

Propuestas para Chile

CAPÍTULO 6

Soledad perinatal y ética del amor: una propuesta relacional e institucional para el sistema de salud

THANA DE CAMPOS-RUDINSKY

Escuela de Gobierno e Instituto de Éticas Aplicadas UC

CARIDAD MERINO

Escuela de Gobierno UC

CLAUDIO VERA

Escuela de Medicina UC

CAROLA ZUROB

Escuela de Diseño UC

Soledad perinatal y ética del amor: una propuesta relacional e institucional para el sistema de salud

INVESTIGADORES¹**THANA DE CAMPOS-RUDINSKY**

Escuela de Gobierno e Instituto de Éticas Aplicadas UC

CARIDAD MERINO

Escuela de Gobierno UC

CLAUDIO VERA

Escuela de Medicina UC

CAROLA ZUROB

Escuela de Diseño UC

Resumen²

La soledad ha sido reconocida a nivel internacional como un problema emergente de salud pública. Durante el embarazo, parto y posparto –período perinatal– esta experiencia afecta de manera significativa tanto a las madres como a los equipos de salud que las acompañan. Sin embargo, la soledad perinatal suele ser abordada de forma indirecta en el sistema de salud, con diagnósticos clínicos como la depresión posparto o, en el caso de los profesionales, el *burnout*, sin contar con herramientas que permitan identificar su dimensión relacional y sistémica. Además, no existen instrumentos que midan cómo las interacciones cotidianas entre madres, equipos de salud e instituciones influyen en la experiencia de cuidado y en la generación –o mitigación– de la soledad perinatal. Esta ausencia limita la capacidad del sistema para monitorear la calidad del vínculo asistencial y diseñar políticas de mejora efectivas.

Este informe busca responder a esta brecha, proponiendo el uso del Índice de Cuidado Mutuo (ICM), una herramienta diseñada para medir la calidad

1 Se agradece la colaboración de las investigadoras Camila Barahona, del Instituto de Éticas Aplicadas UC; Maite Etchegaray, de la Escuela de Ingeniería e Instituto de Filosofía UC; Mariel Deak, de la Fundación Getulio Vargas de Brasil; y Andrea Ortega, Valeria Pinto y Laura Abarca, de la Escuela de Antropología UC.

2 Esta propuesta fue presentada en un seminario organizado por el Centro de Políticas Públicas UC el 19 de noviembre de 2025, en el cual participaron Víctor Torres, superintendente de Salud; Rodrigo Neira, encargado del Programa Nacional de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud; y Lorena Binfa, académica y miembro de la Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.

relacional del cuidado perinatal. El ICM se fundamenta en la ética del amor, un marco normativo que entiende el cuidado como una práctica corresponsable y multidireccional, y se estructura en tres dimensiones observables: presencia comprometida y no paternalista; cuidado universal y personalizado; y responsabilidades compartidas y diferenciadas. La investigación se desarrolló mediante una metodología cualitativa, que incluyó seguimientos, entrevistas y grupos focales con madres y equipos de salud, permitiendo traducir estas dimensiones en indicadores medibles. El ICM es una herramienta concreta para fortalecer la evaluación de la calidad del cuidado, apoyar procesos de mejora institucional y complementar los actuales mecanismos de gestión y acreditación en el sistema nacional de salud.

1. Introducción

Actualmente estamos presenciando lo que se conoce como una “epidemia de soledad”, un tipo de sufrimiento caracterizado por una percepción de aislamiento (Beller, 2024; Nicolaisen y Thorsen, 2023; Salinger y Clark, 2025). Esta condición no solo afecta el bienestar emocional, sino que también se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, demencia, depresión y ansiedad (Beller, 2024), actuando como un amplificador de desigualdades sociales y afectando con mayor intensidad a personas mayores, cuidadores, personas con discapacidad, mujeres y quienes viven en situación de pobreza o marginalidad (Beller, 2024; Nicolaisen y Thorsen, 2023).

Durante décadas, académicos de variadas disciplinas como la epidemiología, la psicología y la sociología han evidenciado la relación entre el funcionamiento de las relaciones sociales y los estados de salud (Salinger y Clark, 2025). Diversos estudios científicos han demostrado que mantener relaciones cercanas y sentirse socialmente conectado reduce el riesgo de enfermedades y muerte prematura (Holt-Lunstad, Robles y Sbarra, 2017). Según Holt-Lunstad, Robles y Sbarra (2017), la falta de vínculos sociales puede ser tan perjudicial a la salud física como fumar hasta 15 cigarrillos al día. En este sentido, promover la conexión social debería considerarse una prioridad de salud pública, dado su impacto significativo en la salud física y mental de las personas.

Por esto, en el año 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha la Comisión sobre Conexión Social, reconociendo la soledad y el aislamiento como problemas de salud pública, entregándoles visibilidad y el impulso para diseñar líneas de acción y asignar recursos para abordarlos (OMS, 2025). Ese mismo año, el director general de Salud Pública de los Estados Unidos declaró la soledad como una importante amenaza para la salud pública en el siglo XXI (U.S. Department of Health and Human Services, 2023), en línea con lo realizado en 2018 por el Ministerio de Salud del Reino Unido, que declaró la soledad como una prioridad sanitaria, creando un Ministerio de Soledad (DCMS, 2018).

En el contexto chileno, si bien los objetivos sanitarios de la Estrategia Nacional de Salud de 2021 a 2030 abordan una amplia gama de temas prioritarios para la salud pública, resulta significativo que la soledad no sea reconocida explícitamente como un problema relevante (Minsal, 2022). Uno de los siete ejes estratégicos del plan –específicamente el segundo eje denominado “Estilos de Vida”– reconoce que los hábitos de las personas están influenciados por condiciones sociales, culturales y ambientales, y que pueden incidir directamente en el desarrollo de enfermedades no transmisibles. Sin embargo, el documento omite considerar el impacto de la falta de vínculos sociales significativos, la ausencia de redes de apoyo y el aislamiento social prolongado, dimensiones clave que configuran la experiencia de la soledad y que tienen implicancias directas en la salud física y mental de la población.

Relacionado con esto, los datos de la Encuesta Bicentenario UC 2023 revelan una realidad preocupante de los actuales vínculos sociales en Chile. Se observa un deterioro en la confianza interpersonal, una sensación creciente de aislamiento, y una disminución en la participación en redes comunitarias, indicadores que apuntan a una cohesión social debilitada. En particular, un 43% de la población declara haberse sentido sola en la última semana, mientras que un 16% experimenta soledad de manera persistente este año. Además, el 19% afirma no tener amigos cercanos y un 13% no mantiene contacto con sus vecinos. La baja participación comunitaria también es evidente: un 68% no pertenece a ningún grupo organizado o club. A esto se suma que solo el 19% cree que se puede confiar en la mayoría de las personas, siendo esta percepción más alta entre adultos mayores y personas de estratos socioeconómicos bajos (UC, 2023).

Aunque la epidemia de soledad afecta transversalmente a diversos grupos de la población, su impacto es particularmente agudo en grupos sociales vulnerables como las madres y padres. Un estudio global reciente reveló que uno de cada tres nuevos padres experimenta sentimientos de soledad (Nestlé y Kantar, 2021). En particular, la soledad materna durante el período perinatal –que abarca las etapas de embarazo, parto y posparto– ha comenzado a recibir atención, aunque todavía se aborda desde una perspectiva clínica, asociándola casi exclusivamente a trastornos de salud mental como la depresión posparto (OMS, 2022), sin considerar adecuadamente el rol protector que cumple la conexión social y el sentido de pertenencia en el bienestar integral de las madres.

En este contexto, medir, visibilizar y atender la epidemia de soledad debería constituir una prioridad y hacerlo específicamente en madres y en quienes las cuidan –como los profesionales de la salud– resulta aún más urgente. Esto, dado que no se puede cuidar adecuadamente –como las madres deben hacerlo con sus hijos e hijas– si no se recibe, a su vez, un cuidado digno y humano. Una madre sola, en ese sentido, es también un bebé expuesto a esa

misma soledad, y un equipo de salud sin vínculos afectivos sólidos enfrenta dificultades para sostener el cuidado con sentido, empatía y presencia. El fenómeno del *burnout*, ampliamente documentado entre profesionales de la salud y cuidadores, da cuenta de este desgaste emocional y de la desconexión relacional que se produce cuando falta una cultura de cuidado recíproco³.

Sin embargo, a diferencia del *burnout*, el fenómeno de la soledad perinatal no cuenta con instrumentos de medición que permitan dimensionar ni caracterizar con mayor precisión su alcance y manifestaciones. En Chile –y podría decirse que en la mayoría de los países– la soledad durante este período constituye una problemática insuficientemente documentada, marcada por la escasez de evidencia empírica y estudios sistemáticos que den cuenta de su magnitud, consecuencias y particularidades.

