



Soledad perinatal: propuestas para promover el cuidado mutuo en el sistema de salud

Thana de Campos (EG/IAE UC); Caridad Merino (EG UC); Claudio Vera (Medicina UC); Carola Zurob (Diseño UC); Camila Barahona (IEA UC); Mariel Deak (FGV Brazil); Valeria Pinto (Antropología UC); Andrea Ortega (Antropología UC); Laura Abarca (Antropología UC); Maite Etchegaray (Ingeniería UC)

NUESTRO EQUIPO



Laura Abarca
Antropóloga UC



Camila Barahona
Pedagoga
PhD en Cs. de la
Ingeniería UC



Mariel Deak
PhD Public
Administration
Fundación Gertulio
Vargas



Thana de Campos
PhD Derecho
Universidad de Oxford



Maite Etchegaray
Estudiante de
Ingeniería y Filosofía
UC



Caridad Merino P.
Socióloga
Magister en Políticas
Públicas UC



Valeria Pinto
Antropóloga UC



Andrea Ortega
Antropóloga UC



Claudio Vera P.G
Ginecólogo, Obstetra,
Medicina Materno
Fetal



Carola Zurob
Diseñadora
MPA NYU

AGENDA

1. Problema Público: Soledad Perinatal
2. Justificación/Marco Teórico: Ética del Amor
3. Propuesta/Objetivo del Estudio: Índice de Cuidado Mutuo
4. Metodología
5. Resultados y Limitaciones
6. Sugerencias de implementación
7. Obstaculizadores y facilitadores de implementación



1.- Problema Público: Soledad Perinatal

SOLEDAD PERINATAL

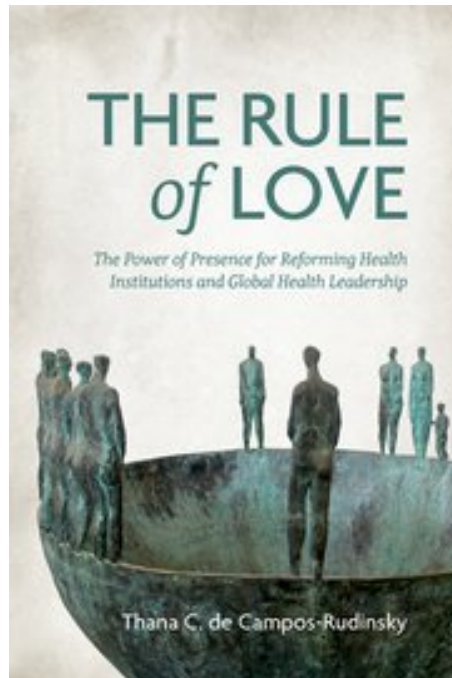
1. Reconocida globalmente: OMS (2023), Surgeon General (2023), Reino Unido (2018).
2. Una de cada tres padres experimenta soledad (Nestlé, 2021).
3. Afecta dos grupos:
 - **Madres** (embarazo, parto, posparto): se confunde con depresión/ansiedad.
 - **Equipos de salud**: burnout y agotamiento relacional.
4. Falta comprensión conceptual y empírica específica.
5. Soledad = **pobreza de comunión interna y externa**.
6. Raíz del problema: fallas relacionales y organizacionales en el cuidado.





2.- Justificación / Marco Teórico: Ética del Amor

ÉTICA DEL AMOR



1. Amor = disciplina moral, no sentimentalismo.
2. Orienta presencia, reconocimiento y corresponsabilidad.
3. Tres dimensiones:
 - **Presencia comprometida y no paternalista**
 - **Cuidado universal y personalizado**
 - **Responsabilidades compartidas y diferenciadas**
4. Cuando actúan juntas → Cuidado Mutuo
5. Base conceptual de nuestra herramienta: Índice de Cuidado Mutuo (ICM).



3.- Propuesta / Objetivo del Estudio: Índice de Cuidado Mutuo

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un índice que evidencie en qué medida los servicios de salud fomentan una cultura de encuentro y cuidado, y que les entregue herramientas para promover una ética del amor que permita disminuir el sentimiento de soledad en las madres y entre quienes le brindan atención de salud, durante el período perinatal.





4.- Metodología

DISEÑO DEL ESTUDIO

Realizamos un estudio cualitativo exploratorio para comprender cómo madres y equipos de salud experimentan la soledad perinatal y las dinámicas de cuidado dentro del sistema de salud.

Este diseño permitió vincular el marco teórico de la Ética del Amor con experiencias concretas, generando la base conceptual y empírica para la elaboración del **Índice de Cuidado Mutuo (ICM)**.



RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó un muestreo intencionado, reclutando participantes mediante afiches distribuidos en salas de espera y espacios de descanso del personal sanitario en el Hospital Clínico UC.

Se realizaron:

	GRUPO FOCALES 4	SEGUIMIENTOS 8	ENTREVISTA 6	TOTAL
MADRES	1 (6)	2	0	8
MÉDICOS	1 (6)	2	0	8
MATRONAS	1 (2)	1	1	4
TENS	1 (3)	1	0	4
ADMISTRATIVOS	0	0	4	4
PSICÓLOGAS	0	2	1	3
TOTAL	17	8	6	31



ANÁLISIS TEMÁTICO

Para el análisis utilizamos un análisis temático híbrido inductivo–deductivo, siguiendo el enfoque de Braun y Clarke (2006) y las recomendaciones metodológicas de Proudfoot (2023) .

El análisis se desarrolló combinando dos lógicas complementarias:

1. Enfoque deductivo/descendente (top down)
2. Enfoque inductivo/ascendente (bottom up)

Esta combinación potenció la capacidad interpretativa del análisis, asegurando, por un lado, proporcionar un análisis estructurado de los datos con un marco conceptual establecido, y por otro, permitiendo valorar al máximo la voz de las madres y los equipos de salud.

Este enfoque permitió articular de manera rigurosa las dimensiones teóricas de la Ética del Amor con temas emergentes derivados directamente del material empírico.



ANÁLISIS TEMÁTICO INDUCTIVO

Análisis inductivo se desarrolló en seis fases (Braun & Clarke, 2006):

- 1. Familiarización con los datos:** lectura y relectura del material.
- 2. Generación de códigos iniciales:** marcar segmentos significativos y organizarlos en códigos.
- 3. Búsqueda de temas:** agrupar los segmentos en temas potenciales.
- 4. Revisión de temas:** dividir, fusionar o descartar temas según corresponda.
- 5. Definición y denominación de temas:** asignar nombres claros y precisos.
- 6. Elaboración del informe**

Para mantener el rigor metodológico, tres investigadores colaboraron durante todo el proceso de análisis en cada fase (Proudfoot, 2023).



MATRIZ DE VACIADO

Se construyó una matriz de vaciado durante la codificación inicial, en la que se organizaron los códigos deductivos e inductivos.

Esta matriz permitió sintetizar la información, comparar patrones entre participantes y facilitar la búsqueda y revisión de temas en las fases siguientes.

A partir de la matriz de vaciado, que combinó códigos deductivos e inductivos, se agruparon los patrones en temas preliminares. Estos temas fueron revisados, refinados y definidos mediante triangulación, integrando teoría y emergentes empíricos, propio del análisis temático híbrido



MATRIZ DE VACIADO

[illegible]

ANÁLISIS TEMÁTICO

El análisis temático permitió:

1. Confirmar la **pertinencia** de las dimensiones de la Ética del Amor en el contexto del cuidado perinatal.
2. Identificar **brechas sistemáticas** en la experiencia de cuidado desde la perspectiva de usuarios y equipos de salud.
3. Revelar **nuevos temas emergentes** vinculados a dinámicas organizacionales, emociones laborales, interacciones entre profesionales y percepciones de soledad relacional y sistémica.
4. Fundamentar la construcción de la primera versión del **Índice de Cuidado Mutuo**, que traduce la Ética del Amor en dimensiones y variables operacionales para su futura evaluación y monitoreo.





5.- Resultados y limitaciones

OPERACIONALIZACIÓN

Definición del marco teórico en variables medibles



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

ÉTICA DEL AMOR

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 PERCIBE UNA MIRADA ATENTA
- LA PERSONA PERCIBE UNA ESCUCHA EMPÁTICA
- LA PERSONA PERCIBE UNA COMUNICACIÓN SINCERA

CUIDADO UNIVERSAL Y PERSONAL

PARA QUE EL CUIDADO SEA JUSTO, TIENE QUE SER UNIVERSAL. UNIVERSAL NO QUIERE DECIR HOMOGÉNEO, SINO QUE ACCESIBLE Y ADECUADO A TODOS. Y PARA QUE EL CUIDADO SEA EFECTIVO, DEBE SER ADAPTADO A LA INDIVIDUALIDAD DE CADA PERSONA.

- EL CUIDADO ES PARA TODOS ADECUADO
- EL CUIDADO ES PERSONAL
- LAS NECESIDADES Y PREFERENCIAS BÁSICAS DE CADA PERSONA SON ACOGIDAS Y AJUSTADAS DE MANERA RAZONABLE

RESPONSABILIDAD COMPARTIDA Y DIFERENCIADA

EN UNA COMUNIDAD DE CUIDADO MUTUO HAY DISTINTOS ROLES, CONOCIMIENTOS, EXPERTISES Y RESPONSABILIDADES, TODOS COMPLEMENTARIOS E INTEGRADOS, DE MANERA QUE PROMUEVAN EL BIEN COMÚN DE TODOS LOS INVOLUCRADOS Y EL BIEN DE CADA UNO INDIVIDUALMENTE.

- LOS INVOLUCRADOS TIENEN CLARO LOS ROLES DE CADA UNO
- CADA ROL ES RECONOCIDO POR LOS OTROS
- LA TOMA DE DECISIONES ES COMPARTIDA

PRIMERA VERSIÓN INDICE DE CUIDADO MUTUO (MADRES)



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

INDICE DE CUIDADO MUTUO

INFORMACIÓN PERSONAL

EDAD COMUNA PREVISIÓN FECHA DE PARTO TIPO DE PARTO
DAY MONTH YEAR

INSTRUCCIONES

A continuación se le harán algunas preguntas sobre su percepción del cuidado recibido durante la atención de su parto en este servicio de salud; por favor responda marcando una de las cuatro opciones.

PREGUNTAS

ESCALA DE RESPUESTA

Siempre Casi siempre A veces Nunca No sabe

Durante la atención de su parto ¿recibió un trato gentil de parte del equipo de salud ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El equipo de salud dispuso del espacio físico necesario para acompañarla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El equipo de salud dispuso del tiempo necesario para acompañarla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante el proceso de parto ¿Se sintió escuchada por parte del equipo de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sintió que las respuestas que recibió a sus preguntas y requerimientos fueron honestas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se sintió segura con el equipo de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antes de su parto ¿recibió información sobre cómo iba a ocurrir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Pudo hablar con el equipo de salud sobre cómo quería que fuera su parto, posibles escenarios y el cuidado esperado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Pudo conversar con el equipo de salud sobre los consentimientos informados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Comprendió el contenido del consentimiento informado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sintió que los protocolos fueron adaptados o flexibilizados para responder a sus necesidades y preferencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tuvo claridad sobre cuál era su rol durante el parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Conocía el rol de cada una de las personas que formaron su equipo de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se sintió reconocida en su rol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Pudo tomar decisiones sobre el proceso de parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LIMITACIONES

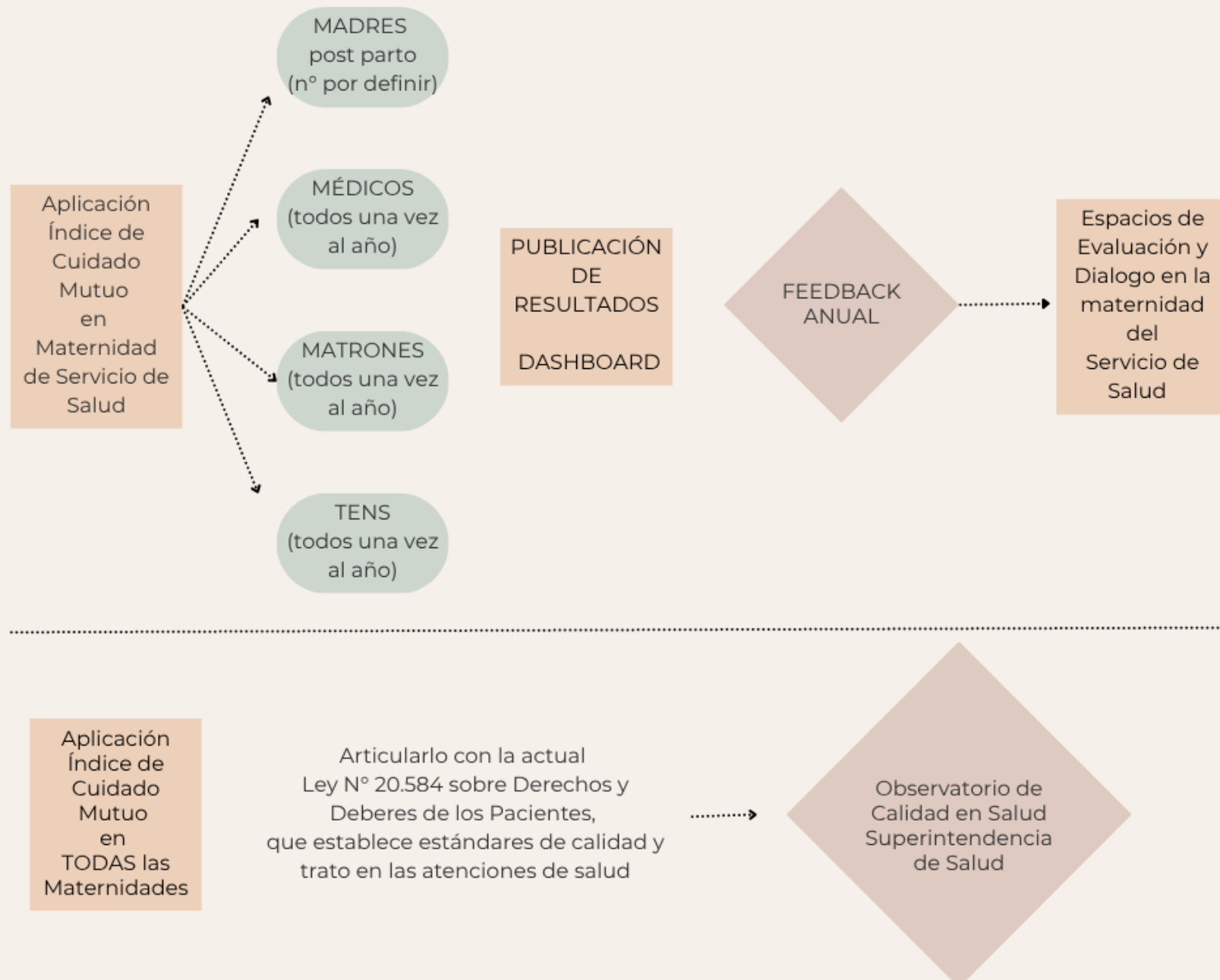
1. Retraso para el testeo cualitativo en el Hospital Dr. Sótero del Río.
2. El Índice está enfocado solo en maternidad, alrededor del parto, puede variar según las situaciones clínicas y no evalúa atención neonatal.
3. Los datos fueron recogidos en un solo centro, de un contexto específico (hospital docente, privado, con pacientes del sistema público y privado).



6.- Sugerencias de implementación



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



SUGERENCIAS

1. Se propone incorporar el ICM como **instrumento oficial** de evaluación, monitoreo y mejora continua en los servicios de maternidad.
2. Articulación con **Ley 20.584** de Derechos y Deberes del Paciente, como primer instrumento que capture la **dimensión relacional del cuidado**.
3. Utilizar plataformas ya existentes como **Datos interactivos**, para incorporar el ICM al ecosistema institucional.



PROPUESTA

Para la incorporación normativa y técnica:

1. 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.
2. Incorporarlo en las orientaciones del **Observatorio de Calidad en Salud**, dada su coherencia con el enfoque de atención centrada en las personas.
3. Utilizar el **ICM como herramienta de autoevaluación** periódica, al mismo nivel que los indicadores de seguridad, oportunidad y satisfacción.





7.- Obstaculizadores y facilitadores de implementación

OBSTACULIZADORES

1. Resistencia de equipos de salud a integrar instrumentos evaluativos del servicio realizado, por incertidumbre sobre el rol que jugará el indicador en su desarrollo profesional.
2. Percepción punitiva de indicadores evaluativos, podría generar poca participación.
3. Pluralidad de condiciones materiales en distintos centros de atención a lo largo del país, que podrían necesitar de flexibilidad para la aplicación.



FACILITADORES

Incentivos para la implementación:

1. ICM como **requisito de acreditación**
 - Uso progresivo del ICM
 - Uso pasivo para monitoreo sobre el **uso** del instrumento
 - Uso activo para monitoreo sobre el **uso y resultados** del instrumento
 - Reconocimiento de **buena práctica**
 - Adopción del instrumento podría conllevar **reconocimientos** de valorización positiva
 - Reconocimiento podría escalar ante **resultados positivos**
2. Anonimato de respuestas
 - Objetivo longitudinal
 - Medidas de protección para la no individualización de datos
3. Acceso y manejo de **datos agrupados**
 - Transparencia para autoevaluación, y perspectiva progresiva



CONCLUSION

PRÓXIMOS PASOS

1. Validación cualitativa por medio de entrevistas cognitivas en el Hospital Sótero del Río.
2. Validación cuantitativa del índice.
3. Medición del impacto en las tasas de reclamos, felicitaciones, judicialización, ambiente laboral, nivel de satisfacción de usuaria que pueda tener la implementación.
4. Centralización de la información recolectada (desarrollo tecnológico *tabla interactiva*) para los tomadores de decisiones (autoevaluación y organismos fiscalizadores).