



La soledad que enferma al Producto Interno Bruto



Por: **Éctor Jaime Ramírez Barba**

"La soledad es muy hermosa... cuando se tiene a alguien a quien decírselo"
Gustavo Adolfo Bécquer

La soledad no deseada ya es una epidemia silenciosa que enferma, empobrece y acorta vidas; México no puede seguir mirándola solo como un asunto íntimo, sino como un problema de salud pública y de economía social. Al hablar de soledad, tendemos a pensar en una emoción privada, casi vergonzante, que se resuelve "echándole ganas" o "saliendo más". Pero cuando esa soledad se cronifica, deja de ser un estado de ánimo para convertirse en un determinante estructural de la salud y del bienestar, con efectos medibles en consultas médicas, recetas, hospitalizaciones, pérdida de productividad y también en la mortalidad prematura.

La experiencia reciente de España es elocuente. En los últimos años se ha documentado que la soledad no deseada incrementa significativamente el riesgo de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, enfermedad cardiovascular y muerte temprana. Ese impacto clínico ya se traduce en una factura cuantiosa: se han estimado más de un millón de años de vida ajustados por calidad perdidos cada año por la soledad y un coste total superior al 1% del PIB (Producto Interno Bruto), que suma el gasto sanitario directo (consultas, hospitalizaciones, medicamentos) y las pérdidas de productividad por ausentismo y menor desempeño laboral. Bajo la lógica más fría de la economía de la salud, cada persona atrapada en una soledad crónica es un "doble gasto": consume más atención médica y, al mismo tiempo, aporta menos al desarrollo económico y comunitario.



Si trasladáramos ese orden de magnitud a México, sin siquiera entrar aún en el detalle fino de nuestras bases de datos, estaríamos hablando de pérdidas anuales del orden de cientos de miles de millones de pesos en servicios de salud, medicamentos y días laborales no trabajados. No se trata de un ejercicio de alarmismo, sino de reconocer que el costo de no hacer nada es extraordinariamente alto. En un sistema sanitario presionado por enfermedades crónicas, el envejecimiento poblacional y las restricciones presupuestales, seguir tratándola como un tema “blando” es, sencillamente, un lujo que no deberíamos permitirnos.

La pregunta, entonces, es: ¿qué sabemos de nuestra propia soledad mexicana? Aunque todavía no contamos con una “estrategia nacional de soledades” como la española, sí tenemos señales claras en nuestros propios datos sobre el bienestar y la salud mental. El Módulo de Bienestar Autorreportado del INEGI ya incluye dimensiones de satisfacción con la vida, ánimo, apoyo social y percepción de soledad, y muestra que quienes reportan sentirse solos con frecuencia también refieren más síntomas depresivos, más ansiedad y menor bienestar subjetivo. Se trata de personas que, aun estando rodeadas de otros, no se sienten sostenidas por una red significativa de apoyo.

Esa vulnerabilidad no se distribuye de manera homogénea. Sabemos que la precariedad laboral, la informalidad, la inseguridad y las ciudades segregadas reducen drásticamente las oportunidades de encuentro y agravan el aislamiento, especialmente entre jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad, hogares monoparentales y quienes viven en periferias urbanas o en localidades rurales con servicios escasos. Si a ello sumamos la brecha digital entre personas mayores y el encarecimiento de la vivienda bien ubicada, tenemos el caldo de cultivo perfecto para soledades largas, caras y profundamente injustas. No es casualidad que quienes menos tienen en términos de ingresos o de vivienda también tengan menos en términos de vínculos y de tiempo de calidad con los demás.



Frente a este panorama, España ha optado por dar un giro de 180 grados: abandonar la respuesta fragmentada y construir un verdadero marco estratégico. El Marco Estratégico Estatal de las Soledades 2026–2030 no solo reconoce la soledad como experiencia subjetiva, sino que la sitúa como fenómeno socialmente producido, atravesado por desigualdad, género, territorio y curso de vida. La soledad deja de ser la anécdota de una persona mayor en un departamento frío y pasa a ser un indicador de cómo se organizan nuestras ciudades, nuestros tiempos, nuestros cuidados y nuestros mercados laborales.

Ese marco plantea varios giros que valdría la pena observar desde México. Primero, asumir que la soledad no deseada es una cuestión de justicia social, porque se concentra en quienes tienen menos ingresos, peor vivienda, menor acceso y más discriminación. Segundo, hacerla transversal: no basta con que “la vea” el sector salud; debe estar presente en educación, vivienda, urbanismo, movilidad, empleo, cultura y políticas digitales. Tercero, fortalecer el tejido comunitario como primera línea de prevención, desde los barrios, los municipios y las redes vecinales, y no solo desde las instituciones hospitalarias o de asistencia social. Cuarto, desplegar apoyos relacionales a lo largo del curso de vida, con especial atención a transiciones críticas como la adolescencia, la migración, la jubilación, el desempleo o el duelo. Y quinto, construir un sistema robusto de indicadores e investigación aplicada que mida la soledad, los costes sanitarios y los efectos sobre la productividad para orientar políticas y presupuestos.

Ese marco plantea varios giros que valdría la pena observar desde México. Primero, asumir que la soledad no deseada es una cuestión de justicia social, porque se concentra en quienes tienen menos ingresos, peor vivienda, menor acceso y más discriminación. Segundo, hacerla transversal: no basta con que “la vea” el sector salud; debe estar presente en educación, vivienda, urbanismo, movilidad, empleo, cultura y políticas digitales. Tercero, fortalecer el tejido comunitario como primera línea de prevención, desde los barrios, los municipios y las redes vecinales, y no solo desde las instituciones hospitalarias o de asistencia social. Cuarto, desplegar apoyos relacionales a lo largo del curso de vida, con especial atención a transiciones críticas como la adolescencia, la migración, la jubilación, el desempleo o el duelo. Y quinto, construir un sistema robusto de indicadores e investigación aplicada que mida la soledad, los costes sanitarios y los efectos sobre la productividad para orientar políticas y presupuestos.



La lección central para México es clara: sin datos, la soledad se queda en el terreno del discurso; sin estrategia, se queda en el terreno de la buena voluntad individual. Nuestro país tiene la capacidad institucional para dar el siguiente paso. La soledad no deseada debería ser reconocida explícitamente como un problema de salud pública en los programas sectoriales y en el propio Plan Nacional de Desarrollo. Eso implica incorporar indicadores de soledad, redes de apoyo y bienestar relacional en las encuestas de salud, de trabajo y de pobreza, con la participación coordinada del INEGI, la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE. Solo con esa información podremos estimar con rigor cuánto nos está costando, en vidas y en pesos, seguir sin actuar.

La segunda mirada debe ser territorial y comunitaria. Son los municipios, alcaldías y estados quienes ven de cerca la soledad detrás de una ficha de consulta, de un reporte de violencia familiar, de un abandono escolar o de una visita domiciliaria. Tomar como referencia los ejes españoles —tejido social, detección temprana, apoyos de proximidad e innovación— permitiría construir “comunidades cuidadoras” en nuestros barrios populares, pueblos rurales y colonias periféricas. Hablamos de intervenciones tan sencillas como decisivas: centros de salud que pregunten no solo “¿Qué le duele?” sino también “¿con quién cuenta?”, servicios sociales que mapeen redes de apoyo reales, escuelas que enseñen habilidades socioemocionales y programas de espacio público que prioricen el encuentro intergeneracional por encima del automóvil.

El tercer ángulo, quizá el más decisivo para quienes toman decisiones presupuestales, es el económico. Invertir en la prevención de la soledad no deseada es una política contracíclica en salud: cada peso que evita años de vida perdidos y consultas repetidas ahorra gasto futuro y preserva la capacidad productiva. La evidencia internacional empieza a mostrar que programas de acompañamiento, participación comunitaria y apoyo emocional estructurado pueden reducir el uso de servicios sanitarios y mejorar la calidad de vida a costos muy inferiores a los de la atención hospitalaria evitada. En un país obligado a hacer más con menos en materia de salud, la pregunta no es si podemos permitirnos invertir en combatir la soledad, sino si podemos seguir permitiéndonos no hacerlo.



Porque, al final, hablar de soledad es hablar de la pregunta más básica de cualquier política pública: ¿quién se queda fuera de la historia que contamos como país? Cada persona que vive su soledad como un cuarto oscuro del que no sabe cómo salir también deja de estudiar, de trabajar, de cuidar, de participar en su comunidad. Es una biografía interrumpida y, a la vez, un fracaso colectivo. De nosotros depende decidir si vamos a seguir delegando ese costo en los consultorios, en las salas de urgencias y en las farmacias, o si nos atrevemos a mirarlo de frente como lo que es: un reto estructural que exige una respuesta estructural.

México tiene capital social, comunidad y tradiciones de cuidado mutuo para no resignarse a una “industria de la soledad”. Lo que falta es el siguiente paso político: nombrarla, medirla, presupuestarla y colocarla en el centro de una agenda nacional que entienda que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino la presencia de vínculos, de pertenencia y de sentido compartido. Les avisaré, estimados lectores, de la propuesta que presentaremos ante la Cámara de Diputados para visibilizar la soledad y dar el paso político.

Referencias:

- [1] Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2026). Marco estratégico estatal de las soledades 2026-2030. Gobierno de España. Madrid: Gobierno de España. En: https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/Marco_Estrategico_Soledades.pdf
- [2] Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025, 25/07/2025). Módulo de Bienestar Autorreportado (BIARE). Últimos resultados. En: <https://www.inegi.org.mx/programas/biare/>, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/biare/biare2025_Jul.pdf

PERIÓDICO	PÁGINA	FECHA	SECCIÓN
EL ECONOMISTA	-	01/04/2026	OPINIÓN



- [3] World Health Organization. (2025). From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies. Geneva. En: <https://www.who.int/publications/i/item/978240112360>
- [4] Clarke, P. (2026). La soledad no deseada dispara el gasto sanitario y eleva el riesgo de patología: En: <https://www.consalud.es/politica/administracion/la-soledad-no-deseada-dispara-el-gasto-sanitario-y-eleva-el-riesgo-de-enfermedad-tiene-repercusion-directa-en-la-mortalidad-prematura.html>

**El autor (www.ectorjaime.mx) es médico especialista en cirugía general, certificado en salud pública, con doctorado en ciencias de la salud y en administración pública. Es legislador y defensor de la salud pública de México, diputado reelecto del grupo parlamentario del PAN en la LXVI Legislatura y presidente del Capítulo de América Latina y el Caribe de UNITE Parliamentarians Network for Global Health.*