

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



CONTEXTO

La soledad perinatal afecta simultáneamente a madres y a los equipos de salud que las acompañan, siendo actualmente una arista poco atendida de la actual “epidemia de soledad” reconocida a nivel internacional. Aunque Chile cuenta con leyes orientadas a humanizar la atención, la dimensión relacional del cuidado sigue invisibilizada y sin medición sistemática. Este documento propone incorporar el Índice de Cuidado Mutuo (ICM), basado en la ética del amor, como herramienta para evaluar y fortalecer una cultura de cuidado multidireccional en los servicios de maternidad en Chile, orientando decisiones institucionales hacia prácticas más justas, presentes y humanas.

Introducción

Organismos como la OMS, el Ministerio de la Soledad del Reino Unido y el Surgeon General de Estados Unidos (OMS, 2023; DCMS, 2018; U.S. Department of Health and Human Services, 2023) han reconocido la soledad como una epidemia con efectos severos sobre la calidad, seguridad y equidad en salud. En Chile, sin embargo, esta dimensión aún no se incorpora en los mecanismos de evaluación que guían la gestión sanitaria.

Dentro de este fenómeno, la soledad perinatal —que afecta tanto a madres como a equipos de salud— permanece especialmente invisibilizada. Aunque existen leyes como la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, la Ley Dominga, la Ley Mila y la Ley Karin, la calidad relacional del cuidado sigue fuera de los instrumentos que supervisa la Superintendencia de Salud, pese a su impacto en la experiencia usuaria, el riesgo clínico y el bienestar profesional.

La ética del amor (De Campos-Rudinsky, 2026) ofrece un marco normativo adecuado para abordar esta dimensión, al situar la presencia, el cuidado y la responsabilidad como criterios esenciales para una atención centrada en la persona. Desde esta perspectiva, proponemos incorporar el Índice de Cuidado Mutuo (ICM) como herramienta para fortalecer la evaluación integral, supervisión y mejora continua del cuidado perinatal en Chile.

I. La soledad perinatal: una forma específica y poco atendida de soledad

La evidencia internacional muestra que la soledad es un determinante crítico de salud: se asocia con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, depresión, ansiedad y mortalidad prematura, con efectos comparables al tabaquismo (Beller, 2024; Holt-Lunstad, Robles y Sbarra, 2017). En Chile, la

Encuesta Bicentenario 2023 señala que un 43% de la población se sintió sola en la última semana y un 16% experimenta soledad persistente (UC, 2023), reflejando un deterioro sostenido de los vínculos sociales y una creciente vulnerabilidad emocional.

Uno de los grupos más expuestos son los nuevos padres y madres. El estudio global de Nestlé y Kantar (2021) identifica que uno de cada tres experimenta soledad. Así mismo, estudios más específicos como los de Arimoto y Tadaka (2019) y Mandai et al. (2018) han documentado los niveles elevados de soledad en madres. En mujeres gestantes y puerperas, esta soledad suele confundirse con ansiedad o depresión, dificultando su detección y coexistiendo con señales preocupantes de aumento de suicidio perinatal. También afecta a los equipos clínicos, donde se expresa como burnout y agotamiento relacional, con efectos en licencias, rotación y calidad del cuidado. No obstante, esta evidencia muestra un fenómeno cuya especificidad aún carece de una formulación conceptual que permita comprender la soledad que se genera en los vínculos del cuidado perinatal.

Desde nuestro marco teórico, entendemos la soledad como pobreza de comunión interna y externa: interna, cuando existe fragmentación o desconexión consigo misma; y, externa, cuando falla el vínculo con otros y con las instituciones, generando invisibilidad y falta de pertenencia. Esta forma de soledad emerge cuando falta amor: hacia sí mismo, entre las personas y desde el sistema que estructura el cuidado. Nuestro estudio muestra que esta desconexión aparece tanto en las interacciones madre-equipo como en condiciones organizacionales que la profundizan: sobrecarga, falta de privacidad, rotación, jerarquías rígidas y temor a la judicialización.

El contexto perinatal refleja así una crisis de cuidado: madres aisladas y cuidadores exhaustos. Y no es posible cuidar bien cuando quienes cuidan no reciben, a su vez, un cuidado de calidad.

II. Brechas identificadas en los instrumentos actuales de calidad

A pesar de contar con leyes orientadas a humanizar la atención los sistemas de medición continúan centrados en indicadores biomédicos, tiempos de atención y cumplimiento normativo. Estas métricas permiten monitorear seguridad, eficiencia, y justicia procesal, pero no capturan la calidad de los vínculos que sostienen el cuidado perinatal, que es precisamente donde la soledad

se manifiesta con mayor fuerza.

Hoy no existen herramientas que permitan observar de manera sistemática aspectos como la calidad de la presencia y del trato, la claridad de la comunicación, la personalización del cuidado o el grado de corresponsabilidad en la toma de decisiones. Tampoco se evalúan las interacciones entre madres, equipos e instituciones, pese a que son determinantes para la experiencia usuaria y para el bienestar de los equipos clínicos.

Esta ausencia de métricas relacionales genera un vacío que limita la capacidad del sistema para reconocer, anticipar y corregir factores que producen soledad durante el periodo perinatal. La propuesta de este estudio responde precisamente a esa brecha, ofreciendo a la Superintendencia de Salud, a los hospitales y clínicas una herramienta para integrar esta dimensión en sus procesos de supervisión, evaluación y mejora continua.

