



Título: Los niños de la casa vieja
Autor: Hernán Díaz Giraldo - Fotógrafo
Bogotá

Volumen 44, 2026

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e361278>

Recibido: 24/06/2025
Aprobado: 04/12/2025
Publicado: 05/02/2026

Cita:
Fuentes-García A, Navarrete-Luco I, Salamanca-García M, Osorio-Parraguez P, Arteaga-Aguirre C, Biscarra-Mc-Naughton C. Morir en pandemia: itinerarios *post mortem* y narrativas de muerte de personas mayores en Chile. 2026;44:e361278. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e361278>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Morir en pandemia: itinerarios *post mortem* y narrativas de muerte de personas mayores en Chile*

Alejandra Fuentes-García¹ , Ignacia Navarrete-Luco² , María Gracia Salamanca-García³
Paulina Osorio-Parraguez⁴ , Catalina Arteaga-Aguirre⁵ , Constanza Biscarra Mc-Naughton⁶

- ¹ Doctora en Salud Pública. Universidad de Chile, Chile. alefuentes@uchile.cl
- ² Magíster en Salud Pública. Universidad de Los Lagos, Chile. ignav.lu@gmail.com
- ³ Magíster en Salud Pública. Universidad de Chile, Chile. maria.salamanca@ug.uchile.cl
- ⁴ Doctora en Sociología. Universidad de Chile, Chile. posorio@uchile.cl
- ⁵ Doctora en Ciencias Políticas y Sociales. Universidad de Chile, Chile. carteaga@uchile.cl
- ⁶ Magíster en Estudios de Género. Universidad de Chile, Chile. constanza.biscarra@gmail.com

Resumen

Objetivo: Analizar cómo las personas mayores y sus familias vivenciaron y significaron la muerte durante la pandemia de COVID-19 en Chile.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo desarrollado en las regiones Metropolitana y de Los Lagos (Chile), entre 2023 y 2024. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 7 cuidadores/as de personas mayores fallecidas por COVID-19 y a 6 personas mayores sobrevivientes que vivenciaron muertes hospitalarias. Mediante un análisis narrativo inductivo se reconstruyeron los itinerarios *post mortem* y se analizaron las narrativas de muerte de familiares, cuidadores/as y personas mayores sobrevivientes, situando estas experiencias en el contexto de restricciones sanitarias y alta mortalidad.

Resultados: Los hallazgos muestran procesos de deshumanización en la atención al final de la vida: comunicación deficiente y poco empática del fallecimiento, manejo degradante de los cuerpos, muertes en soledad e interrupción de rituales fúnebres. Estas experiencias se vivieron con mayor intensidad en contextos urbanos y hospitalarios, mientras que en zonas rurales se observaron intentos familiares por preservar el acompañamiento y los ritos tradicionales.

Conclusiones: Las narrativas de muerte e itinerarios *post mortem* durante la pandemia revelan procesos de deshumanización y duelos complejos, evidenciando la necesidad de formular políticas públicas que garanticen una muerte digna, acompañada y culturalmente significativa para las personas mayores, especialmente en contextos de crisis sociosanitarias.

-----**Palabras clave:** COVID-19, envejecimiento, humanización de la atención hospitalaria, itinerario *post mortem*, itinerarios terapéuticos.

* Este artículo es producto de la investigación “Fortaleciendo la resiliencia de la respuesta del sistema primario de salud a las necesidades de las personas mayores en crisis sociosanitarias. Guía de recomendaciones para distintos contextos territoriales”, financiada por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS SA22I0156, 2022-2024), Chile.

Dying in a pandemic: post-mortem itineraries and death narratives of older people in Chile

Abstract

Objective: To analyze how older adults and their families experienced and made sense of death during the COVID-19 pandemic in Chile.

Methods: A descriptive qualitative study was conducted in the Metropolitan and Los Lagos regions of Chile between 2023 and 2024. Semi-structured interviews were conducted with seven caregivers of older adults who died from COVID-19 and with six surviving older adults who experienced hospital deaths. Through inductive narrative analysis, post-mortem itineraries were reconstructed, and the death narratives of family members, caregivers, and surviving older adults were analyzed, situating these experiences within the context of health restrictions and high mortality.

Results: The findings reveal dehumanizing processes in end-of-life care: deficient and unempathetic communication about death, degrading handling of bodies, deaths in solitude, and the disruption of funeral rituals. These experiences were felt more intensely in urban and hospital settings, while in rural areas, families attempted to preserve traditional support and rituals.

Conclusions: Narratives of death and post-mortem journeys during the pandemic reveal processes of dehumanization and complex grief, highlighting the need to formulate public policies that guarantee a dignified, supported, and culturally meaningful death for older adults, especially in contexts of socio-health crises.

-----**Keywords:** COVID-19, aging, humanization of hospital care, post-mortem journey, therapeutic journeys.

Morrer em uma pandemia: itinerários pós-morte e narrativas de morte de idosos no Chile

Resumo

Objetivo: Analisar como idosos e seus familiares vivenciaram e interpretaram a morte durante a pandemia de COVID-19 no Chile.

Métodos: Foi realizado um estudo qualitativo descritivo nas regiões Metropolitana e de Los Lagos, no Chile, entre 2023 e 2024. Entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com sete cuidadores de idosos que faleceram em decorrência da COVID-19 e com seis idosos sobreviventes que faleceram em ambiente hospitalar. Por meio de análise narrativa indutiva, os itinerários pós-morte foram reconstruídos e as narrativas de morte de familiares, cuidadores e idosos sobreviventes foram analisadas, situando essas experiências no contexto das restrições sanitárias e da alta mortalidade.

Resultados: Os achados revelam processos desumanizantes nos cuidados paliativos: comunicação deficiente e pouco empática sobre a morte, tratamento degradante dos corpos, óbitos em solidão e ruptura dos rituais funerários. Essas experiências foram sentidas com maior intensidade em ambientes urbanos e hospitalares, enquanto em áreas rurais, as famílias buscaram preservar o apoio e os rituais tradicionais.

Conclusões: As narrativas de morte e os percursos pós-morte durante a pandemia revelam processos de desumanização e luto complexo, destacando a necessidade de formular políticas públicas que garantam uma morte digna, assistida e culturalmente significativa para os idosos, especialmente em contextos de crises socio sanitárias.

-----**Palavras-chave:** COVID-19, envelhecimento, humanização da assistência hospitalar, percurso pós-morte, percursos terapêuticos.

Introducción

Las personas mayores constituyen un grupo poblacional que presenta una acrecentada vulnerabilidad social y se ve particularmente afectado en aquellas situaciones de emergencia y desastres que producen crisis sociosanitarias [1]. En estas crisis, las necesidades de las personas mayores son frecuentemente abordadas en forma parcial, de manera poco oportuna o no son no abordadas [2]. A esto se agrega que en esta etapa de la vida se vive generalmente en condiciones más precarias, y se observa una creciente tendencia a experimentar exclusión y aislamiento social [1].

Ahora bien, esta afectación no ocurre de manera homogénea: las condiciones socioeconómicas, de género, nivel educativo y redes de apoyo determinan experiencias muy diferenciadas de envejecimiento. En particular, personas mayores que viven en contextos de mayor precariedad —por ejemplo, con pensiones insuficientes, viviendas inadecuadas o limitadas redes familiares y comunitarias— enfrentan con mayor intensidad los efectos de la exclusión, la dependencia y la desprotección social, que suelen agudizarse durante situaciones de crisis [3].

En América Latina y El Caribe, la transición demográfica se ha experimentado de manera más rápida que en países de altos ingresos, con efectos como el descenso de las tasas de natalidad y de mortalidad, y el aumento, a mediano y largo plazo, de la proporción de personas mayores [4]. Chile se encuentra entre los países con mayor esperanza de vida, menor mortalidad y fecundidad más baja [4], con una experiencia de aceleración constante de envejecimiento poblacional que hoy lo ubica entre los más envejecidos de la región. Los resultados preliminares del Censo de 2024 señalan que aquellas personas de 65 y más años corresponde actualmente al 14 % del total poblacional, y se proyecta que para el año 2050 este porcentaje se duplique [5].

En el caso del territorio chileno, la ocurrencia de desastres se complejiza, por ser una geografía marcada por características climáticas, hidrológicas y geotectónicas que lo hacen susceptible de ser impactado por distintos tipos de eventos de carácter natural o antrópicos. Estos pueden producir crisis sociosanitarias, que tensionan al sistema de salud para responder oportunamente a emergencias que afectan de manera diferencial a la población mayor [6].

La pandemia por COVID-19 es un ejemplo de esto. La población mayor fue globalmente catalogada como grupo de riesgo, por sufrir una mortalidad desproporcionada en relación con su tasa de contagios. La menor tasa de contagios en este grupo se asoció a diversos elementos, como fuertes políticas restrictivas, una sobrecarga informativa que influyó en la percepción de riesgo atribuido, así como al refuerzo de conductas preventivas y prácticas de cuidado familiares y comunitarias hacia las personas

mayores [6-8]. En Chile, esta tendencia no fue la excepción. De las 58 155 muertes (sospechosas y confirmadas por COVID-19) registradas hasta julio de 2024, el 84,3 % se concentró en personas mayores de 60 años; de estas, el 64 % correspondió a mayores de 75 años [9].

El impacto numérico y simbólico de la muerte de personas mayores durante la pandemia de COVID-19 ha sido innegable. A pesar de ello, los itinerarios y las narrativas en torno a la muerte (en adelante, “narrativas de muerte”) en este grupo poblacional han sido escasamente estudiadas [10,11].

Los *itinerarios terapéuticos* constituyen un enfoque teórico conceptual y una técnica metodológica de investigación que permite indagar en la perspectiva de la persona y en los arreglos organizativos a lo largo de las experiencias de enfermedad [12]. En un itinerario inciden múltiples factores, desde su inicio y hasta que se considere que se ha resuelto (curación), se ha vuelto permanente (cronicidad) o no se resuelve (fallecimiento) [13].

En el caso chileno, los itinerarios se despliegan en un sistema de salud caracterizado por una histórica segmentación y desigualdad estructural, derivadas de un modelo mixto, donde coexisten un sector público, con recursos limitados, y otro privado, con acceso diferenciado. Las precariedades históricas del sistema —como la fragmentación de las redes asistenciales, la presión asistencial y financiera sobre los hospitales públicos, las brechas en los cuidados de largo plazo y la desigual distribución territorial de los recursos— median directamente la atención y las experiencias de las personas mayores y sus familias [14,15]. Comprender los itinerarios *post mortem* implica reconocer que las trayectorias vitales y de muerte están profundamente condicionadas por estas estructuras institucionales y sociales.

Este artículo se enfoca tanto en las narrativas de muerte de personas mayores de 75 años que sobrevivieron al COVID-19 como en los itinerarios que las autoras han denominado “*post mortem*”, concepto emergente dentro de una investigación más amplia sobre itinerarios terapéuticos de personas mayores durante la pandemia por COVID-19, que apunta a reconstruir, a través de las voces de familiares y cuidadores/as de personas mayores que fallecieron por COVID-19, una fase posterior en aquellos itinerarios que terminaron en muerte. En los itinerarios *post mortem* se reconstruyen los rituales y las prácticas *post mortem*, que comprenden aquellos actos simbólicos, sociales e institucionales que, tras la muerte de una persona, permiten dar sentido, cohesión y contención emocional, para tramitar colectivamente el duelo, resignificar la pérdida o preservar la dignidad del cuerpo fallecido.

Por su parte, las *narrativas de muerte* se entienden como un tipo específico de relatos, construcciones discursivas que permiten a las personas dar sentido, interpretar

(estructurar) y compartir (recordar y comunicar) sus experiencias en un marco cultural, social y temporal específico [16,17]. A diferencia de las autopsias verbales [18], centradas en causas médicas o epidemiológicas del fallecimiento, las narrativas de muerte responden a un enfoque interpretativo y relacional que busca comprender significados, emociones y tramas sociales en torno al morir y la pérdida. En este artículo abordamos las experiencias narradas de testificar la muerte de otros en el contexto hospitalario, situándolas en el entramado simbólico y social propio de las crisis sociosanitarias.

El objetivo de este artículo es analizar cómo las personas mayores y sus familias vivenciaron y significaron la muerte durante la pandemia de COVID-19 en Chile, mediante la reconstrucción de los itinerarios *post mortem* de personas mayores fallecidas y el análisis de narrativas de muerte de personas mayores sobrevivientes. De manera específica, este estudio buscó responder la siguiente pregunta: ¿cómo narran y significan las personas mayores y sus familias el morir y la muerte durante la pandemia de COVID-19 en Chile a partir de los itinerarios *post mortem* y de las narrativas de muerte analizadas?

A partir de una reflexión de la primera fase analítica del proyecto FONIS SA22I0156, los hallazgos de este trabajo aportan a la comprensión del impacto de las crisis sociosanitarias en las experiencias y los significados culturales asociados a la muerte, permitiendo identificar necesidades de grupos vulnerados —personas mayores— y orientar el actuar del sistema público de salud, más allá de lo estrictamente biomédico, especialmente en contextos de crisis sociosanitarias con alta mortalidad poblacional. Asimismo, este estudio ofrece una contribución teórico-social relevante, al situar la muerte y el morir como fenómenos sociales y culturales poco explorados dentro de la salud pública, y al visibilizar dimensiones de sentido, cuidado y dignidad que habitualmente permanecen fuera del análisis institucional y epidemiológico.

Métodos

Los hallazgos de este estudio son parte de una investigación mayor que busca fortalecer la resiliencia de la respuesta del sistema primario de salud a las necesidades de las personas mayores en crisis sociosanitarias.

La investigación usó un diseño cualitativo descriptivo [19], que permitió reconstruir los itinerarios *post mortem* de personas mayores de 75 años fallecidas por COVID-19 y analizar las narrativas de personas mayores sobrevivientes acerca de la muerte. El estudio se centró en experiencias ocurridas durante 2020 e inicios de 2021, un período crítico en la cronología de la pandemia, marcado por la ausencia de vacunas y por fuertes restricciones sanitarias [20].

La investigación se desarrolló en las regiones Metropolitana y de Los Lagos de Chile. La primera se seleccionó por contar con una alta concentración de servicios de salud y acceso a recursos de manera centralizada, al ser la capital del país. La segunda, la Región de Los Lagos, fue seleccionada por presentar un contexto de desmembramiento territorial —con importante presencia de ríos, lagos, fiordos e islas— que incide en las dinámicas de su población [21], así como en el acceso heterogéneo y desigual a los servicios públicos de salud.

La muestra fue de tipo teórica-intencional, siguiendo la estrategia de casos [22], con un constructo teórico de estudio y unidades de muestreo de acuerdo con perfiles definidos conceptualmente [23].

La unidad de muestreo estuvo compuesta por 7 cuidadoras/es de personas mayores que fallecieron por COVID-19 y 6 personas mayores de 75 años que sobrevivieron al contagio, y que habitaban en contextos urbanos y rurales de las regiones mencionadas (véase Tabla 1). En todos los casos, las experiencias de atención y cuidado descritas —tanto de las personas fallecidas como de las sobrevivientes— ocurrieron en el sistema público de salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas de participantes del estudio: cuidadores/as de personas mayores fallecidas por COVID-19 y personas mayores sobrevivientes

Tipo de participante	Caso número [†]	Edad	Sexo	Región	Rural/ Urbano
Cuidadores/as de personas mayores que fallecieron por COVID-19	1	70	Femenino	Metropolitana	Urbano
	2	70			Rural
	3	79			
	4	64	Masculino	Los Lagos	Urbano
	5	77			
	6	55			Rural
	7	60	Femenino		Urbano
Personas mayores sobrevivientes al COVID	1	70	Masculino	Metropolitana	

Tipo de participante	Caso número [†]	Edad	Sexo	Región	Rural/ Urbano
	2	78	Femenino	Los Lagos	Rural
	3	80			
	4	79			
	5	78			
	6	85	Masculino		Urbano

† La numeración corresponde al orden cronológico en que fueron realizadas las entrevistas por cada grupo.

Cabe mencionar que, en el caso de las personas mayores sobrevivientes, para efectos de este artículo, se seleccionaron dos casos que cursaron por procesos de agravamiento y hospitalización (casos 1 y 2), lo que los llevó a vivenciar la muerte de otras personas al interior del sistema hospitalario.

El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre de 2023 y enero de 2024. El acceso e identificación de los casos fue por medio de los equipos del sistema primario de salud, en establecimientos de distintas complejidades sanitarias (Centro de Salud Familiar y Posta Rural).

Los centros y las postas de salud que acogieron la aprobación ética del proyecto realizaron una búsqueda en sus bases de datos, según los criterios de inclusión: personas mayores de 75 años que fueron diagnosticadas y sobrevivieron o fallecieron al COVID-19, cursando un cuadro de alta complejidad; usuarios/as del sistema público de salud, y que hayan residido en el mismo territorio donde vivieron la pandemia; y el de exclusión: la presencia de deterioro cognitivo —tanto para personas mayores como cuidadores/as—. Luego, se estableció contacto y se extendió invitación a participar del estudio a las personas mayores sobrevivientes y a familiares cuidadores/as de personas mayores fallecidas que cumplieran con estos criterios.

Las técnicas de recolección de información fueron las entrevistas semiestructuradas [24] y la observación a través de notas etnográficas [25]. Se elaboraron dos guiones de entrevistas —uno para sobrevivientes y otro para cuidadores/as de personas fallecidas—, con preguntas orientadoras acerca de: la vida cotidiana y el contexto socioterritorial; la descripción de la unidad familiar/comunitaria y el contexto de contagio; el acceso y el proceso diagnóstico; el curso de la enfermedad y el desenlace de esta (incluyendo el proceso de fallecimiento para los casos pertinentes); las principales personas, comunidades, instituciones y agentes de salud involucradas en el itinerario terapéutico; y las redes de apoyo formales e informales en los tratamientos y cuidados durante y después del desenlace de la enfermedad.

El material producido fue grabado en audio y transcrito *verbatim*. Solo en un caso (familiar de persona fallecida), la entrevistada solicitó no ser grabada en audio

digital, por lo que fue fundamental la toma de notas etnográficas de aquella sesión de entrevista.

Se realizó un análisis de contenido narrativo inductivo [26], de codificación abierta, mediante el uso del *software* Atlas.ti. v23 (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2023), a partir del material de entrevistas y notas de campo recopiladas con dos grupos de participantes: 1) cuidadores/as de personas mayores fallecidas por COVID-19 y 2) personas mayores que sobrevivieron a la enfermedad y que, durante su proceso de hospitalización, atestiguaron o convivieron con la muerte de otros pacientes en el contexto hospitalario.

Las categorías “Comunicación del fallecimiento” (modos de comunicación), “Manejo de cuerpos” (gestión del fallecimiento), “Morir en soledad y morir acompañado” (el proceso de fallecimiento considerando el contexto y las acciones desplegadas, las instituciones y las personas involucradas, el lugar donde ocurrió la muerte) y “Rituales no vividos o interrumpidos” (las circunstancias del velorio, funeral, y qué reflexiones o sugerencias respecto a lo que podría haber sido distinto en el proceso de morir) emergieron del análisis inductivo de los relatos de las personas entrevistadas, que permitieron identificar y agrupar aquellas dimensiones recurrentes en las narrativas.

Este manuscrito se ajusta a los lineamientos de la guía *Standards for Reporting Qualitative Research*, con el fin de garantizar la transparencia, exhaustividad y coherencia en la descripción de los procedimientos metodológicos y analíticos.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (proyecto 215-2022 / Acta 188) y de los comités de ética de los servicios de salud locales donde se desarrolló el trabajo de campo, lo que permitió que los centros de salud compartieran contactos para la selección de casos.

Se diseñaron dos consentimientos informados: uno específico para personas mayores sobrevivientes al COVID-19 y otro para cuidadores/as de personas mayores fallecidas por COVID-19. Ambos documentos detallaron la descripción y los objetivos del proyecto, la voluntariedad, la confidencialidad, los riesgos —

clasificados como de nivel mínimo—, los beneficios, y los mecanismos de registro y almacenamiento de los datos. Todas las personas entrevistadas en este estudio consintieron en su participación con la firma del documento.

En todas las citas de este artículo se utilizan convenciones genéricas para referirse a los/as entrevistados/as, con el fin de proteger la confidencialidad y el anonimato, y no se entrega ninguna información que pueda permitir su identificación.

Resultados

Los principales hallazgos de esta investigación muestran que, en el contexto de la pandemia, procesos deshumanizantes en torno a la muerte están presentes a lo largo de los itinerarios *post mortem*, así como en las formas en que la muerte es significada y narrada. Esto se expresa en la comunicación de las noticias del fallecimiento, el manejo de los cuerpos y la experiencia vicaria de morir en soledad. Surgen relatos de dolor y luto por rituales no vividos o interrumpidos por restricciones pandémicas.

Comunicación del fallecimiento

La comunicación del estado del familiar hospitalizado, su empeoramiento y eventual fallecimiento se caracterizó por una falta de expresión humanitaria. La ausencia de comunicación efectiva entre los equipos de salud y las familias, y la falta de empatía al transmitir la noticia del deceso fueron temas recurrentes en las narrativas. Los familiares señalaron que una comunicación oportuna y empática sobre el empeoramiento y el fallecimiento de su familiar habría aliviado su dolor.

En muchos casos, la muerte no era el desenlace esperado, lo que generaba sorpresa e incredulidad entre los familiares. Al tomar la decisión de que la persona mayor contagiada fuese a algún centro asistencial, la expectativa de los/as familiares era que se recuperara. Por ejemplo, una entrevistada expresa el dolor de no haberse podido despedir de su esposo, fallecido en el hospital: “Lo que más me duele, yo me quedé con un dolor muy grande, porque yo no le contesté ni le di un beso para despedirme; me quedé con ese beso guardado” (Mujer, 79 años, sector urbano, Región Metropolitana).

Además, dada la forma de contagio del virus y las estrictas medidas ejecutadas en los recintos sanitarios, quienes se encontraban hospitalizados/as estaban aislados/as, lejos de sus redes de apoyo y desprovistos/as de medios propios para comunicar su estado de salud a sus familiares. En la siguiente cita, una mujer mayor que estuvo hospitalizada relata: “Y le digo: ‘Señorita —le digo yo—, ¿dónde estoy?’. Me dice: ‘Estás en el hospital, porque estás contagiada con COVID’. ‘Así que tranquila —me dijo—, porque ya tu familia sabe que estás aquí’.

¡Mentira, porque no sabían!’” (Mujer, 78 años, sector urbano, Región Metropolitana).

En esta misma línea, una entrevistada cuidadora en la Región Metropolitana comenta la gran dificultad que tuvo al intentar obtener información respecto de la hospitalización de su suegra y de su esposo, al punto de expresar que el personal del hospital era inhumano por una falta de empatía:

Desde el auxiliar hasta los profesionales son inhumanos para mí. Sí, porque no se pone en el lugar de uno. Cuando uno tiene un familiar muy grave, muy grave, nada cuesta ser empática si yo voy a pedir información por mi suegra o por mi esposo. Pero nunca me contestaron. Entonces, ¿qué hice mejor? Un día fui a saber de ella [y me respondieron:] “no le podemos dar información porque usted sabe que estamos en la pandemia, que el COVID, que aquí, no venga” (Mujer, 70 años, sector urbano, Región Metropolitana).

En la Región de Los Lagos se observó también esta dificultad para conversar con el personal médico. La vivencia de un marido cuya esposa falleció antes de lo que él esperaba da cuenta de ello. Él resiente, con mucho dolor, no haberla visto por última vez antes de que falleciera, por lo tardío de la información recibida acerca del progresivo empeoramiento de su esposa: “Que dejen entrar a hablar con el médico, qué sé yo. Ella cayó el 19, me hubieran llamado, me hubiera dicho ‘venga, conversemos’, una cosa así. Y no que me llamaran para que me fuera a despedir no más, a mirarla por última vez [...]. Y que me hubieran dicho ‘está en peligro o se va a recuperar, que esperemos’, que sé yo... Y uno se siente un poco mejor, tomado en cuenta” (Hombre, 77 años, sector urbano, Región de Los Lagos).

El eje de la comunicación del fallecimiento, del estado de salud y agravamiento de personas contagiadas por COVID-19 ilustra cómo la falta del acto comunicativo o su expresión poco empática con familiares es un elemento que perdura dolorosamente como parte de lo que fue la vivencia de perder en forma inesperada a una persona mayor durante la pandemia.

Manejo de cuerpos

Durante el primer período de la pandemia (2020-2021), la falta de certezas científicas sobre el manejo y alcance de la contagiosidad del virus llevó a las autoridades a extremar las precauciones, dificultando la entrega, visualización y preparación de los cuerpos de las personas fallecidas [27]. En algunos casos, estos fueron devueltos a sus familias en bolsas plásticas selladas, lo cual obstaculizó la aceptación de la pérdida y afectó el proceso de duelo.

Mi hermana, cuando fue por mi mami, entró con el caballero de la funeraria, el hombre vestido como astronauta, entró al hospital con la urna. Y cierran la puerta, no se ve nada. Y mi hermana le preguntó a la

enfermera ese día: “¿Quién me asegura que el cuerpo que está ahí es de mi mami” [...], según le dijo ella que iba el nombre en la bolsa, porque en una bolsa lo ponían, no había vestimenta, no había nada (Mujer, 64 años, sector urbano, Región de Los Lagos).

El manejo de los cuerpos de personas fallecidas por COVID-19 en el sistema salud fue descrito como deshumanizado, especialmente por familiares y sobrevivientes hospitalizados que fueron testigos de múltiples muertes. En sus relatos, tanto sobrevivientes como deudos describen el trato de los cuerpos como el de un objeto sin valor, como un desecho, comparándolo incluso con la manipulación de bolsas de basura.

La atmósfera hospitalaria se vivió profundamente deshumanizadora, afectando tanto a los pacientes internados como al personal de salud, debido a la sobrecarga asistencial y la alta mortalidad. En algunos momentos críticos, los cuerpos de los fallecidos se acumulaban, sin poder ser retirados ni aseados adecuadamente, lo que reforzaba esta percepción de trato degradante y la sobrecarga a la que se vio enfrentada el personal de salud.

Ellas llegaron intubadas. Y cuando las fueron a revisar, a verlas, había fallecido la de al frente, había fallecido la de allá también. Ahí las tuvieron todo el día [...]. Nadie hacía aseo, nadie sacaba las chatas [recipiente para recolectar orinas y heces]. Porque no había personal, según las chiquillas que estaban de turno, no había personal. Nosotras veíamos a las cabras [se refiere a las mujeres del personal de turno], se andaban quedando dormidas paradas [...]. Yo le decía al viejo que era igual que cuando uno bota la basura [el trato de los cuerpos] (Mujer, 78 años, sector urbano, Región Metropolitana).

En ese ambiente de alta tensión, una entrevistada de la Región Metropolitana relata la desvalorización en el trato de los cuerpos de las personas fallecidas. Ser testigo de cómo los cuerpos eran envueltos “como paquetes” le generó un recuerdo difícil de olvidar tanto para ella como para su familia: “No, es... terrible. Porque uno, supóngase que yo estaba aquí. Y la puerta donde pasaron con los cadáveres. Para allá, para acá, para allá, para acá, al frente. Yo alcanzaba a ver todo. Y uno veía cuando los envolvían, así como un paquete, no sé po’. Y al cajón [el ataúd]. Eso le queda a uno. Nunca eso se va a olvidar” (Mujer, 70 años, sector urbano, Región Metropolitana).

Otro sobreviviente de la Región Metropolitana experimentó una situación similar respecto al manejo de los cuerpos en la misma sala donde estaba internado. Aún impactado, recuerda el protocolo de manejo de un cadáver, describiendo cómo el cuerpo fue tratado como un simple bulto, desprovisto de toda dignidad.

Y cachó [notó] que estaba ya fallecido. Y ahí empezó el protocolo y trajeron una camilla como con

un ataúd metálico grande. Y trajeron una bolsa, era como metálica, así como de aluminio. Lo tiraron adentro. Yo ya estaba consciente. Lo echaron ahí, cerraron el cierre, lo tomaron, al cajón. Pero nosotros nos quedamos para dentro, nos miramos porque lo tomaron como si fuera... No sé si un animal, un bulto, era un bulto, no era un ser humano que estaba ahí. A mí me chocó eso (Hombre, 70 años, sector urbano, Región Metropolitana).

Para muchos de los sobrevivientes que presenciaron la muerte de otros pacientes, uno de los aspectos más impactantes de su narrativa fue la idea de que “a mí me va a pasar igual” (Mujer, 78 años, sector urbano, Región Metropolitana), anticipando que sus cuerpos recibirían el mismo trato deshumanizante que ellos habían presenciado.

Morir en soledad y morir acompañado

Que las personas mayores hayan vivido el proceso de fallecimiento sin acompañamiento es una de las condiciones que causa más dolor en los/as deudos/as y agudiza el sentimiento de deshumanización en el contexto hospitalario. Una entrevistada señala que fue inhumano que su familiar haya muerto en soledad, y que ello debería cambiar en el futuro:

Entiendo esa parte que lo hicieron para que la gente no se contagiara más. Pero fue inhumano. De mi parte [considero que] fue inhumano, porque ella murió solita ahí. A lo mejor ella presintió que ella iba a partir, que esa pandemia se la iba a llevar y a lo mejor su deseo era que estuvieran ahí sus hijos, sus nietos, su familia. Pero no fue así. Entonces, eso yo lo cambiaría. Si dependiera de mí, yo lo cambiaría (Mujer, 70 años, sector urbano, Región Metropolitana).

Ahora bien, las experiencias deshumanizantes de fallecimiento fueron observadas principalmente en entornos hospitalarios urbanos. En contraste, en entornos rurales e incluso en contextos urbanos no metropolitanos, se observó que la atención y el cuidado de fin de vida fue diferente. Durante el trabajo de campo, se pudo acceder a un caso en un sector rural de alto aislamiento en la Región de Los Lagos. Allí, el fallecimiento de una mujer de 90 años fue la primera muerte por COVID-19 en esa localidad, en enero de 2021. Al empezar a agravarse, el médico de la posta rural indicó la derivación hacia el hospital de la capital regional, pero sus hijas cuidadoras se negaron, ya que su voluntad era permanecer en casa. Lo narra una de sus hijas: “lo que ella más decía era que no la sacáramos [de su casa]: ‘Hijito, nunca me lleven cuando me vean así; ustedes saben que no me gusta. Si tengo que morir, que sea en mi casa’” (Mujer, 55 años, sector rural, Región de Los Lagos). Cumpliendo el deseo de la nonagenaria, desde la posta rural se generó una

suerte de hospitalización domiciliaria, proveyendo de insumos médicos para acompañar su proceso de fin de vida.

Asimismo, en un contexto urbano de características insulares (Región de Los Lagos), se observó una situación similar. En la siguiente cita, la hija de un hombre mayor fallecido da cuenta de cómo ante el agravamiento de su padre, a nivel familiar se sostuvo la decisión de no trasladarlo, a pesar de las indicaciones médicas:

[Entrevistada:] Porque tampoco permitimos, porque estaba muy malito y si se iba con COVID al hospital, no podíamos entrar nosotros, porque los acompañantes no podían ir.

[Entrevistadora:] ¿Los médicos querían hospitalizarlo?

[Entrevistada:] Sí, una vez sí. Mis hermanos no, mis hermanos se opusieron todos. (Mujer, 60 años, sector urbano, Región de Los Lagos).

Rituales no vividos o interrumpidos

Relacionados con los momentos posteriores a la muerte, la entrega de cuerpos y la inhumación, en los relatos de los/as entrevistados/as emergen sentimientos de tristeza y dolor por las muertes en soledad, el último adiós negado, los ataúdes sellados, los cadáveres no vistos y los velorios reducidos al mínimo de personas.

Estas interrupciones en los rituales fúnebres fueron particularmente impactantes en la ruralidad más extrema, donde el acompañamiento a los difuntos constituye una práctica sociocultural profundamente arraigada, que suele extenderse durante varios días, con una presencia constante de la comunidad junto al fallecido.

Tras el fallecimiento de una mujer mayor, en un caso de la Región de los Lagos, las autoridades sanitarias dictaminaron que debía ser velada en una casa, sin asistentes, y en un ataúd sellado. Su hija, aún conmovida, expresa su angustia por el hecho de que su madre “haya amanecido sola en esa casa, en un ataúd envuelto en nylon” (Mujer, 55 años, sector rural, Región de Los Lagos). La familia tampoco pudo asistir al velorio debido a las restricciones sanitarias por contagio de COVID-19. En ese momento, la falta de certeza sobre la transmisibilidad del virus en personas fallecidas llevó a mantener la ventana de la casa abierta durante los tres días de velatorio. En cuanto al funeral, que normalmente congrega a gran parte de la comunidad en estas zonas, recuerda con tristeza que “fue muy poca gente” (Mujer, 55 años, sector rural, Región de Los Lagos).

La interrupción de los rituales también se vivió en áreas urbanas. En Puerto Montt, capital de la Región de Los Lagos, se registró el caso de un matrimonio de personas mayores que fallecieron con pocos días de diferencia. Su hija relata el dolor de experimentar los ritos de despedida bajo estrictas restricciones sanitarias:

Y los poquitos que llegaron, no sé, unas tías directas que llegaron, no nos abrazamos nada, nada. Llegaban a dejar las flores ahí. No, si era terrible. Vine para acá y un rato me llaman y me dice: “Mamá, tienes que venirte porque llamaron de la Seremi de Salud [Secretaría Regional Ministerial o representante regional del Ministerio de Salud], que no podemos velar a mi papi, hay que sepultarlo inmediatamente”. Porque había un control tan estricto que estaba prohibido. Y si lo dejábamos un par de horas, podían cerrar la funeraria, podían multarla y cerrarla [...]. Una que se creció [sic] en su religión católica, que uno le educaron, tienes esos ritos que uno quiere hacer (Mujer, 64 años, sector urbano, Región de Los Lagos).

La imposibilidad de ver el cuerpo del fallecido al recibirlo directamente en el ataúd provocó una reconfiguración de los ritos de despedida, ya sea por la suspensión o por la aceleración de estos: “Y nosotros la sacamos en el cajón del hospital. Porque fue en ese tiempo que estaba todo tan fuerte, que uno no podía ir a verlos al hospital, y si fallecía, se lo echaban en el cajón. De ahí fuimos con mis cuñados y nos entregaron en el hospital por la parte de atrás. Y ahí en la funeraria, derecho del cementerio. Así que fue bien triste. Bien triste su despedida” (Mujer, 70 años, sector urbano, Región Metropolitana).

De este modo, las prácticas fúnebres, como la preparación y vestimenta del/de la fallecido/a y la realización de velorios, fueron severamente interrumpidas por las medidas de control de la pandemia. Esto fue experimentado y es recordado aún con mucho dolor y tristeza por parte de los familiares.

Discusión

Los hallazgos muestran que, durante la pandemia de COVID-19, las experiencias del morir y la muerte de personas mayores —reconstruidas a través de los itinerarios *post mortem* y las narrativas de muerte— estuvieron marcadas por diversas formas de deshumanización y por profundas alteraciones en los modos de acompañar y despedir a los seres queridos. Estas experiencias se articularon en torno a dimensiones que dieron forma al proceso de fallecimiento y a sus significados: las maneras en que se comunicó el deterioro y la muerte, el trato y el manejo institucional de los cuerpos, las posibilidades —o imposibilidades— de acompañar en el morir, y la interrupción o transformación de los rituales fúnebres en un contexto de restricciones sanitarias extremas.

La comunicación de noticias de deceso estuvo marcada por una falta de empatía e información oportuna, lo que profundizó el dolor de los/as deudos/as, mientras que el manejo de los cuerpos, bajo estrictas medidas sanitarias, fue percibido como degradante, afectando el

duelo y la dignidad de los/as fallecidos/as. Asimismo, el aislamiento hospitalario generó una sensación de abandono y sufrimiento tanto para los/as pacientes como para sus familias y seres queridos. Esto llevó a muchas personas mayores a morir en soledad. Las restricciones pandémicas también interrumpieron los rituales fúnebres, privando a las familias y a las comunidades de llevar a cabo prácticas tradicionales de despedida y reconfigurando los ritos según las limitaciones sanitarias.

Esta emergencia sanitaria tuvo como característica una alta mortalidad poblacional, concentrada principalmente en la población envejecida, y entre ellos/as, los/as mayores de 75 años. En un contexto sociodemográfico cuya impronta es el envejecimiento de las sociedades, cruzado por el escenario epidemiológico y sociosanitario, se vuelve relevante detenerse en indagar lo que significó perder a una persona mayor, vivir y sobrevivir a la enfermedad por COVID-19 siendo una persona mayor, así como testimoniar la muerte de otras personas. En este sentido, la reconstrucción de los itinerarios *post mortem* permite observar la permanencia de situaciones dolorosas y duelos complejos con base en la vivencia de situaciones graves de salud y la pérdida de seres queridos en una pandemia.

El marco cultural estructural de la deshumanización en la atención de salud resulta especialmente relevante para estas narrativas. La deshumanización se refiere a aquellos procesos, prácticas o estructuras que, en el contexto biomédico, reducen la experiencia de las personas a lo biológico, limitando las dimensiones subjetivas, relacionales o sociales de la atención y los cuidados en salud. Se manifiesta cuando los sistemas de atención, las rutinas institucionales o los marcos biomédicos predominantes niegan la agencia, dignidad o singularidad de pacientes y profesionales, tratándolos como objetos o casos clínicos [28-30].

Los resultados de este estudio muestran que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la muerte y sus ritos asociados, profundizando en forma aguda ciertos procesos que marcan cambios en el modo en que las sociedades contemporáneas enfrentan la vejez y la muerte [27,31,32].

Debido a los protocolos asociados al COVID-19, se intensificó un fenómeno descrito como “despeje” o “separación de lo social”, en donde las personas que ingresaron a los servicios de salud —en particular, los hospitales— quedaron con un contacto reducido con su familia o comunidad, y a “merced del personal sanitario y del entorno hospitalario” [33]. Las restricciones impuestas durante la pandemia intensificaron esta separación, como se observó con los primeros protocolos por COVID-19, disponiendo un distanciamiento físico, con impacto emocional, entre las personas contagiadas y sus seres queridos, donde las visitas se limitaron o incluso se prohibieron [33,34].

Los resultados de este artículo muestran que las muertes por COVID-19 se dieron en forma solitaria, en aislamiento, y que hubo una imposibilidad para despedirse adecuadamente de las personas queridas, lo que significó un duelo diferente, caracterizado por ritos no vividos o reducidos, como ocurrió en el caso de la localidad rural del sur de Chile. Estos resultados son coincidentes con los de otras investigaciones que también muestran que la ausencia de ritos dejó a muchas personas enfrentando tanto la muerte propia como la de sus seres queridos en soledad, sin contacto social ni afectivo [34,35]. Aún más, otras investigaciones han mostrado que la ausencia o reducción de los ritos significó para muchas personas una intensificación del sufrimiento y el desarrollo de duelos complejos [34,36,37].

Esto, por una parte, configura lo que se define como “malas muertes” [36,37], es decir, aquellas donde los/as sobrevivientes, por las circunstancias de la pérdida y la separación que han experimentado, a menudo no pueden llevar a cabo los rituales adecuados de disposición del cuerpo, despedidas ni duelos reparadores. Y, por otra, duelos traumatizados, es decir, aquellos vividos por familiares de personas fallecidas por COVID-19 en contextos que carecían de entrega de información oportuna, contención emocional, conversaciones directas y cuidadosas sobre la muerte, presencia de espacios físicos de cuidado y preparación a las familias en cada uno de los pasos del rito mortuario [11]. Estos duelos, además, según Dew *et al.*, podrían ser más prolongados, especialmente entre quienes perdieron a un ser querido durante el confinamiento por COVID-19 [10].

La humanización del fallecimiento es un proceso que abarca distintas dimensiones y no está vinculada exclusivamente a los cuidados paliativos. Puede entenderse como falta de empatía “humana” frente a procesos dolorosos presentes en el itinerario de la enfermedad, sobre todo en lo que respecta al agravamiento y el fallecimiento [38]. En este trabajo se ha observado que, en general, la deshumanización proviene de la implementación de protocolos, en situaciones extraordinarias de crisis, que restringen o imposibilitan el acompañamiento de la muerte [39].

En consideración del ya descrito contexto sociodemográfico y sociosanitario, se vuelve urgente una preparación oportuna de los sistemas de salud, de la sociedad civil y de los tomadores de decisiones, para la promoción y la garantía de los derechos humanos de las personas mayores en crisis humanitarias y sanitarias, sobre todo en aquellas donde se vuelva a replicar la letalidad desproporcionada de este grupo. Parece oportuno asegurar el cumplimiento de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [40], que ha sido ratificada en América Latina y el Caribe por Chile, Argentina, Bolivia, Brasil, Belice,

Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú, San Cristóbal y Nieves, Uruguay y, recientemente, Paraguay.

Es importante continuar fortaleciendo la humanización en el sistema de salud, lo cual implica una actitud sensible y empática ante el sufrimiento y el dolor, la contención emocional, los diálogos directos y cuidadosos sobre el fin de vida y la muerte, y la preparación oportuna para los ritos mortuorios, respetando las sensibilidades culturales.

De manera complementaria, futuras investigaciones podrían profundizar en las dimensiones culturales, éticas y organizacionales del morir y el duelo en contextos de crisis, así como explorar las diferencias en los itinerarios de final de vida y *post mortem* en los sistemas públicos y privados de salud. Se sugiere avanzar hacia metodologías mixtas o participativas que integren la mirada de familias, equipos de salud y comunidades, para fortalecer la comprensión integral de las prácticas y los significados asociados a la muerte, y la humanización de los cuidados al final de la vida.

Finalmente, este estudio presenta como principal limitación la estrategia de selección de casos a través de la atención primaria, lo que pudo generar sesgos al excluir a personas sin acceso al sistema formal de salud o residentes en establecimientos de larga estadía. Además, el carácter retrospectivo dificultó en algunos casos la reconstrucción precisa de los itinerarios [41]. Sin embargo, esta limitación fue mitigada mediante la solicitud de documentos de salud durante las entrevistas, los cuales en la mayoría de los casos permitieron precisar la secuencia de los hechos y entregaron información adicional.

Como conclusión, la pandemia de COVID-19 profundizó procesos de deshumanización en la atención al final de la vida de personas mayores, evidenciados en la soledad del morir, la interrupción de los ritos fúnebres y la comunicación inadecuada del fallecimiento. Estas experiencias derivaron en duelos complejos y sentimientos de desamparo, revelando las limitaciones del enfoque biomédico ante situaciones de sufrimiento social. Se hace urgente fortalecer la humanización del cuidado, la empatía en la atención y la preparación institucional, para garantizar los derechos y la dignidad de las personas mayores en futuras crisis sociosanitarias.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas mayores, familiares y cuidadoras que compartieron experiencias difíciles de recordar. También, a los equipos de salud primaria y profesionales de salud de la Región Metropolitana y Región de Los Lagos que colaboraron en el estudio.

Declaración de fuente de financiación

Este proyecto fue financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, Subdirección de Investigación Aplicada, XIX Concurso de Investigación y Desarrollo en Salud 2022, proyecto FONIS SA22I0156.

Declaración de conflictos de intereses

No existe ningún conflicto de interés.

Declaración de responsabilidad

Se declara que las autoras son responsables de la información declarada y su veracidad.

Declaración de contribución por autores

Alejandra Fuentes-García: contribución sustancial a la concepción y el diseño del artículo; adquisición, interpretación y análisis de datos, redacción del artículo y aprobación de su versión final.

Ignacia Navarrete-Luco: contribución a la concepción y el diseño del artículo; adquisición, interpretación y análisis de datos, redacción del artículo y aprobación de su versión final.

María Salamanca García: contribución al diseño del artículo; adquisición, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo y aprobación de su versión final.

Paulina Osorio Parraguez: contribución al diseño del artículo; adquisición, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo y aprobación de su versión final.

Catalina Arteaga Aguirre: contribución al diseño del artículo; adquisición, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo y aprobación de su versión final.

Constanza Biscarra Mc-Naughton: contribución al diseño del artículo; adquisición, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica del artículo y aprobación de su versión final.

Referencias

1. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Vulnerabilidades sociodemográficas de las personas mayores frente a la pandemia por COVID-19 [internet]. 2020 [citado 2024 ago. 6]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/vulnerabilidades-sociodemograficas-personas-mayores-frente-al-covid-19>

- 19?utm_source=CiviCRM&utm_medium=email&utm_campaign=20210204_boletin_enveje
2. Organización Mundial de la Salud. Decade of Healthy Ageing 2020-2030 [internet]. 2020 [citado 2024 ago. 6]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25
3. Marzioni SC. Pandemia, envejecimiento y políticas públicas en América Latina. Apuntes teóricos para pensar el problema de las vejez desiguales desde los enfoques del curso de vida y de la economía política del envejecimiento. *Anthropologica*. 2021;39(47):157-81. DOI: <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202102.006>
4. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Perspectivas poblacionales y cambios demográficos acelerados en el primer cuarto del siglo XXI en América Latina y el Caribe [internet]. 2024 [citado 2025 abr. 30]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/81020-observatorio-demografico-america-latina-caribe-2024-perspectivas-poblacionales>
5. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2024. Resultados nacionales [internet]. 2025 [citado 2025 may. 15]. Disponible en: <https://censo2024.ine.gov.cl/resultados/>
6. Fuentes-García A, Osorio-Parraguez P. Una mirada a la vejez en tiempos de pandemia desde el enfoque de curso de vida y desigualdades. *Rev. Chil. Salud Pública* [internet]; 2020 [citado 2024 ago. 5]. pp. 91-102. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/60389>
7. Rocamora V, Peña y Lillo M, et al. Grupos de riesgo por COVID-19 y sus estrategias para enfrentar la sobrecarga informativa en el primer año de la pandemia en Chile. *Salud Colect*. 2023;19:e4305. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4305>
8. Osorio-Parraguez P, Jorquera P, Araya Tessini M. Vejez y vida cotidiana en tiempos de pandemia: estrategias, decisiones y cambios. *Horiz Antropol*. 2021;27(59):227-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100012>
9. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Defunciones por COVID 19 [internet]. 2024 [citado 2024 ago. 19]. Disponible en: https://datos.gob.cl/organization/ministerio_de_salud
10. Dew R, Heath L, Egan R. Narratives of loss: The impact of COVID-19 lockdown on experiences of loss, grief, and bereavement. *J. Prim. Health Care*. 2022;14(4):345-51. DOI: <https://doi.org/10.1071/HC22090>
11. Pérez E. Narrativas de familiares sobre el duelo y la muerte por COVID-19 en Chile: un estudio psicoanalítico. *Praxis Psy*. 2024;25(41):1-15. DOI: <https://doi.org/10.32995/praxispsy.v25i41.266>
12. Brage E. Itinerarios terapéuticos desarrollados por madres de niños y niñas con cáncer en Argentina. *Tácticas de cuidado y acceso a la salud*. *Cuad Antropol Soc* [internet]. 2020 [citado 2023 jul. 25]; (52), 139-57. Disponible en: <https://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/6986>
13. Casado I. Itinerarios terapéuticos. Propuesta para la aplicabilidad en la etnografía. *Grafo Working Papers*. 2016;5:1-30. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/grafowp.22>
14. Arteaga O. Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile. En Espinosa B, Waters W, editores. *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*. Quito: FLACSO, 2008; pp. 121-142.
15. Goyenechea M. Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuad Méd Soc*. [internet]. 2019 [citado 2025 oct. 15]; 59(2):7-12. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/175>
16. Bruner J. The narrative construction of reality. *Critical Inquiry* [internet]. 1991 [citado 2024 ago. 6];18(1):1-21. Disponible en: https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Bruner_Narrative.pdf
17. Moglia B, Sy A. Atención de enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID-19. Un análisis de las narrativas de trabajadores de hospitales públicos del conurbano bonaerense (Argentina). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2022;41(1):e349651. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349651>
18. Bailo P, Gibelli F, et al. Verbal autopsy as a tool for defining causes of death in specific healthcare contexts: Study of applicability through a traditional literature review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(18):11749. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811749>
19. Herrera J, Guevara G, Munster H. Los diseños y estrategias para los estudios cualitativos. Un acercamiento teórico-metodológico. *Gac Méd Espirit*. [internet]. 2015;17(2) [citado 2024 ago. 6]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000200013&lng=es
20. Aguilera B, Cabrera T, Duarte J, et al. COVID-19: evolución, efectos y políticas adoptadas en Chile y el mundo. Chile: Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda [internet]. 2022 [citado 2024 nov. 29]. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/598/articles-266625_doc_pdf.pdf
21. Osorio-Parraguez P, Navarrete Luco I, Briones Barrales S. Perspectivas socioculturales de la autoatención y provisión de cuidados hacia personas nonagenarias y centenarias en zonas rurales en Chile. *Antipod Rev Antropol Arqueol*. 2018;1(31):45-63. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda31.2018.03>
22. Vásquez L, Ferreira R, Mogollón A, et al. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011. DOI: <https://doi.org/10.25100/peu.188>
23. Canales M. (Coord.-Ed.). *Metodologías de investigación social*. Santiago de Chile: LOM [internet]; 2006 [citado 2024 nov. 29] Disponible en: <https://imaginariosyrepresentaciones.com/wp-content/uploads/2015/08/canales-ceron-manuel-metodologias-de-la-investigacion-social.pdf>
24. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata; 2007.
25. Guber R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2011.
26. Thomas D. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *Am. J. Eval*. 2006;27(2):237-46. DOI: <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
27. Clark D. Between hope and acceptance: The medicalisation of dying. *BMJ*. 2002;324(7342):905-7. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.905>
28. Haque O, Waytz A. Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspect. Psychol. Sci*. 2012;7(2):176-86. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
29. Menéndez E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa; 2020.
30. García E, García L. Tecnificar la muerte. Los riesgos de deshumanizar los cuidados al final de la vida. *Humanidades* (Montev). 2021;(10):103-40. DOI: <https://doi.org/10.25185/10.5>
31. Butler R. Age-Is: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. 1969;9(4):243-6. <https://agisme.eu/wp-content/uploads/2018/02/Butler-Ageism.pdf>

32. Flores-Pons G, Íñiguez-Rueda L. La biomedicalización de la muerte: una revisión. *An. Psicol.* 2012;28(3):929-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.156171>
33. Herrera D. Cambios en los rituales funerarios durante la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *PFR.* 2021;6(3). DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v6i3.213>
34. Sola PPB, Souza CD, Rodrigues ECG, et al. Family grief during the COVID-19 pandemic: A meta-synthesis of qualitative studies. *Cad Saúde Pública.* 2023;39(2):e00058022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN058022>
35. Van Schaik T, Brouwer MA, Knibbe NE, et al. The effect of the COVID-19 pandemic on grief experiences of bereaved relatives: An overview review. *Omega - Journal of Death and Dying.* 2022;91(2):851-84. DOI: <https://doi.org/10.1177/00302228221143861>
36. Cardoso ÉADO, Silva BCDAD, Santos JHD, et al. The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3361. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
37. Tang S, Xiang Z. Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Global Health.* 2021;17(1):19. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00669-5>
38. Hospital ML, Guallart R. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso del final de la vida. *Index Enferm.* [internet] 2004 [citado 2024 ago. 5] ;13(46):49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200010&lng=es
39. Obando L, editora. Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario. Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali [internet]; 2020 [citado 2024 ago. 5]. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/dk8c5/pdf/obando-9786287501621.pdf>
40. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [internet]. 2015 [citado 2024 ago. 5]. Disponible en: https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
41. Brage E. “Si no fuera porque me vine...”. Itinerarios terapéuticos y prácticas de cuidado en el marco de las migraciones desarrolladas desde el noroeste y noreste argentino hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la atención del cáncer infantil: un abordaje antropológico. [internet] [Tesis de doctorado]. [Buenos Aires]: Universidad de Buenos Aires [internet]; 2018 [citado 2024 ago. 5]. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/82823>