Algunos estudios recientes han comenzado a explorar este fenómeno utilizando la Escala de Soledad de la Universidad de California de Los Ángeles (UCLA Loneliness Scale), destacando su prevalencia y asociaciones con el bienestar psicológico. Por ejemplo, Arimoto y Tadaka (2019) validaron la escala en madres con lactantes en Japón, identificando una relación significativa entre altos puntajes de soledad y síntomas depresivos. De manera similar, Mandai et al. (2018) documentaron niveles elevados de soledad en madres de niños menores de tres años, vinculándolos a la falta de redes de apoyo y a la sobrecarga de cuidados. En una revisión más amplia, Kent-Marvick et al. (2022) encontraron que la mayoría de los estudios disponibles se concentran en población de adultos mayores, dejando una brecha en la comprensión de necesidades de mujeres embarazadas y padres recientes.

Sin embargo, la literatura sigue siendo limitada: la mayoría de las investigaciones son transversales, basadas en muestras pequeñas o no representativas, y carecen de datos longitudinales o comparativos que permitan comprender la evolución y las causas estructurales de la soledad materna en distintos contextos socioculturales.

Además, este fenómeno suele confundirse con la depresión posparto y tiende a ser patologizado o medicalizado, lo que contribuye a invisibilizar su dimensión relacional y social. Esta carencia de información, por una parte, favorece una respuesta social centrada en la medicalización del malestar, en lugar de promover primariamente una comprensión comunitaria y relacional de la soledad; y, por otra, genera una brecha significativa para el diseño e implementación de políticas públicas efectivas.

3 Washington Post (2 de mayo de 2023). Loneliness poses profound public health threat, surgeon general says. *The Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/health/2023/05/02/loneliness-health-crisis-surgeon-general>.

A nivel internacional, algunas instituciones ya están dando respuestas a la soledad en el marco del sistema de salud. En enero de 2025, la OMS publicó los resultados de una extensa investigación que destaca la compasión como un elemento clave para transformar la atención primaria. Se recalca que la conciencia, empatía y acción mejora la calidad de la atención y fortalece los sistemas de salud (OMS, 2025). En la misma línea, se ha presentado en la literatura el concepto y marco normativo de la ética del amor⁴ que busca responder al fenómeno de la soledad desde la perspectiva institucional y comunitaria. Esa teoría concibe el amor al prójimo y a uno mismo como principios inseparables del cuidado humano y de la formación de comunidades, capaces de renovar la práctica clínica y las instituciones de salud. Más específicamente, permite operacionalizar el amor en contextos clínicos concretos, traducéndolo en presencia intencionada, cuidado sensible y responsabilidad compartida desde el reconocimiento mutuo (De Campos-Rudinsky, 2026).

A partir de este marco introductorio, el presente capítulo se organiza en cuatro secciones. En primer lugar, se revisa el estado de la salud reproductiva y del bienestar en el sistema de salud chileno, con especial atención a las principales iniciativas, leyes y programas vigentes, así como a sus límites para abordar la dimensión relacional y del cuidado. Luego, se presenta el diseño metodológico del estudio y el marco teórico de la ética del amor, desarrollando sus tres dimensiones analíticas. En seguida, se analizan los hallazgos empíricos del trabajo de campo, mostrando cómo estas dimensiones se expresan –y se tensionan– en la experiencia concreta de madres y equipos de salud durante el período perinatal. Finalmente, se propone el Índice de Cuidado Mutuo como una herramienta innovadora para medir, visibilizar y transformar la calidad relacional del cuidado en los servicios de salud, junto con sus proyecciones de implementación e impacto en políticas públicas.

1.2 Salud reproductiva y bienestar en el sistema de salud en Chile

En Chile, la salud reproductiva se inscribe en un marco institucional compuesto por organismos con funciones diferenciadas en materia de formulación de políticas, regulación, fiscalización y gestión de la calidad de la atención. El Ministerio de Salud (Minsal) actúa como la autoridad sanitaria encargada de definir lineamientos, políticas públicas y normas técnicas que orientan la provisión de servicios de salud a nivel nacional. Por su parte, la Superintendencia de Salud tiene como misión resguardar y promover el cumplimiento de los derechos de las personas en salud, mediante la supervisión y fiscalización de prestadores públicos y privados, así como de los aseguradores del sistema. En este contexto, el Observatorio de Calidad en Salud –dependiente de la

4 Durante los años 2022 y 2023, el equipo de investigación liderado por Thana de Campos-Rudinsky desarrolló un proyecto colaborativo con la Universidad de Notre Dame, financiado por la Fundación Luksic, para elaborar un marco ético orientado a evaluar la calidad del cuidado que reciben las madres en el período perinatal dentro de las instituciones de salud chilenas.

Superintendencia— cumple un rol de apoyo a la gestión de calidad, poniendo a disposición información, herramientas y orientaciones vinculadas a la seguridad del paciente, la acreditación de prestadores y el enfoque de atención centrada en las personas. En conjunto, estas instituciones configuran una arquitectura regulatoria orientada principalmente a asegurar estándares de calidad, seguridad y derechos en la atención sanitaria.

Este marco institucional ha permitido avances relevantes en diversos indicadores de salud. En el ámbito de la salud reproductiva, Chile exhibe una baja mortalidad neonatal, situándose entre las tasas más bajas de la región (INE, 2022). Sin embargo, estos logros coexisten con indicadores que revelan tensiones significativas en la forma en que se organiza y vive el proceso de embarazo, parto y nacimiento. En particular, el país presenta una de las tasas de cesárea más altas del continente. Según datos del Comité Regional de Vigilancia de la Indicación de Cesárea del Ministerio de Salud, en 2021, el 42% de los nacimientos en centros de salud públicos y el 65% en centros privados se realizaron por cesárea, alcanzando cerca del 50% del total nacional. Estas cifras superan ampliamente el 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud y el promedio del 28% observado en los países de la OCDE⁵ (Minsal, 2021a).

Estas cifras no constituyen únicamente un problema clínico u obstétrico, sino que permiten visibilizar dinámicas institucionales que inciden directamente en la experiencia personal y relacional de las mujeres durante el período perinatal. La alta medicalización del parto suele ir acompañada de procesos fuertemente protocolizados, relaciones jerárquicas entre pacientes y equipos de salud, tiempos de atención limitados y una menor capacidad de adaptación a las necesidades individuales y contextuales de cada mujer. En este escenario, aun cuando el cuidado técnico pueda ser correcto y seguro, el proceso de parto puede vivirse como una experiencia solitaria, marcada por la sensación de falta de agencia, acompañamiento o reconocimiento. La sobreintervención clínica aparece así estrechamente vinculada a la soledad perinatal, en la medida en que debilita las condiciones para un cuidado personalizado, empático y relacionalmente significativo.

Estas problemáticas habían sido advertidas con anterioridad. En respuesta a ellas, en el año 2008, el Ministerio de Salud elaboró el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, con el objetivo de humanizar la atención del embarazo, parto y nacimiento, disminuir la sobremedicalización y mejorar la experiencia de las mujeres y sus familias. El manual promueve una atención integral, basada en evidencia científica, respetuosa de la dignidad, los valores y las decisiones de las mujeres, y reconoce la importancia del

5 Emol (1 de septiembre de 2022). Cesáreas: 8 de cada 10 en clínicas de la RM. *Emol*. <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2022/09/01/1071574/cesareas-8-10-clinicas-rm.html>.

acompañamiento y de la participación activa de la comunidad como agentes de cambio (Minsal, 2008). No obstante, su implementación ha sido limitada debido a la ausencia de una norma técnica obligatoria y de recursos presupuestarios asociados, lo que ha impedido que sus principios se traduzcan de manera sistemática en las prácticas clínicas cotidianas.

Más recientemente, el Estado ha reforzado este giro hacia la humanización de la atención mediante la creación, en 2024, de la Comisión Asesora en Humanización del Ministerio de Salud y el desarrollo del Plan Nacional de Humanización en Salud. Este esfuerzo representa un avance relevante al reconocer que los desafíos del sistema sanitario no se reducen a dimensiones técnicas, clínicas o de eficiencia, sino que involucran aspectos culturales, relacionales y éticos del cuidado. Sin embargo, todavía se carece de herramientas específicas que permitan medir, visibilizar y abordar de manera sistemática fenómenos como la soledad perinatal, tanto en la experiencia de las mujeres como en la de los equipos de salud que las acompañan.

Así, en términos globales, aunque existen diversas iniciativas, leyes y programas orientados a la salud reproductiva y al bienestar de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto (ver tabla 1), persiste la ausencia de un enfoque holístico e integrado que articule de manera explícita las dimensiones física, mental, emocional, social y relacional de la maternidad. En particular, la soledad que enfrentan muchas madres durante el período perinatal no ha sido reconocida ni abordada de forma explícita por las políticas públicas vigentes, quedando relegada a un punto ciego del sistema de salud. Este vacío resulta especialmente relevante si se considera que el cuidado perinatal no se sostiene únicamente sobre intervenciones clínicas, sino sobre vínculos, presencias y relaciones cuya calidad incide directamente en el bienestar de madres, recién nacidos y equipos de salud.

Tabla 1. **Iniciativas nacionales orientadas a la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres en el sistema de salud**

Iniciativa	Objetivo	Brecha
Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (2008)	Promover una atención integral y personalizada del proceso reproductivo, respetuosa de la dignidad, derechos y decisiones de las mujeres, con enfoque familiar y basado en evidencia.	Carece de obligatoriedad normativa y de mecanismos de evaluación, lo que limita su implementación efectiva. No incorpora indicadores para medir la calidad relacional del cuidado ni la experiencia de acompañamiento o soledad durante el período perinatal.
Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (Ley N° 20.584, 2012)	Regular derechos y deberes en la atención en salud, garantizando acceso, calidad, trato digno e información oportuna.	Aborda el vínculo entre el usuario y el sistema desde una lógica jurídica y procedimental, sin herramientas para evaluar cómo estos derechos se traducen en experiencias vividas de acompañamiento, reconocimiento o pertenencia.
Ley Dominga (Ley N° 21.371, 2021)	Garantizar acompañamiento integral y trato digno en casos de duelo gestacional y perinatal.	Limitaciones de implementación por falta de recursos, formación y condiciones institucionales, lo que dificulta sostener una presencia acompañante real y puede derivar en experiencias de soledad para familias y equipos.
Ley Mila (Ley N° 21.372, 2021)	Garantizar el derecho al acompañamiento durante la atención en salud de mujeres gestantes y niños, niñas y adolescentes.	El acompañamiento se reconoce como un derecho formal, pero no siempre se traduce en una experiencia relacional sostenida, debido a restricciones de infraestructura y organización del cuidado.
Ley Karin N° 21.643 (2024)	Prevenir y sancionar el acoso y la violencia en el trabajo, promoviendo entornos laborales seguros.	Enfoque predominantemente normativo y sancionatorio, que no aborda de manera directa las condiciones relacionales y de cuidado mutuo necesarias para prevenir el desgaste y la soledad laboral en salud.
Comité Asesor en Humanización (2024) y Plan Nacional de Humanización en Salud	Impulsar una transformación cultural hacia una atención más humanizada en el sistema de salud.	Ausencia de métricas específicas para evaluar la dimensión relacional del cuidado, tanto en usuarias como en equipos de salud, lo que limita el alcance transformador de estas iniciativas.

Iniciativa	Objetivo	Brecha
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (Ley N° 21.805, 2026) y Política Nacional de Apoyos y Cuidados 2025-2030 (Chile Cuida)	Sistema nacional de apoyos orientado a personas en situación de dependencia y a sus cuidadores, facilitando el acceso a servicios de cuidado.	No aborda explícitamente el período perinatal ni la dimensión relacional del cuidado, invisibilizando la experiencia de soledad de las mujeres que ejercen el cuidado en contextos de alta vulnerabilidad.

Fuente: elaboración propia.

En conjunto, las iniciativas y marcos normativos sintetizados en la tabla 1 muestran avances relevantes en la regulación del cuidado, la protección de derechos y la promoción de una atención más humanizada en el sistema de salud chileno. Sin embargo, estas políticas también revelan un vacío persistente: la ausencia de herramientas que permitan observar y evaluar de forma sistemática cómo se vive el cuidado en su dimensión relacional durante el período perinatal. En particular, no existen mecanismos que permitan determinar si la atención se experimenta como una presencia comprometida y no paternalista, si el cuidado logra ser universal sin perder sensibilidad a las particularidades ni si el proceso se sostiene efectivamente sobre responsabilidades compartidas, pero diferenciadas entre madres, acompañantes y equipos de salud.

Este desfase entre los principios normativos del sistema y la experiencia vivida del cuidado delimita el problema que aborda este estudio y justifica la necesidad de explicitar sus objetivos, orientados a visibilizar, conceptualizar y medir la calidad relacional del cuidado perinatal.

2. Objetivos del estudio

El objetivo del proyecto es desarrollar un índice que logre evidenciar en qué medida los servicios de salud fomentan una cultura de encuentro y cuidado, y que, además, permita a los servicios construir herramientas, basadas en evidencia, para promover una ética del amor capaz de disminuir el sentimiento de soledad en las madres y en quienes brindan atención durante el período perinatal.

Hoy se mide la depresión posparto, ansiedad materna y *burnout* en los equipos, pero no existe una herramienta que mida lo que ocurre en la dimensión relacional entre las personas que sostienen el cuidado perinatal. Tampoco hay instrumentos que observen las múltiples interacciones entre la madre, el equipo y la institución, ni cómo esas conexiones —o desconexiones— inciden en la experiencia de soledad durante este período. Como ha destacado la OMS (2023):

“Los datos sobre el aislamiento social y la soledad son fundamentales para identificar la magnitud del problema, reconocer tendencias y hacer seguimiento al progreso. Comprender qué intervenciones son más efectivas para reducir el aislamiento social y la soledad es esencial para asignar recursos de manera eficiente e implementar programas que realmente beneficien a las personas”⁶.

Es por esto que la implementación de este índice se proyecta como una herramienta estratégica para dimensionar con mayor precisión la magnitud de la problemática en contextos de atención perinatal y, desde allí, diseñar e impulsar estrategias que permitan abordarla con eficacia y eficiencia.

Los objetivos específicos del estudio son:

- i. Registrar la percepción de cuidado y las emociones experimentadas por las madres gestantes, parejas y personal de salud, tanto en su experiencia de ser cuidados como en la de cuidar durante el período perinatal, dentro del sistema de salud.
- ii. Analizar la experiencia relacional del cuidado perinatal a la luz de las tres dimensiones de la ética del amor, identificando brechas entre los marcos normativos vigentes y las prácticas institucionales.
- iii. Operacionalizar las dimensiones de la ética del amor, definiendo las variables específicas, observables y medibles que permitan su monitoreo, seguimiento y valoración cuantitativa.
- iv. Diseñar el instrumento de medición, específicamente el fraseo de los ítems y la progresión de las preguntas, con base en las dimensiones de la ética del amor, definiendo las variables específicas, observables y medibles que permitirán el monitoreo, seguimiento y valoración cuantitativa del cuidado mutuo en los servicios de salud, considerando tanto el contexto en que se aplicarán como las posibilidades de codificación de los resultados.

3. Metodología

En coherencia con los objetivos del estudio, la metodología planteada se enmarca en un enfoque cualitativo para abordar el problema de estudio durante el período perinatal, considerando tres momentos: controles perinatales, el parto y el posparto. El análisis se basó en la percepción de cuidado y las emociones experimentadas por los actores involucrados, tanto en su experiencia de ser cuidados como en la de cuidar. Las distintas herramientas planteadas permitieron ahondar en cómo los distintos actores experimentan las tres dimensiones de la ética del amor, y en cómo estas experiencias permiten identificar brechas y elementos observables del cuidado relacional.

⁶ Ver en *Transforming the evidence base* en el siguiente enlace: <https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection>.

Las herramientas de levantamiento de información fueron las siguientes:

- i. Seguimientos a madres gestantes: se realizaron dos seguimientos (*walkthroughs*) a madres gestantes mayores de 18 años. Estos consistieron en que un miembro del equipo investigador acompañara a la madre en distintas actividades relacionadas con el centro de salud público y privado en que se atiende. No se acompañó a la madre durante los procedimientos clínicos ni el proceso de parto.
- ii. Seguimientos a personal de salud: se realizaron seis seguimientos a personal de salud, durante su jornada laboral. Durante ellos, al igual que en el caso de las madres gestantes, el investigador observó los puntos de contacto con la madre gestante, así como también las interacciones con los integrantes del equipo de salud, la infraestructura y organización del servicio, entre otros. Los seguimientos a personal de salud en ningún caso incluyeron procedimientos médicos.
- iii. Grupos focales: se realizaron cuatro grupos focales en formato digital, con un total de 17 participantes compuestos por madres y padres o parejas; obstetras; matronas y enfermeras; y técnicos y técnicas de nivel superior en enfermería (TENS).
- iv. Entrevistas en profundidad: con el fin de abordar aspectos relevantes que surgieron durante los seguimientos y grupos focales, así como para recoger las experiencias y percepciones de personas de los equipos que no formen parte del perfil invitado a los grupos focales, se realizaron seis entrevistas en profundidad a informantes clave, en formato *online*: una matrona, cuatro personas de administración y una psicóloga perinatal.

4. Marco teórico de la ética del amor

La ética del amor para las instituciones se propone como un marco normativo y práctico para analizar y orientar las realidades institucionales, colocando el amor –entendido como virtud y razonamiento práctico orientado al bien común– en el centro del diseño institucional (De Campos-Rudinsky, 2026). En diálogo con la ética del cuidado y con tradiciones comunitaristas (como Alasdair MacIntyre, Michael Sandel, John Finnis y Tomás de Aquino), este enfoque ofrece categorías analíticas relevantes para el estudio del cuidado en contextos institucionales. En el ámbito de la salud, dichas categorías permiten examinar no solo prácticas clínicas, sino también relaciones, roles y condiciones organizacionales que configuran la experiencia del cuidado.

En este estudio, la ética del amor se estructura en torno a tres dimensiones fundamentales que permiten analizar y redefinir el cuidado en los entornos de salud: cuidado universal, pero personal; responsabilidades compartidas, pero diferenciadas; y presencia comprometida, pero no paternalista. Estas fueron desarrolladas de manera deductiva e inductiva a partir del análisis

cualitativo realizado para la construcción del Índice de Cuidado Mutuo y se presentan a continuación.

i. Cuidado universal y personal

El cuidado en salud debe ser accesible a todas las personas, pero su efectividad depende de su capacidad para adaptarse a contextos, historias y necesidades particulares. Esta dimensión rechaza una aplicación rígida de los protocolos que, si bien puede promover eficiencia y seguridad, corre el riesgo de invisibilizar a las personas y desconectarlas emocionalmente del entorno de cuidado.

Una atención verdaderamente adecuada requiere flexibilidad razonable: la posibilidad de introducir ajustes situados cuando estos mejoran la experiencia de cuidado sin comprometer la seguridad clínica. Esto puede incluir, por ejemplo, permitir la presencia de un acompañante significativo durante el parto, respetar decisiones sobre posiciones para dar a luz o favorecer la movilidad durante ciertos procedimientos.

Desde la ética del amor, esta personalización del cuidado no se entiende como un gesto excepcional, sino como una expresión concreta del reconocimiento de la singularidad de cada persona. Detalles aparentemente menores —el tono, el tiempo, la atención— adquieren relevancia moral en la medida en que permiten que la madre se sienta vista, escuchada y respetada. Este tipo de cuidado no solo impacta en el bienestar emocional, sino que también fortalece los vínculos con el recién nacido y con los equipos de salud.

ii. Responsabilidades compartidas y diferenciadas

El cuidado perinatal es una tarea colectiva que involucra a múltiples actores con roles, saberes y responsabilidades distintas: médicos, matronas, TENS, doulas, parejas y la propia madre. Esta dimensión cuestiona los modelos jerárquicos de atención y propone avanzar hacia formas de organización del cuidado que reconozcan la complementariedad entre roles y la legitimidad de distintos tipos de conocimiento.

La corresponsabilidad no implica homogeneidad ni simetría absoluta, sino una distribución clara y respetuosa de funciones, acompañada de reconocimiento mutuo. Cada actor contribuye desde su lugar específico y el buen cuidado depende de que estas contribuciones puedan articularse sin anular la agencia de los demás.

Desde esta perspectiva, cuidar bien implica también cuidar a quienes cuidan. La ética del amor subraya que no puede sostenerse una práctica de cuidado genuina en contextos donde los equipos experimentan sobrecarga, invisibilización o aislamiento. La construcción de comunidades de cuidado mutuo se vuelve, así, una condición para el florecimiento tanto de pacientes como de profesionales.

iii. Presencia comprometida y no paternalista

Estar presente para una madre durante el proceso perinatal no significa sobreprotegerla ni sustituir su capacidad de decisión. Significa acompañarla con atención plena, empatía y respeto, reconociendo su agencia y evitando la imposición de decisiones que desconozcan su experiencia.

La presencia comprometida constituye el núcleo del amor institucional. Supone escuchar, discernir junto al otro y actuar con prudencia práctica, más allá del cumplimiento formal de protocolos o gestos estandarizados de empatía. No se trata de intensificar la intervención, sino de crear condiciones reales para el encuentro.

Esta dimensión también pone de relieve la necesidad de equilibrar espacios de comunidad y de soledad. Las instituciones de salud deben ser capaces de ofrecer momentos de recogimiento y privacidad, así como oportunidades de vínculo y pertenencia, reconociendo que ambas dimensiones son necesarias para sostener el cuidado perinatal de manera humana y no invasiva.

En conjunto, estas tres dimensiones permiten desplazar el foco desde una comprensión del cuidado centrada exclusivamente en la eficiencia y la productividad hacia una concepción que valora la calidad de los vínculos, la experiencia de pertenencia y la posibilidad de un cuidado genuino. Este marco teórico ofrece así una base analítica para examinar las brechas entre los principios normativos del sistema de salud y la experiencia vivida del cuidado perinatal, así como para orientar el desarrollo de instrumentos que permitan medirla y transformarla.

5. Datos recolectados y principales resultados

Los resultados del material empírico recolectado mediante las entrevistas, seguimientos y grupos focales se examinaron a la luz del marco teórico de la ética del amor. Este enfoque permitió identificar cómo se expresan, en la práctica cotidiana, los principios relacionales del cuidado en la atención que reciben las madres y en la experiencia de los equipos de salud que las acompañan, tanto antes como después del parto. Cada una de las tres dimensiones del marco fue utilizada como lente analítico para interpretar las vivencias, tensiones y oportunidades que emergen desde la realidad clínica.

A continuación, se presenta el análisis temático de los hallazgos obtenidos en terreno, estructurado según estas dimensiones.

5.1 Presencia comprometida y no paternalista

La presencia comprometida es entendida por los entrevistados como la capacidad de acompañar genuinamente, de “estar con” las pacientes de manera cercana, disponible y atenta. Este tipo de presencia –afectiva y activa– es

valorada como un componente esencial del buen cuidado por parte de los equipos de salud. Sin embargo, su realización se ve fuertemente tensionada por las condiciones estructurales del sistema, en particular por la falta de tiempo, escasez de personal y limitaciones físicas del entorno de atención. La sobrecarga laboral aparece reiteradamente como un obstáculo que impide sostener esta presencia de manera adecuada, y que exige a los profesionales realizar sacrificios personales que impactan no solo en la calidad de la atención brindada, sino también en su propio bienestar físico y emocional. En este contexto, el deseo de acompañar de forma plena y humana se contrapone a un entorno que muchas veces obliga a priorizar la eficiencia y la rapidez por sobre la relación y el cuidado profundo.

“Atender a la paciente igual con buena cara de todo, porque igual ninguna de nosotros, ahí con mala cara de atender un paciente, igual lo hacemos correctamente, como debe ser. Entonces entrábamos, la saludábamos y le decimos ‘¿qué necesita?’, y ahí la señora te dice, pero ya tú puedes ayudarle un ratito y después le tienes que decir ‘ya, sígalo intentando usted’, pero porque yo no puedo seguir. Pero a veces no le decimos que tenemos otras pacientes, sino que lo hacemos muy rápido. Pero yo creo que ellas igual se dan cuenta, entonces, después les decimos y ahí después volvemos; así como que ellas lo hagan y después volvemos. Yo creo que ellas igual se dan cuenta y, como usted decía, las pacientes se sienten solas, así como agobiada” [participante grupo focal, TENS].

“Que claro, al final la carga es tan alta en el día, claro, son dos matronas, pero uno se encarga de todo lo que es recién nacido y la otra se encarga de todo lo que es de la púerpera. Y en la noche una se queda sola. Entonces, a mí me pasaba que, una vez llegué a tal punto que tenía que cronometrar cuánto tiempo podía demorarme por cada paciente” [participante grupo focal, matrona].

“A veces, ni siquiera comer por la cantidad de carga. Entonces, de repente me frustraba mucho, porque yo quería darle un cuidado más personalizado a una paciente. Quería contener más a una paciente, quería ayudarle con la lactancia más a una paciente y las condiciones mismas no me lo permitían” [participante grupo focal, matrona].

Uno de los temas que emerge con fuerza, especialmente desde la perspectiva del equipo médico, es la importancia de una presencia activa y afectiva por parte de los profesionales de la salud. Esta se expresa a través de gestos concretos de acompañamiento, escucha atenta y disponibilidad genuina, que trascienden lo meramente técnico. Los médicos relatan cómo intentan establecer una relación de confianza con las pacientes, anticipándose a sus necesidades, explicando cada etapa del proceso y asegurando que se sientan vistas y cuidadas. La comunicación clara y empática aparece así como un

componente central de esta presencia, permitiendo contener, orientar y cuidar de manera integral.

“...dejo claro cómo es nuestra relación y creo que eso es súper importante para las pacientes: ¿cuál es la vía de comunicación con tu médico? ¿a dónde puedes acudir? Me adelanto a algunas cosas que van a ir pasando. Le voy contando los hitos. Me preocupa mucho conversar con ella sobre la presión social que significa estar embarazada” [participante grupo focal, médico].

“la educación es clave (...) trato de contarles que van a estar en ese medio, de tal manera que sientan un refugio y una protección en los controles con canales abiertos para ir adquiriendo información relevante que les pueda ayudar a llevar este proceso [de parto]. Lo segundo es conocer su red de apoyo” [participante grupo focal, médico].

Desde la perspectiva de las matronas y TENS, se observa una tensión persistente entre el tipo de cuidado que les gustaría brindar y las limitaciones impuestas por la organización del trabajo, la falta de tiempo y los recursos materiales disponibles. Si bien existe la intención explícita de acompañar a las pacientes mediante una presencia comprometida, las condiciones laborales dificultan su realización, generando una sensación recurrente de frustración en el personal no médico.

“¡Qué lata que tengas un parto en un lugar donde se hacen cirugías todo el día! Como el tema del ambiente, corta mucho el flujo y todo el tema neurohormonal del parto mismo. Entonces, una paciente que está llena de oxitocina y todo eso y de un lugar con calor de un parto, por ejemplo, llevarla a un lugar frío que, obviamente se calienta un poquito, pero todo el tema del ambiente de parto se rompe mucho y ahí el tema del acompañamiento, de que no es un flujo directo de todo, ir cambiando todo el rato. Entonces, si generaste un vínculo justo con la matrona parto, después sonaste, porque te vas con la que está en pabellón” [participante grupo focal, matronas].

Por su parte, las pacientes entrevistadas mencionan la entrega de información y la disponibilidad del equipo médico como elementos centrales de sentirse acompañadas. En estos relatos, la presencia comprometida se asocia directamente al tiempo dedicado, a la claridad comunicacional y a la atención a sus necesidades particulares.

“Yo estuve a punto de irme a cesárea, me entraron a explicar y entró el doctor que estaba de turno en ese momento, y me explicó. Me dijo, ‘mira, tu doctor viene en camino. Pero yo estoy aquí, yo me llamo tanto, voy a estar acompañándote, estoy mirando lo que te está pasando’. Como que me bajó mucho la ansiedad que él fuera y me dijera, ‘yo estoy aquí, estoy presente, te vamos a cuidar’; ‘estamos atentos a lo que le está pasando tu guagüita’ [participante grupo focal, madre].

“Yo he tenido un muy buen acompañamiento de mi doctora. De hecho, estoy con la matrona desde las 35 semanas, y me ha explicado paso tras paso lo que tengo que hacer y qué no, y cómo va a ser mi plan de acción. Tengo muy buena comunicación con mi ginecóloga y con mi matrona, me habla, le puedo hablar por WhatsApp. Le puedo hablar por correo y me contesta casi inmediatamente. Entonces es importante sentirse acompañada de la familia y la doctora, yo pidiéndole favores por correo, y me contestó inmediatamente” [paciente entrevistada].

Finalmente, los entrevistados también advierten el riesgo de una presencia paternalista, en la que el cuidado se transforma en imposición. Desde esta perspectiva, una presencia verdaderamente comprometida requiere atender a las necesidades y particularidades de las pacientes sin anular su agencia ni desconocer su capacidad de participar en las decisiones que afectan su proceso de atención.

“Entonces, en nuestra misión siempre va a estar el cuidado de que las pacientes sean bien acogidas. Bien atendidas en sus preocupaciones, tanto en los aspectos científicos como en los aspectos de carácter moral. Y, en ese escenario, recomendamos siempre preguntarle al paciente cuando viene a atenderse: qué es lo que necesita, cuál es la razón que lo trae a buscar atención médica. Porque ocasionalmente uno detecta problemas que el paciente no detectó, que tal vez son más graves y que médicamente hay que atenderlo, pero siempre tenemos que ser capaces de resolver aquel aspecto que la trajo a buscar atención médica o ayuda, si se le quiere llamar. El médico va a ayudar a la paciente y mi primera misión es detectar eso. Igual te diría que todavía un porcentaje alto de los pacientes disfruta del modelo paternalista y prefiere que el médico adopte las decisiones. Pero progresivamente va apareciendo también el modelo de trabajo en equipo, por así decirlo, donde el médico y el paciente adoptan las decisiones y un porcentaje pequeño en Chile de pacientes que privilegian su autonomía. Entonces, es parte de tu rol médico, en mi opinión, reconocer las necesidades del paciente” [funcionario de la salud entrevistado].

5.2 Cuidado universal y personalizado

El cuidado se entiende como un derecho universal, pero su ejercicio requiere personalización, es decir, atender a las particularidades de cada paciente, su historia, miedos, expectativas y contextos. Según lo señalado por los entrevistados del área de la salud, los protocolos constituyen un punto de base necesario para la atención, sin embargo, pueden despersonalizar si se aplican sin sensibilidad. Desde la ética del amor, esta tensión se traduce en la necesidad de reconocer la singularidad del otro sin renunciar a criterios comunes de cuidado.

Entre los médicos entrevistados, parece haber claridad acerca de que los protocolos son un punto de partida para la atención, aunque es necesario

conocer en profundidad las necesidades de las pacientes para poder brindar un cuidado adecuado a su particularidad. Esto se condice con la importancia de la comunicación mencionada anteriormente.

“Tenemos hartos protocolos, pero siempre está la atención personalizada. (...) El protocolo es un marco teórico, pero después viene la sintonía fina: esta paciente no es la misma que la que está al lado, aunque parecen iguales” [médico entrevistado].

Sin embargo, entre matronas y TENS no aparenta existir la misma visión. Para las personas que participaron en los grupos focales, parece existir una tensión con relación a cómo los protocolos pueden terminar rigidizando la forma de atender a las pacientes y, finalmente, no atender a sus necesidades particulares:

“A mí personalmente no me gustaría tener una guagua ahí, porque si bien ya uno conoce a las personas, todo de partida es muy medicalizado, todo muy siguiendo pautas. Es muy estricto todo (en referencia a los protocolos)” [participante grupo focal, funcionario de la salud].

En esa misma línea, otra participante menciona la necesidad de adaptarse a las necesidades de la paciente y no al revés: “como que es más adaptar a la paciente. Para nosotros es como adaptar el lugar para la paciente, y eso ya sería un cuidado más centrado del paciente, más que como de seguir un flujo” [participante grupo focal, funcionario de la salud].

En este aspecto hay claramente una tensión. Por un lado, existe una conciencia profunda entre los profesionales de salud de que el cuidado debe ser realmente personalizado, es decir, sensible a las necesidades, contextos, emociones y experiencias particulares de cada paciente. Este tipo de atención reconoce la dimensión humana del proceso de salud y enfermedad, y permite generar vínculos de confianza que son clave para una experiencia positiva, especialmente en el período perinatal. Por otro lado, la protocolización de la atención –es decir, el establecimiento de procedimientos estandarizados para guiar la práctica clínica– ofrece una forma de asegurar criterios mínimos de calidad, eficiencia, seguridad y responsabilidad legal. Esta permite actuar con rapidez y claridad en situaciones críticas y reduce la incertidumbre tanto para los profesionales como para las instituciones. Sin embargo, cuando los protocolos se aplican de manera rígida o sin un juicio clínico situado, pueden despersonalizar la atención, homogeneizar experiencias muy diversas y desconocer la autonomía y singularidad de las personas atendidas. De esta manera, lo que debería ser una herramienta para mejorar el cuidado puede transformarse en una barrera para la empatía, la flexibilidad y la respuesta adecuada a las necesidades reales de las pacientes.

El desafío, entonces, es encontrar un equilibrio dinámico entre estos dos elementos: mantener la seguridad y eficiencia que ofrece la protocolización, sin perder la capacidad de ver, escuchar y responder al otro como un ser único y digno de una atención humanizada.

Tensión entre soledad y comunidad

La experiencia del puerperio y del trabajo clínico está marcada por una tensión entre el deseo de comunidad y la necesidad de espacios de soledad no para el asilamiento sino para la autorreflexión y el autocuidado. Las y los profesionales transitan entre el agotamiento, la sobrecarga emocional y la búsqueda de espacios de contención. La ética del amor exige reconocer que el cuidado no puede ser sostenido sin cuidar a quienes cuidan.

Los profesionales comentan distintas estrategias para hacer frente a la sobrecarga y establecer espacios de autocuidado. Sin embargo, estas son mayormente autogestionadas y no se percibe un apoyo real por parte de las jefaturas en el área, lo que genera una sensación de ser “poco cuidado” en el trabajo por parte de la organización, tensionando el cuidado hacia las pacientes. Una TENS comenta al respecto:

“El nivel de estrés en la maternidad, tanto de matronas como de las TENS, es bien alto. Porque, claro, hay una sensación en general de que no hay tanto apoyo de las jefaturas para esa cosa [autocuidado], es como de: mientras más turno hagái, mejor; mientras más cumplái, mejor, pero ¿a qué costo?” [participante grupo focal, TENS].

5.3 Responsabilidad compartida y diferenciada

El trabajo interdisciplinario es valorado como un ideal, pero se presenta en la práctica como un desafío. Si bien se reconoce la complementariedad de roles, persisten jerarquías y desigualdades que afectan tanto la calidad del cuidado como el bienestar de los equipos. La falta de horizontalidad y las diferencias en la forma de comprender el cuidado se hacen evidentes en los relatos de TENS y matronas: “Nosotras ejecutamos lo que ellos dicen, no más” [participante grupo focal, TENS].

“Entonces igual la matrona tiende a cuidar más este proceso, como número uno, considero yo. El médico, obviamente, tiende a ver todo más de la patología, entonces, generalmente, lo que he cachado, es que están más asustados y no dejan que la mujer tenga su proceso más fisiológico” [participante grupo focal, matronal].

Las diferentes miradas y aproximaciones al cuidado de los integrantes del equipo médico generan roces, agotamiento y la sensación de que no es tan fácil pedir ayuda al vecino. Asimismo, la paciente se percibe en un rol pasivo con respecto a su trabajo en el proceso de parto, dado que no necesariamente cuenta con la información suficiente para ejercer un rol más activo.

5.4 Otros aspectos

Judicialización y desconfianza

La creciente judicialización percibida por los entrevistados, sobre todo los médicos, genera un clima de desconfianza que amenaza el vínculo entre médicos, pacientes y sus familias. El miedo a ser demandado transforma el cuidado en una práctica defensiva, alejando al profesional del paciente: “Pero antes también el paciente era menos exigente y había menos vericuelo legal, menos riesgos de ser demandado” [participante grupo focal, médico].

Si bien se reconoce la necesidad de normas que regulen la calidad de la atención, también se reconoce un cierto temor a ser demandado, lo que termina por despersonalizar la atención:

“Si salió de la ley es porque hubo fallas en algún proceso, entonces hay que obligar a la población a que lo haga. Las leyes en obstetricia. Yo creo que sí, hay muchas que son necesarias. Son derechos que tienen las pacientes, pero los pacientes y los familiares a veces se van para el otro lado. A veces son súper, súper estrictas, y cuando uno, mientras más normas ponga en distintas cosas, más se despersonaliza la atención en salud, si es que uno tiene que seguir el protocolo” [matrona entrevistada].

Por último, se observa una tensión crítica entre la normativa y la realidad institucional: aunque existen leyes que buscan garantizar cuidados respetuosos y diferenciados –como la Ley Dominga– no se asignan recursos ni personal suficiente para implementarlas adecuadamente. Esto genera una sobrecarga emocional y operativa en los equipos de salud, quienes, pese a sus mejores intenciones, no cuentan con las condiciones necesarias para brindar el cuidado que se exige:

“Es fome, porque nosotros también estamos desprotegidos ante la ley, digamos ahora tenemos una ley que respalda todos estos cuidados, pero sin ningún financiamiento. Por ejemplo, Ley Dominga, que no puede escuchar ninguna guagua, que tienen que estar separadas, que no sé qué, pero somos las mismas dos matronas que estamos en el parto, por ejemplo, entonces estamos viendo todas las pacientes embarazadas, incluyéndola a ella (a la que está teniendo la pérdida gestacional)” [matrona entrevistada].

Infraestructura y condiciones materiales del cuidado

La precariedad de los espacios físicos, la falta de recursos y la sobrecarga laboral limitan la posibilidad de ejercer un cuidado amoroso. En este sentido, la infraestructura condiciona el cuidado de las pacientes, generando situaciones que se alejan de las características definidas para una atención personalizada y amorosa del parto. Aspectos como la privacidad o un ambiente “cálido” se ven dificultados por la falta de espacios adecuados a la experiencia que se intenta ofrecer a las pacientes.

“Es muy distinto tener tu trabajo de parto en tu sala, sala con puertas y ventanas, porque estos partos tienen cortina, no tienen ventanas y después atender tu parto ahí mismo y que tu guagua la sacan de inmediato; no está contigo” [matrona entrevistada].

“Hay que ir protegiendo la privacidad. Y las mujeres lo agradecen mucho (...) Entonces también hacerle entender a ella que es su derecho, la privacidad” [participante grupo focal, matrona].

En conjunto, los resultados muestran que la soledad perinatal no emerge como una experiencia excepcional, sino como un fenómeno estructural, producido en la intersección entre prácticas clínicas, condiciones organizacionales y marcos normativos. Las tensiones observadas en torno a la presencia, la personalización del cuidado y la distribución de responsabilidades permiten identificar patrones recurrentes de desconexión relacional que no son capturados por los instrumentos actualmente disponibles en el sistema de salud. Este diagnóstico empírico fundamenta la necesidad de una herramienta que permita traducir estas dimensiones relacionales en variables observables, comparables y accionables, orientando así procesos de evaluación y mejora institucional.

6. Presentación Índice de Cuidado Mutuo

A partir de los hallazgos empíricos y del marco analítico desarrollado, se propone que los servicios de salud, tanto públicos como privados, incorporen la aplicación de un Índice de Cuidado Mutuo (ICM), como parte de sus procesos internos de evaluación y mejora continua. Este instrumento permitiría identificar fortalezas y brechas en las prácticas de cuidado, así como monitorear de manera sistemática la calidad de los vínculos y la experiencia de quienes participan en el proceso de atención, promoviendo una cultura institucional más humana, recíproca y centrada en las personas.

El análisis de los datos recolectados permitió derivar y definir las variables e indicadores clave que compondrán el ICM, orientado a medir la presencia o ausencia de una cultura de cuidado en los servicios de salud, con especial énfasis en la atención perinatal. A continuación, se presentan dichas variables e indicadores, organizados según las tres dimensiones analíticas que guiaron esta investigación.

Tabla 2. Matriz de indicadores del Índice de Cuidado Mutuo en sus tres dimensiones

Dimensiones	Definiciones	Variables	Indicadores
Presencia comprometida y no paternalista	Sentir que el otro te acompaña y está presente con plena atención y empatía, sin asumir que sabe mejor que yo lo que es mejor para mi propio bienestar.	La persona es receptora de una mirada atenta.	Recibió un trato cálido y atento incluso en pequeños detalles.
			Recibió un trato delicado (versus brusco y/o apurado).
			Sus necesidades particulares fueron no solamente atendidas, sino que, a veces, incluso anticipadas.
			Hubo tiempo, espacio y capacidad para sentirse acompañada.
		La persona es receptora de una escucha empática.	Se sintió escuchada en su situación, entendían por lo que estaba pasando.
		La persona es receptora de una comunicación genuina, que no infantiliza.	Recibió una respuesta honesta y genuina, explícita a sus requerimientos y/o preguntas.
			Se sintió suficientemente segura para abrirse y estar vulnerable frente al otro.

Dimensiones	Definiciones	Variables	Indicadores
<p>Cuidado universal y personal</p>	<p>El cuidado para ser justo debe ser universal. Universal no quiere decir homogéneo, sino que accesible y adecuado a todos. El cuidado, para ser efectivo, debe ser adaptado a cada persona, en su individualidad, satisfaciendo las necesidades individuales.</p>	<p>El cuidado es adecuado para todos.</p>	<p>Pacientes y equipos recibieron el cuidado y atención que necesitaban.</p>
			<p>Pacientes y equipos tuvieron la capacidad de autocuidarse.</p>
		<p>El cuidado es accesible a todos.</p>	<p>Todas las pacientes recibieron la misma información sobre la fisiología del parto.</p>
			<p>Todas las pacientes presentaron y conversaron con el equipo de salud sobre su plan de parto, los posibles escenarios, procedimientos, complicaciones, y expectativas de cuidado.</p>
			<p>Todas las pacientes conversaron con el equipo de salud sobre los consentimientos informados y sintieron que habían entendido su contenido.</p>
		<p>Las necesidades y preferencias básicas de cada persona son acogidas y ajustadas de manera razonable.</p>	<p>Los protocolos fueron flexibilizados para responder a algunas de sus necesidades y preferencias.</p>
			<p>Los pequeños detalles que se le brindaron la hicieron sentir conocida, reconocida y especial.</p>
			<p>Se sintió seguro/a (paciente y equipo) y no se sintió amenazada o asustada para vivir su rol dentro de ese proceso.</p>

Dimensiones	Definiciones	Variables	Indicadores
Responsabilidades compartidas y diferenciadas	En una comunidad de cuidado mutuo y multidireccional hay distintos roles, conocimientos, experiencias, y responsabilidades, todos complementarios e integrados, de manera que promuevan el bien común de todos los involucrados y el bien de cada uno individualmente.	Existe conocimiento de los distintos roles.	Tuvo claridad de su rol y su quehacer (sabe del proceso del parto, de sus deberes y derechos como paciente).
		Se sintió respetada/o (no infantilizada) y reconocida en su rol y experiencia por los otros actores (por las madres, matronas y médicos).	
		Conoció y respetó el rol de los otros actores involucrados en el proceso perinatal.	
		Existe respeto de las distintas experiencias (incluyendo la fenomenológica de la madre y el acompañante).	Tuvo los medios (tiempo y espacio) para cumplir su rol con confianza.
		Se sintió protagonista en su rol en el proceso perinatal.	
		Se sintió respaldada por los otros, para poder cumplir su rol.	
		Confió en que los otros actores cumplieran satisfactoriamente con su rol.	
		Toma de decisiones compartidas: la autoridad para la toma de decisiones es descentralizada y horizontal.	Pudo tomar decisiones sobre los aspectos que le competen durante el proceso perinatal.
		Sus conocimientos y perspectivas fueron valorados en la toma de decisiones.	
Sintió libertad para disentir de alguna decisión.			

El Índice de Cuidado Mutuo se propone como un instrumento de aplicación dual, dirigido tanto a mujeres durante su período perinatal como a los equipos de salud. Las mujeres recibirán una solicitud para completar este índice luego de sus consultas a través de un código QR, mientras que su implementación en los equipos de salud se realizará de manera periódica, con una frecuencia a definir en etapas posteriores de validación del instrumento. Los resultados obtenidos se visualizarán en un tablero interactivo (*dashboard*), lo que facilitará el seguimiento y análisis continuo del proceso de cuidado.

Cada servicio de salud deberá convocar, al menos una vez al año, a una instancia formal de revisión y análisis colectivo de los resultados del ICM. Estas instancias no deberán concebirse como actos administrativos, sino como espacios deliberativos orientados a fortalecer redes de apoyo mutuo entre los equipos de trabajo y a consolidar una cultura institucional basada en el cuidado corresponsable. Se espera que esta revisión colectiva favorezca la identificación de oportunidades de mejora, el reconocimiento de buenas prácticas y la promoción del aprendizaje compartido, contribuyendo así a una lógica de mejora continua entendida como un proceso dinámico de ajuste y transformación institucional.

Finalmente, esta herramienta permitirá contar con evidencia sistemática para orientar la elaboración de guías de atención y recomendaciones institucionales. Asimismo, ofrecerá a actores como el Minsal, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, así como a hospitales y clínicas, una plataforma de diagnóstico y mejora continua, que fortalezca el sentido de pertenencia y comunidad. De este modo, se proyecta que el índice pueda ser adoptado tanto por servicios de salud – en particular, maternidades – como por organismos estatales de fiscalización como la Superintendencia de Salud, no con fines punitivos, sino como un mecanismo de visibilización y seguimiento agregado de la realidad nacional en torno a la soledad perinatal.

6.2 Implementación

La implementación del ICM no se concibe como una reforma normativa exhaustiva ni como un nuevo sistema de fiscalización, sino como un mecanismo gradual de integración institucional, orientado a fortalecer procesos de evaluación, aprendizaje y mejora continua ya existentes en el sistema de salud chileno. En este sentido, la propuesta se inscribe en un enfoque incremental y realista, que busca articular el índice con marcos normativos, dispositivos de gestión y capacidades institucionales actualmente vigentes, sin introducir cargas administrativas adicionales ni lógicas punitivas.

Desde el sistema de salud público, diversos actores han enfatizado la necesidad de avanzar hacia un enfoque de humanización en la atención sanitaria, entendido como un cambio cultural profundo, más que como una

intervención aislada. Esta orientación ha sido descrita por autoridades del sector como la necesidad de instalar progresivamente “un nuevo paradigma de atención”, capaz de permear las prácticas, relaciones y estructuras organizacionales del sistema de salud [entrevista a funcionario del Minsal]. En esta línea, la creación del Comité Asesor en Humanización del Ministerio de Salud en 2024 y el desarrollo en curso del Plan Nacional de Humanización en Salud constituyen antecedentes institucionales relevantes que evidencian una voluntad política por dotar de mayor coherencia y profundidad a las estrategias de humanización de la atención.

En este contexto, la Ley N° 20.584 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes –que establece estándares de calidad, trato digno e información en las atenciones de salud, y cuya fiscalización corresponde a la Superintendencia de Salud– ofrece un marco normativo propicio para la incorporación de herramientas de evaluación que permitan observar cómo dichos principios se traducen en la experiencia concreta de cuidado. El Índice de Cuidado Mutuo puede así funcionar como un instrumento complementario de autoevaluación institucional, generando información agregada que permita a los servicios de salud identificar fortalezas y brechas en la dimensión relacional del cuidado, sin individualizar responsabilidades ni sancionar prácticas específicas.

Asimismo, el Observatorio de Calidad en Salud, dependiente de la Superintendencia de Salud, orienta su quehacer desde el enfoque de atención centrada en las personas, y cuenta con sistemas de monitoreo de calidad clínica y de experiencia usuaria. No obstante, actualmente no dispone de una métrica específica que permita evaluar la corresponsabilidad del cuidado ni la calidad de los vínculos entre usuarios y equipos de salud. En este sentido, el ICM podría constituirse como un indicador complementario dentro de los sistemas de gestión de calidad, aportando evidencia sistemática sobre una dimensión hasta ahora poco observada: el cuidado relacional en contextos perinatales.

Respecto de su adopción institucional, la implementación del índice se concibe como progresiva y flexible. En una primera etapa, su uso podría ser promovido como parte de los procesos de mejora continua y aprendizaje organizacional, más que como un requisito formal de acreditación. Solo en una fase posterior –y una vez validado empíricamente el instrumento– podría evaluarse su incorporación como insumo para instancias de supervisión o monitoreo sectorial, siempre bajo criterios de anonimización y análisis colectivo de los datos.

En relación con la visualización de resultados, la propuesta de un tablero interactivo (*dashboard*) se entiende como una herramienta interna de apoyo a la gestión y al análisis reflexivo de los datos por parte de los propios servicios de salud. Si bien la Superintendencia de Salud cuenta con plataformas públicas de datos interactivos, esta propuesta no supone la publicación directa de

resultados institucionales individuales, sino la posibilidad de articular formatos y estándares de visualización compatibles con los ya existentes, de modo de facilitar el análisis agregado, comparativo y longitudinal de la información generada por el índice.

Finalmente, la implementación del ICM se concibe como un proceso que requiere acompañamiento institucional, comunicación clara y espacios de deliberación interna. La experiencia comparada muestra que los equipos de salud suelen manifestar resistencias frente a nuevas formas de evaluación, especialmente cuando estas son percibidas como amenazas al rol profesional o a la autonomía clínica. Por ello, la adopción del índice debería ir precedida de instancias formativas que expliquen su propósito, alcances y resguardos éticos, enfatizando su carácter no punitivo y su potencial como herramienta de apoyo al cuidado de quienes cuidan. De este modo, la implementación del ICM se proyecta como un componente más de una estrategia de humanización del sistema de salud, orientada a fortalecer comunidades de cuidado, y a prevenir la soledad perinatal desde una perspectiva institucional y relacional.

7. Conclusiones

Este estudio ha mostrado que la soledad perinatal constituye una forma específica, persistente y aún insuficientemente visibilizada de sufrimiento relacional, que afecta tanto a las madres como a quienes las cuidan durante el embarazo, parto y posparto. En un contexto global en el que la denominada epidemia de soledad comienza a ser reconocida como un problema de salud pública, el caso chileno revela una paradoja significativa: si bien existen marcos normativos, programas y esfuerzos institucionales orientados a la humanización de la atención, persiste una ausencia de herramientas conceptuales y métricas capaces de capturar la dimensión relacional del cuidado perinatal.

El análisis del contexto nacional evidencia un entramado de leyes, manuales, programas y comités —entre ellos la Ley N° 20.584, la Ley Dominga, la Ley Mila, la Ley Karin, el Manual de Atención Personalizada y el Plan Nacional de Humanización— que abordan aspectos relevantes del cuidado y la protección de derechos, pero que lo hacen de manera fragmentaria. Factores como la judicialización creciente, la sobrecarga laboral, la precariedad de la infraestructura y la aplicación rígida de protocolos configuran escenarios en los que el cuidado técnico puede cumplir estándares formales, mientras que el cuidado relacional se vuelve frágil, defensivo o insuficiente. En este sentido, la soledad perinatal aparece menos como una falla individual y más como el síntoma de una organización del cuidado que no logra sostener vínculos significativos de manera sistemática.