III. La evidencia y la ética del amor como marco de solución

El trabajo de campo —entrevistas, grupos focales y walk-throughs con madres y equipos de salud— evidenció patrones consistentes con la presencia de soledad perinatal y con limitaciones estructurales que dificultan un cuidado relacional de calidad. Se identificó una tensión persistente entre el deseo de acompañar y la sobrecarga asistencial; una percepción de falta de cuidado hacia los propios equipos; fragmentación del proceso de parto; infraestructura insuficiente para ofrecer privacidad; y decisiones clínicas influenciadas por la judicialización y la sobre-medicalización del proceso.

Si bien los marcos legales definen estándares jurídicos relevantes, las condiciones organizacionales no siempre permiten cumplirlos: falta tiempo para acompañar con calma, los espacios físicos no sostienen la intimidad necesaria, y la estructura jerárquica dificulta la corresponsabilidad del cuidado.

No obstante, la evidencia muestra que estas brechas no se resuelven únicamente con más protocolos o más recursos materiales. El desafío de fondo es fortalecer la calidad del encuentro clínico y hospitalario: relaciones basadas en presencia, cuidado y responsabilidad compartida. Estas dimensiones, centrales en la experiencia perinatal y en la prevención de la soledad, es precisamente la que hoy no se promueve en forma institucional y, tampoco se mide.

La ética del amor (De Campos-Rudinsky, 2026) entiende el amor no como sentimentalismo, sino como una disciplina moral para orientar decisiones frente a la vulnerabilidad. Ofrece un marco concreto para orientar prácticas clínicas e institucionales mediante tres dimensiones:

- Presencia comprometida y no paternalista: acompañar con atención, escucha y respeto, sin sustituir la autonomía de la otra persona.
- Cuidado universal y personalizado: garantizar cuidado accesible para todos, adaptado a la singularidad de cada madre y cada profesional.
- Responsabilidades compartidas y diferenciadas: promover que todos los actores —incluida la paciente— participen del cuidado desde su rol específico.

Cuando estas dimensiones operan juntas, generan cuidado mutuo, un modo de relación que fortalece los vínculos en todas las direcciones del equipo y de la institución, ampliando la capacidad de prevenir y reducir la soledad perinatal.

IV. Propuesta

A partir de este marco se elaboró la Escala de Cuidado Mutuo, un instrumento que permite evaluar en qué medida los servicios de salud promueven relaciones que sostienen el cuidado mutuo y favorecen la reducción de la soledad durante el periodo perinatal. Sus indicadores se estructuran precisamente en las tres dimensiones de la ética del amor.

Para su uso institucional proponemos el ICM —compuesto por 25 indicadores específicos— que integra los resultados de la escala y ofrece una medición sistemática de la calidad relacional del cuidado en maternidad. El índice permite identificar brechas, reconocer buenas prácticas y orientar procesos de mejora continua. Su objetivo es fortalecer la cultura del cuidado perinatal, beneficiando tanto a las madres como a los equipos que las acompañan.

Se propone que la Superintendencia de Salud incorpore el ICM al Sistema Nacional de Gestión de la Calidad en

Salud, como instrumento oficial de evaluación, monitoreo y mejora continua en los servicios de maternidad, articulándolo con la Ley 20.584, los estándares de calidad vigentes y los mecanismos de fiscalización y transparencia ya existentes.

El ICM permite llenar la brecha de las actuales métricas del sistema de salud, donde la Ley de Derechos y Deberes del Paciente asegura mínimos de trato digno, información clara y respeto a la autonomía, pero aún está ausente la dimensión relacional del cuidado, es decir, la corresponsabilidad entre madres, equipos e instituciones. En este contexto, el ICM traduce la ética del amor en indicadores observables que complementan —sin sustituir— los estándares clínicos tradicionales y refuerzan la atención centrada en la persona promovida por la Superintendencia.

V. Implementación

- Reconocer el ICM como indicador complementario dentro del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad, orientado a evaluar la calidad relacional y la corresponsabilidad del cuidado en servicios de maternidad.
- Incorporarlo en las orientaciones del Observatorio de Calidad en Salud, dada su coherencia con el enfoque de atención centrada en las personas.
- Utilizar el ICM como herramienta de autoevaluación periódica, al mismo nivel que los indicadores de seguridad, oportunidad y satisfacción.

El ICM traduce esta orientación en indicadores claros, medibles y aplicables, y su incorporación al Sistema Nacional de Gestión de la Calidad permitiría a la Superintendencia de Salud detectar brechas relacionales, promover mejoras sostenidas y avanzar hacia servicios de maternidad más justos, humanos y centrados en las personas. Reducir la soledad perinatal es posible, y sus beneficios se proyectan en la salud y el bienestar de quienes nacen, cuidan y acompañan.



AUTORES:

- Thaná de Campos-Rudinsky, Escuela de Gobierno e Instituto de Éticas Aplicadas UC
- Caridad Merino, Escuela de Gobierno UC
- Claudio Vera, Escuela de Medicina
- Carola Zurob, Escuela de Diseño UC

PARA MÁS INFORMACIÓN, VER:

