**La muerte en soledad en el domicilio. Vivencias forenses y 7 testimonios de casos reales de profesionales sanitarios.**

Verónica Gordo.

Médica de familia y comunidades. Exmédica forense del Instituto de Medicina Legal de Galicia.

Xosé (nombre ficticio) era un hombre de 58 años encontrado muerto en la vivienda en la que malvivía, tras la alerta de un vecino porque hacía 3 días que no cogía el pan que él mismo le dejaba en la puerta cada mañana. A pesar de ser diabético en tratamiento con insulina y de haber sufrido la amputación de una de sus piernas, hacía 4 años que estaba desaparecido del sistema sanitario. Era un *nadie,* de esos que llegan a nuestras mesas de autopsia, que son el único contacto con un sistema público que no supo o no quiso detectar la dureza de sus últimos años en soledad. Fue mi primer caso de una lista de muertes por cetoacidosis, una emergencia médica tratable, que en pleno siglo XXI sigue causando la muerte, principalmente, de personas que viven en soledad (varones, diabéticos, alcohólicos, desnutridos).

La probabilidad de morir en soledad ha aumentado en la mayoría de países occidentales ([aquí](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/01410768231209001%22%20%5Cl%20%22body-ref-bibr6-01410768231209001), [aquí](https://www.pnas.org/doi/abs/10.1073/pnas.1710341114), [aquí](https://www.bbc.com/mundo/noticias-42723066) ), y en Japón ([aquí)](https://www.rebellionresearch.com/what-is-the-issue-of-loneliness-in-japan) tiene su máxima expresión, estimándose las muertes anuales en soledad entre 8.000 y 26.000 personas (según un estudio del Instituto NLI de Japón de 2011). El fenómeno es de tal magnitud que incluso se le ha dado nombre, Kodokushi (孤独死) (*muerte solitaria*).

En España, datos de 2020 del [INE](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=resultados&idp=1254735572981), casi cinco millones de españoles viven solos, siendo el 40% mayores de 65 años. Muchos de ellos son ancianos sin lazos familiares que, en ocasiones, pasan meses sin que nadie se pregunte por su paradero, siendo su muerte, muchas veces, una muerte accidental. Sin embargo, no existen datos de cuantas personas fallecen en soledad, más allá de notas de prensa en algunos medios ([1](https://www.lavozdegalicia.es/noticia/coruna/2022/10/27/ano-mueren-solas-casa-media-diez-personas-mayores/0003_202210H27C1991.htm),[2](https://blogs.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/tribuna/2017-12-02/cadaver-pared-espanoles-desaparecen_1486747/),[3](https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20230923/muertes-soledad-personas-mayores-solas-limpiezas-viviendas-92395044)).

En el trabajo forense, la muerte en soledad es una de las más difíciles de abordar, ya que es complicado reconstruir las circunstancias que han llevado a tal fin. Tanto la información que aporta el *escenario de la muerte* como la que aporta la familia, vecinos, allegados o incluso personas tan dispares como el taxista, nos puede ayudar a esclarecer los hechos. Las muertes en soledad de forma general son más habituales en el medio urbano que en el rural, donde persisten aún las redes comunitarias. Otra gran dificultad forense en este tipo de fallecimientos son los cadáveres en avanzado estado de descomposición, cuando las lesiones presentes en los tejidos corporales están modificadas por los daños derivados de la putrefacción y son, sin duda, un reto científico a la par que una autopsia extremadamente desagradable. También nos encontramos otra dramática casuística, en la que muchas personas de las que fallecen en soledad buscaron en vida la compañía de animales.Son mayoritariamente perros y gatos, que muchas veces se acuestan pacientemente junto a su dueño hasta que también ellos mueren de inanición, pero en otras ocasiones, ante un instinto tan básico como el hambre, se ven abocados a comer a su dueño.

El aislamiento social parece ser la clave, favorecido fundamentalmente por las sociedades capitalistas (y además por los cambios sociales, un mundo más urbano, menos cohesión familiar…). Sin embargo, morir en soledad, también parece una opción elegida por algunas personas.

**Testimonios de profesionales sobre personas que han muerto en soledad en su domicilio y cómo ha sido su actuación en dichos casos. Recogidos en el debate virtual del 1 al 28 de septiembre de 2024[[1]](#footnote-2). Reproducido con autorización de los autores.**

Una médica de familia

Desde que estoy en mi último destino de trabajo, me "ha tocado" acudir a una caravana donde apareció el cuerpo de un varón. Identificado por los vecinos (con los que no llegué a hablar, fueron los que dieron aviso a la policía), era paciente mío, pero nunca le había visto, y constaban escasas atenciones sanitarias en su historia clínica. Yo solo hice la nota de atención clínica, confirmando el exitus, pero a la forense la avisó la Guardia Civil y ella hizo el certificado de defunción. Como clínicas es una situación desconcertante, porque por este paciente ya no se puede hacer nada más. Sería bueno fomentar la reflexión en el Centro de Salud, con el resto de compañeros, sobre cuestiones como esta, precisamente para que no se quede en una experiencia personal sin recorrido alguno, que surja algún aprendizaje para otros casos.

Un médico de familia

Los 30 últimos años de mi ejercicio estuve en el pueblo donde nací, unos 2000 habitantes. Aún así tuve algún caso de un fallecido que llevaba dos días muerto; y en un pueblo pequeño. Ya sabes, aviso al forense.

Una médica de familia

Yo como médica rural sólo he tenido dos casos de fallecimiento en soledad, en uno sí llamamos al forense porque había muchos indicios de suicidio (que al final se confirmó) y en otro caso era una mujer que vivía sola, pero a la que sus hijos visitaban a menudo. El hijo la encontró muerta en el suelo y llamó a urgencias. El hijo había hablado con ella la noche anterior y fue a verla al día siguiente porque la había "notado rara". Conocía a la familia y a la mujer, parecía claro que había sido un infarto masivo y hablando con los familiares decidí firmar yo el certificado de defunción. Son decisiones complicadas especialmente en zona rural, porque el levantamiento del cadáver puede demorarse mucho…

Una médica de familia rural

Madre mía. Me ha llegado el recuerdo nítido de una experiencia al poco de acabar la residencia. Hace casi 20 años, haciendo una sustitución en una urbanización "rural" (vive más gente en esa urbanización que en el pueblo) me vino a buscar a la consulta en el pueblo una pareja de la guardia civil.

Me indicaron que debía acompañarlos a uno de los chalets porque, decían, podía haber un cadáver. Cerré la consulta, pedí disculpas a las 7 personas que había en la sala de espera y me fui con ellos. A la entrada del chalet esperaba la mujer que limpiaba y que había descubierto el cadáver. Ella iba una vez a la semana, el señor era cazador y al entrar a la casa olía muy mal y pensó que habría dejado restos de caza sin recoger. Su sorpresa al entrar fue grande, llamó a los guardias y me iba contando todo esto mientras entrábamos en la casa, el perro del señor, ella, la pareja de guardias civiles y yo misma. Al entrar un de los guardias no aguantó el olor y salió a vomitar, el otro se asustó del perro (no pesaría ni 10 kilos el pobre animal) y allí que entré con ella a inspeccionar el lugar. Todavía recuerdo el olor. Un pobre hombre tumbado boca arriba en el borde la cama ...sin cara....Yo hice de tripas corazón; Les indiqué a los guardias que efectivamente era cadáver y llamé al juez. Me impresionó mucho lo de que no tuviera cara porque estaba mordida. Comenté el caso a un amigo experto en perros y me dijo que seguramente el pobre animal le chupó la cara para intentar reanimarlo y se la "desgastó" literalmente.

Imaginaos a una pipiola como yo, sin experiencia. Llegué al pueblo de nuevo, abrí la consulta y acabé como pude de atender a los y las pacientes. Ya en casa, pude llorar como una magdalena y pensar en ese pobre hombre, que no se relacionaba más que una vez por semana con la mujer que limpiaba.

Una médica de familia

Que mi memoria recuerde, tres casos, en los 15 años de ejercicio profesional que llevo como médica de familia. El primero en un barrio de Barcelona, un barrio lleno de contrastes donde las visitas a domicilio implicaban cruzar calles con intenso tráfico y descubrir que las casas de una misma calle que daban a la orientación “mar” solían estar más descuidadas que las de orientación “montaña”. Además de convivir con ese tráfico diverso, también había trasiego de personas visitantes que iban o venían de visitar espacios como la Sagrada Familia o se dirigían a barrios vecinos más de moda. Viernes por la tarde era mi día de domicilio, un día que suele etiquetarse “como tranquilo” pues el lunes suele tener peor fama. Sin embargo, durante los cuatro años que asumí los domicilios de ese centro de 11-19h, tuve situaciones que me hicieron detenerme en lo que hacía y cómo lo hacía, y que me llegaron a sorprender.

Una de ellas fue el aviso para un domicilio al que la trabajadora social tenía que asistir para valorar al paciente de cara a los trámites para la dependencia y no le abría. Ella me llamó a mi, que estaba haciendo otros domicilios. Llamamos a las dos puertas de la escalera por si sabían de esta persona. Una nos abrió y no sabía nada. Sólo sabían de él en el supermercado pakistaní de debajo de casa: “vino hace unos 2-3 días a comprar pan, no ha vuelto”. Acabamos llamando al 112 y llegaron los Mossos de Esquadra. La persona se encontraba en su habitación, sentada y apoyada en la cama, con su cuerpo frío. Pasando por aquella casa y al entrar en su habitación reconocí que había estado allí antes, por sus carteles colgados en la pared con frases, creo, fruto de su experiencia con tratamientos varios. No había familia, ni conocidos. Se llamó al forense. Recuerdo el frío que hacía en aquella casa aún hoy, y varias batas abrigas en la percha de la habitación y de la entrada. No era paciente asignado a mi cupo, pero había estado dos veces en esa casa, un ático.

El segundo caso, también fue en este barrio del centro de la ciudad. El primer caso relatado era un hombre, el segundo una mujer. Y ella sí que era paciente asignada a mi cupo, había ido varias veces a su casa. Tenía perro. Salía una vez al día para sacarlo, comprar algo en el supermercado de abajo y tabaco en el estanco. Una fundación la tutelaba tras ser incapacitada hacía años. No se conocían familiares ni personas cercanas, ni relación con los vecinos. En sus informes constaban la temática de sus ideas delirantes algunas de las cuales parecían ser una mezcla de realidad y delirio, después de una vida muy enredada.

Varias visitas realizadas, principalmente con la trabajadora social, pero también con un equipo de psiquiatría que hacía visitas domiciliarias y también con representante de la Fundación. Nos encontrábamos en estudio por una posible neoplasia, había accedido a realizar algunas pruebas. En 2021, después de mi regreso de vacaciones, la trabajadora social me informó de que los vecinos llamaron a la policía por el olor que llegaba desde sus ventanas en el primer piso. Y allí estaba, muerta en soledad. Sobre su perrito, nadie supo decir qué paso.

Y el tercer caso fue en el barrio en el que trabajo ahora. Un barrio que suele ser presentado como con una red comunitaria que les sostiene, que conserva “algo del pueblo que fue”. Apenas llevaba quince días trabajando y el servicio de teleasistencia del que disponía esta paciente había llamado al CAP (Centro de Atención Primaria) porque no lograban contactar con ella. Suelen llamar con una periodicidad frecuente para ver cómo se encuentran las personas que lo tienen contratado y ella no respondía. Habían transcurrido 24 horas desde el último contacto. Acudí al domicilio después de revisar la historia: la paciente tomaba Sintrom por una arritmia cardíaca por fibrilación auricular, más un fármaco antihipertensivo y estatina. En la historia constaba el diagnóstico: “Viu sola”. El domicilio estaba apenas a 5 minutos del centro, acudí sola y no me abrió nadie. Sabiendo que la alerta había venido por teleasistencia, llamé para informar de la situación y decidimos primero intentar acceder a la vivienda. Este servicio de teleasistencia, para quien lo facilita, dispone de una copia de llaves del domicilio. Acudió con las llaves un hombre joven y abrimos la puerta. Al fondo del pasillo estaba la señora tumbada boca arriba, había restos de un vómito y tenía hematomas en una parte de su cuerpo ya frío y rígido. A través de los Mossos de Esquadra se llamó al forense.

No recuerdo las edades de estas personas de forma exacta, pero de forma orientativa la primera persona tendría sobre unos 60, igual que la segunda y la tercera unos 75-80.

En ninguna de las tres situaciones firmé el certificado de defunción. Las razones por las que no firmé el certificado fueron varias: la primera fue la duda sobre cómo se había producido esa muerte (si bien los hematomas podrían ser secundarios a la caída en una paciente que tomaba sintrom), me llamó la atención la ventana abierta al pequeño balcón que daba a la calle, de fácil acceso porque era un entresuelo. Quizá la paciente tenía su ventana abierta y no debería haber sospechado de esa posible criminalidad. Otro factor que puede hacer ser más intervencionista en situaciones que no lo requieren es tener que atender a pacientes que no conoces como es el caso en los domiciliarios. Si bien son pacientes del "equipo" y se pueden comentar las dudas con los profesionales de referencia, el tener un día de domicilios en el que atiendes personas que podrían ser visitadas por sus profesionales, como se ha hablado en otras ocasiones, puede generar intervenciones que no sucederían si acudiese quien le conoce.

Y de forma literal, en Barcelona ciudad, los médicos de familia no firmamos los certificados de defunción. Lo asume la funeraria incluyéndose como parte de todo lo que se ha de pagar cuando alguien fallece.

¡Recuerdo de residente cuando en el centro, como parte de las sesiones docentes, una era cómo cumplimentar un certificado de defunción¡

En 2020-21, con la pandemia, excepcionalmente firmamos algunos certificados y supimos que se estaba en proceso de que haya la posibilidad de realizar un certificado digital según la normativa vigente.

Un médico de familia rural

A lo largo de los 40 años de trabajo he tenido bastantes ocasiones de asistir a muertes en soledad, y ser testigo de la "soledad normal" y bien vivida, tan habitual antes en el medio rural, y la tan frecuente "soledad rara" actual. Hace muchos años me impactó (y repercutió) que la muerte de una mujer en una calle en la que vivían 3 parejas mayores (1 de ellas me "cogía los avisos" y en parte pasaba consulta en su casa...), que se acompañaban mucho, sin agobiarse, supuso el traslado en el siguiente año de los 5 que quedaron a vivir con los hijos a Madrid; el viudo porque no se podía quedar sólo; los vecinos más cercanos a él porque la mujer se juntaba todas las tardes con la difunta y quiso marcharse, y el otro matrimonio... porque que iban a hacer ellos solos sin las otras dos parejas). Así se han ido despoblando los pueblos, también de mayores.

Con frecuencia se ha hablado de la responsabilidad /culpa del sistema capitalista, neoliberal, etc. respecto a la soledad... Y se ha hablado muy poco (o nada), de la responsabilidad individual en relación a la soledad no deseada... A menudo personas que podríamos decir que se han ganado a pulso el estar solas.... Repasando mentalmente las muertes en soledad que he presenciado, sin duda en alguna ha podido influir de forma importante "el sistema"; en otras, el azar que tanto condiciona nuestras vidas, pero en la mayoría considero que era la "crónica de una muerte anunciada", con frecuencia relacionada con situaciones personales.

Por ejemplo, el hombre que vino a vivir al pueblo, a la antigua casa de sus padres que estaba en muy malas condiciones, desubicado y tristísimo, alcoholizado, tras su separación y no querer saber nada de él la familia (le conocí poco, y me pareció una buena persona, no se lo que le llevó a su separación ni el desencuentro con su familia... ¿cómo habrían sido las cosas si no se hubiera separado?).

La situación más dramática, conocida tras aproximadamente 20 días de la muerte (con los signos enfisematosos, y de descomposición que tan bien nos has aclarado y que para mí fue nueva y muy impactante) de un hombre viudo, de los que podríamos decir malo, malísimo, con los hijos, que estaba en su cama, con las escrituras de la casa y las tierras, las cartillas del banco y dinero en efectivo en una bolsa por dentro del pijama.

La de una mujer, soltera y poco sociable, que los vecinos la echaron en falta a los dos días y estaba caída en el suelo.

Un hombre también soltero, que había venido hacía dos años a uno de los pueblos minúsculos, que tenía la bolsa que le dejaba un vendedor ambulante cada 2-3 días en la puerta de su casa sin recoger y sin contestar (estaba en el suelo a los pies de la cama).

Otro soltero muy huraño, y desagradable con todo el mundo, tras el traslado a una residencia del hermano que le cuidaba, y a la que él no quiso ir de ninguna manera, que se deterioró muchísimo en pocos meses, diabético totalmente descompensado, fumador de 3-4 cajetillas diarias, que en sus últimos días ni me abría la puerta y si lo hacía no era más que para lanzar improperios...

Y al jubilarme, podría pensar en varios candidatos a esa muerte en soledad, tras una vida solitaria y/o asocial, que supongo se producirá.

También recuerdo con especial zozobra la situación de un hombre que enviudó, y pasaron a cuidarle las hijas que vivían fuera por turnos semanales, con enormes problemas y amenazas de dejarle solo... porque decían que era insufrible, cuando a mí me parecía un hombre jovial....un día me avisaron porque estaba muy agitado, no paraba de pedir la escopeta y decirla a la hija que se la iba a meter por donde ella sabía... tras intentar controlar la situación desde el punto de vista "médico", al irme la hija se me echó a llorar en el hombro y me dijo "no sabe usted lo que hemos pasado en esta casa de pequeñas mis hermana y yo"...

En fin, cuantas vivencias y anécdotas en un trabajo tan grato y enriquecedor, y a veces tan duro.

Una enfermera comunitaria

Ha venido a mí memoria un caso que viví hace al menos 5 años, previo a la pandemia, que francamente me impactó. Estaba de guardia de atención continuada, nos dieron un aviso y mientras andábamos haciéndolo el médico y yo, llamaron de nuevo, se identificó como la exmujer de un paciente que supuestamente se había vuelto a su pueblo, un pueblo de la zona básica que cubría nuestra asistencia, y que desde hacía unos días los hijos habían intentado contactar con él, no lo consiguieron, los vecinos hablaron con la exmujer para decirle que el pan, que habitualmente le dejaban en una bolsa de tela colgando de la puerta de entrada seguía allí.

Nos encaminamos hacia la dirección que nos facilitó, y nos acompañaron la guardia civil y los bomberos, no abría nadie la puerta, por lo que los bomberos procedieron a forzar una ventana, yo me esperaba lo peor, y finalmente lo encontramos en la cama abrigado con muchas mantas, bastante débil, pero vivo, le instamos a qué acudiera al hospital, dijo que no, que mañana iría que tenía una consulta con el oncólogo. Nos fuimos todos.
A los pocos días comentando en el equipo el aviso una compañera, la enfermera del paciente en cuestión, me informó de su fallecimiento, en su casa solo, un par de días posteriores al aviso que yo había hecho, dijo que tenía un cáncer que ya no tenía tratamiento y que se había vuelto a su pueblo para morir sólo.
Al cabo de unos años, ya en la pandemia, el médico con el que había hecho el aviso desapareció, fue hallado en una habitación de hotel, se había suicidado, tomó las pastillas que consideró para apartarle de esta vida. Paradójico y para mí muy triste.

**Comentario final**

Las muertes en soledad son muertes silenciosas que representan el fracaso de las instituciones, pero también de una sociedad cada vez más enferma. Es un fenómeno social que va en aumento, pero también puede ser una elección personal que debemos respetar, y que como sanitarias nuestra labor debe ser detectarla, acompañar a las personas y rechazar el afán medicalizador. Aunque se dan muchas circunstancias, de forma general y habitual las médicas tenemos la obligación ética y legal de firmar el certificado de defunción de nuestros pacientes (artículo 274 del reglamento de la ley del registro civil). Entendamos que dicho acto forma parte de nuestra labor asistencial ([aquí](https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-firmo-el-certificado-defuncion-legalidad-S0212656711004276)). Los cadáveres en avanzado estado de descomposición son casos forenses que no debemos firmar. Profundizar en el colaboracionismo, el asociacionismo, lo comunitario, revalorizando las profesiones de cuidados, tejer redes. Dedicar más tiempo a cuidarnos para poder cuidar de otros. Avanzar hacia un país más democrático y prepararnos para la vejez y para la muerte, pueden ser fórmulas que nos ayuden a reducir este tipo de fallecimientos. Como médica forense y como sanitaria tengo el deber moral, de dar testimonio de las personas que fallecen en soledad, dar a conocer el contexto y las circunstancias tanto de su muerte como de su vida, permitiendo evidenciar que al menos esas personas han existido.

1. En el SIAP de Losar de la Vera hubo 31 intervenciones virtuales sobre el resumen de la ponencia de la firmante “La soledad en la práctica forense. La muerte en soledad” <https://perragorda5.wordpress.com/> En total tuvimos 168 inscripciones, incluyendo asistentes, ponentes y organizadores. En el debate virtual hubo un total de 469 intervenciones. [↑](#footnote-ref-2)