Frente a este diagnóstico, la ética del amor ofrece un marco normativo y analítico capaz de articular dimensiones que hasta ahora aparecían dis-

persas. Al comprender el amor como virtud institucional y razonamiento práctico orientado al bien común, este enfoque permite reordenar el cuidado en torno a tres dimensiones centrales: presencia comprometida, pero no paternalista; cuidado universal, pero personal; y responsabilidades compartidas, pero diferenciadas. Estas dimensiones no solo permiten describir con mayor precisión la experiencia del cuidado, sino también evaluar y orientar transformaciones institucionales más allá de criterios exclusivos de eficiencia o productividad.

El trabajo empírico desarrollado –a través de seguimientos, grupos focales y entrevistas en profundidad– mostró cómo estas dimensiones se expresan, se tensionan y, en ocasiones, se bloquean en la práctica clínica cotidiana. Las voces de matronas, TENS, obstetras, profesionales administrativos, psicólogos y madres convergen en un diagnóstico compartido: existe una voluntad explícita de cuidar mejor, pero las condiciones estructurales, organizacionales y normativas no siempre permiten sostener ese deseo. La soledad perinatal se configura, así, como una experiencia compartida entre quienes cuidan y quienes son cuidados, revelando una crisis relacional más amplia en el sistema de salud.

A partir de este diagnóstico teórico y empírico, el estudio propone el ICM como una herramienta destinada a medir y monitorear la calidad relacional del cuidado en contextos perinatales. A diferencia de los instrumentos tradicionales –centrados en depresión posparto, ansiedad o *burnout*–, el ICM se orienta a observar las interacciones entre la madre, el equipo y la institución, y a evaluar si dichas interacciones generan experiencias de presencia, reconocimiento y corresponsabilidad, o bien de desconexión e invisibilidad. Organizado en torno a las tres dimensiones de la ética del amor, el índice traduce principios normativos en variables e indicadores concretos, aplicables tanto a usuarias como a equipos de salud.

La propuesta de implementación del ICM, articulada con la Ley N° 20.584 y con el trabajo del Observatorio de Calidad de la Superintendencia de Salud, se concibe explícitamente desde una lógica de gradualismo institucional. Más que una reforma normativa, el índice se plantea como un instrumento complementario, capaz de integrarse progresivamente a los sistemas de gestión de calidad existentes y de fortalecer procesos de autoevaluación, aprendizaje organizacional y mejora continua. En este sentido, su valor reside tanto en la información que produce como en los espacios de reflexión colectiva que puede habilitar en los servicios de salud.

Este estudio constituye, no obstante, una primera etapa. Sus resultados abren diversas líneas de investigación futura. En primer lugar, será necesario avanzar hacia la validación cuantitativa del Índice de Cuidado Mutuo en muestras más amplias de maternidades públicas y privadas, evaluando su

confiabilidad, estructura factorial y sensibilidad a distintos contextos institucionales. En segundo lugar, resulta pertinente explorar la relación entre los puntajes del índice y otros resultados relevantes, como la satisfacción usuaria, la percepción de trato digno, la prevalencia de síntomas depresivos posparto, los niveles de *burnout* y la rotación del personal de salud. Asimismo, estudios longitudinales permitirían analizar la evolución de la soledad perinatal en el tiempo y el impacto de cambios organizacionales específicos en los indicadores de cuidado mutuo. Finalmente, comparaciones transculturales podrían contribuir a examinar la transferibilidad del marco de la ética del amor y del ICM a otros sistemas sanitarios.

En síntesis, este proyecto realiza tres contribuciones principales: visibiliza la soledad perinatal como un problema público específico; propone la ética del amor como un marco robusto para repensar el cuidado desde una perspectiva relacional e institucional; y diseña un Índice de Cuidado Mutuo que permite iniciar, con base empírica, una transformación gradual de la cultura del cuidado en el sistema de salud chileno. Hacer visible la soledad perinatal –nombrarla, medirla y trabajarla– no es solo una tarea técnica, sino una responsabilidad ética compartida. El desafío que se abre es avanzar desde el diagnóstico hacia transformaciones institucionales concretas, sostenidas y realistas, que permitan que madres y equipos de salud no enfrenten la vulnerabilidad en soledad, sino que puedan reconocerse mutuamente como parte de una misma comunidad de cuidado.

Referencias

- Arimoto A. y Tadaka E.** (2019) Reliability and validity of Japanese versions of the UCLA loneliness scale version 3 for use among mothers with infants and toddlers: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 19(1):105. doi: 10.1186/s12905-019-0792-4.
- Beller, J.** (2024). Desigualdades sociales en la soledad: Desentrañar las contribuciones de la educación, los ingresos y la ocupación. *SAGE Open*, 14(3). <https://doi.org/10.1177/21582440241281408>.
- De Campos-Rudinsky, T.** (2026). *The Rule of Love: The Power of Presence for Reforming Health Institutions and Global Health Leadership*. Oxford University Press.
- Department for Digital, Culture, Media y Sport [DCMS]** (2018). *PM launches Government's first loneliness strategy*. GOV.UK. <https://n9.cl/1qkkl>.
- Holt-Lunstad, J., Robles, T. F. y Sbarra, D. A.** (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *American Psychologist*, 72(6), 517 - 530. <https://doi.org/10.1037/amp000103>.
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE]** (2022). Anuario de estadísticas vitales 2022. INE. <https://n9.cl/ayn8q>.
- INE [Instituto Nacional de Estadísticas]** (s.f.). Indicadores de calidad para el análisis de las estadísticas vitales. INE. <https://n9.cl/vizdr>.
- Kent-Marvick, J., Simonsen, S., Pentecost, R., Taylor, E. y McFarland, M.** (2022). *Loneliness in pregnant and postpartum people and parents of children aged 5 years or younger: a scoping review*. *Syst Rev* 11, 196.
- Mandai, M., Kaso, M., Takahashi, y Nakayama, T.** (2018). Loneliness among mothers raising children under the age of 3 years and predictors with special reference to the use of SNS: a community-based cross-sectional study. *BMC Women's Health* 18, 131. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0625-x>.
- Ministerio de Salud [Minsal]** (2008). *Manual de atención personalizada del proceso reproductivo*. Ministerio de Salud. <https://n9.cl/pya>.
- Ministerio de Salud [Minsal]** (2021a). *Norma técnica para la vigilancia de la indicación de cesárea*. Ministerio de Salud. <https://n9.cl/xijkik>.
- Ministerio de Salud [Minsal]** (2022). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030*. Ministerio de Salud. <https://n9.cl/w45oe>.
- Nestlé y Kantar** (2021). *The Parenting Index*. First edition 2021. <https://n9.cl/puz3v>.
- Nicolaisen, M., y Thorsen, K.** (2023). Gender differences in loneliness over time: A 15-year longitudinal study of men and women in the second part of life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 98(1), 103 – 132. <https://doi.org/10.1177/00914150231194243>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]** (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. *World Health Organization*. <https://n9.cl/2rtb0>.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]** (2023). WHO launches commission to foster social connection. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]** (2025). From loneliness to social connection - charting a path to healthier societies: report of the WHO Commission on Social Connection. *World Health Organization*. <https://n9.cl/v3hxyo>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]** (2025). Compassion and primary health care. *World Health Organization*. <https://n9.cl/t41gd>.
- Pontificia Universidad Católica de Chile [UC]** (2023). Encuesta Bicentenario 2023. Encuesta Bicentenario. <https://n9.cl/n5qj2>.
- Salinger, M. A. y Clark, M. A.** (2025). Disproportionate loneliness burden demonstrated in two national samples of working-age adults with varied disability types. *Annals of Internal Medicine* 178(11). <https://n9.cl/ryonwj>.
- U.S. Department of Health and Human Services** (2023). Our Epidemic of Loneliness and Isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community. United States. Public Health Service. *Office of the Surgeon General*. <https://n9.cl/yo5s5>.

CÓMO CITAR ESTE CAPÍTULO:

De Campos-Rudinsky, T. C., Merino, C., Vera, C. y Zurob, C., (2026). Soledad perinatal y ética del amor: una propuesta relacional e institucional para el sistema de salud. En: Centro de Políticas Públicas UC (ed.), *Propuestas para Chile. Concurso Políticas Públicas 2025*. Pontificia Universidad Católica de Chile, p. 187-216.

Veinte años
Concurso Políticas Públicas / 2025

Propuestas para Chile



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE