a la voluntad del difunto o a la de sus herederos (16). Esta medida se ha mantenido durante todo el período de vigencia del estado de alarma y afecta a todos los fallecimientos ocurridos en España independientemente de su causa, a excepción de los fallecimientos en los que hubiera indicios de muerte violenta, en cuyo caso se ha seguido el procedimiento dispuesto por la autoridad judicial que contempla la realización de la autopsia forense con protección especial adoptando medidas de bioseguridad y realizando de forma previa pruebas de diagnóstico de la infección.

Tal y como se indica en un documento publicado por el Centro Europeo de Control de Enfermedades (17), no hay evidencias de transmisión del virus a través del manejo de cadáveres de personas fallecidas por COVID-19. El riesgo potencial de transmisión se considera bajo y se vincula al contacto directo con el cadáver, sus fluidos o con material contaminado. No obstante, en estas situaciones se adopta el principio de precaución, ante un hipotético riesgo de infección.

Tras el fallecimiento los familiares recibían los restos o las cenizas del fallecido para proceder al enterramiento o incineración, pero también en condiciones mínimas de asistencia, con lo que el duelo ha sido más trágico que el habitual. La situación actual también nos ha recordado la importancia de los ritos funerarios en la despedida al fallecido y los momentos en los que los familiares reciben las condolencias, que también se han visto restringidos como consecuencia de las limitaciones en el número de personas en los velatorios y en las ceremonias fúnebres.

Para concluir, la pandemia nos ha recordado la vulnerabilidad del ser humano. Las circunstancias vividas, las cifras sobre el número de afectados y de fallecidos han sido estremecedoras, lo que ha puesto de manifiesto la fragilidad del sistema sanitario. Considero que es el momento de reivindicar los valores éticos para cuidar a todos los seres humanos y especialmente a los más desprotegidos, con la dignidad que se merecen, más allá de la crisis sanitaria en la que nos encontramos.

## Referencias

1. Garza Saldívar A. La muerte del otro. *Andamios. Revista de Investigación Social*, 2017; 14:15-22.
2. Wilke G. Die Bestattung in Bauchlage. *Mannus*. 1931; 23(1-3):202–6.
3. Kyll N. Die Bestattung der Toten mit dem Gesicht nach unten. *Trierer Zeitschrift für Geschichte und Kunst des Trierer Landes und seiner Nachbargebiete*. 1964; 27: 168–83.
4. Jankrift KP. Vom Pesthauch zu Yersinia pestis. Eine Geißel der Menschheit im Wandel der Zeit In: LWL-Museum für Archäologie/Westfälisches Landesmuseum Herne, editor. *Pest! Eine Spurensuche Katalog zur Ausstellung*. Darmstadt: wbg Theiss; 2019. p. 21–9.
5. Osuna E. La información en el contexto de la atención sanitaria a los pacientes mayores vulnerables. En: Andreu Martínez B. y Salcedo Hernández JR. *Autonomía del paciente mayor*, Tirant lo Blanch, Valencia; 2018. p. 125-148.

6. de Montalvo Jääskeläinen F. Pandemias, política y ciencia: el papel de la ciencia y los científicos en la solución de los conflictos derivados de la pandemia de la COVID-19. Cuadernos de Bioética. 2020; 31:151-165.
7. García Sánchez E. Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritual. Cuadernos de Bioética. 2020; 31(102): 203-222 doi 10.30444/CB.62.
8. Fletcher WS. Doctor, am I Terminal? Am J Surg. 1992; 163:460-462.
9. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Informe de la SECPAL-AECPAL: Recomendaciones sobre cuidar y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia y/o cuidadores. Marzo, 2020.
10. Osuna E. La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberación clínica. Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Discurso de ingreso. Murcia: Diego Marín Editor; 2013.
11. Osuna E. La información en el contexto de la atención sanitaria a los pacientes mayores vulnerables. En: Andreu Martínez B. y Salcedo Hernández JR. Autonomía del paciente mayor, Valencia: Tirant lo Blanch; 2018. p. 125-148.
12. Murcia. Presidencia de la Region de Murcia. Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. BORM n. 114, 20 de mayo de 2009. BOE n. 34, 9 de febrero de 2011. BOE-A-2011-2493.
13. Unión Europea. Recomendación CM/Rec del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores. 2014. 21 p.
14. Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España. Declaración del Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad. 15 de abril de 2020. 30 p.
15. España. Jefatura del Estado. Ley de 8 de junio de 1957 sobre el Registro Civil. Disposición derogada, con efectos de 30 de abril de 2021, una vez quede extinguido el régimen transitorio, por la disposición derogatoria.1 de la Ley 20/2011, de 21 de julio. BOE n. 151, 10 de junio de 1957.
16. España. Ministerio de Sanidad. BOE-A-2020-3974. Orden SND/272/2020, de 21 de marzo, por la que se establecen medidas excepcionales para expedir la licencia de enterramiento y el destino final de los cadáveres ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE n. 79; 22 de marzo de 2020. p. 26611-12.
17. European Centre for Disease Prevention and Control. Safe use of personal protective equipment in the treatment of infectious diseases of high consequence. Stockholm: ECDC; Diciembre, 2014. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/safe-use-personal-protective-equipment-treatment-infectious-diseases-high>



---

**Submetido em: 01/03/21**

**Aprovado em: 09/03/21**

### **Como citar este artigo**

Osuna E. El proceso de muerte en la pandemia por coronavirus. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2021 abr./jun.;10(2):267-276.

<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i2.770>