Universidad Rey Juan Carlos

TESIS DOCTORAL

Derechos Humanos y Salud Mental: especial protección a la maternidad y la infancia

Autora:

Rocío Paricio del Castillo

Directoras:

María de los Ángeles Cano Linares

Mónica Díaz de Neira Hernando

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y Jurídicas

Escuela internacional de Doctorado

Año 2024

ÍNDICE GENERAL

Listado de acrónimos

INTRODUCCIÓN 3

1.1 Justificación 17

1.2 Hipótesis y Objetivos 22

1.3 Metodología 23

1.4 Estructura 28

BLOQUE I 30

MARCO GENERAL DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL 30

CAPÍTULO I. SALUD Y PROTECCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS 31

1.1 Consideraciones iniciales 32

1.2 La protección internacional de los derechos humanos en la Organización de las Naciones Unidas 34

1.2.1 La Carta internacional de los Derechos humanos 36

1.2.2 Otros desarrollos normativos e institucionales 42

1.2.3 El derecho a la salud o derecho de cada persona al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr 47

1.2.3.1 Su inclusión y protección en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. 49

1.2.3.2 Su inclusión en otros tratados internacionales de derechos humanos: Especial atención a mujeres y a niños. 59

A. Mujeres 60

B. Niños. Atención especial a la primera infancia 65

1.2.4 Enfoque de salud basado en derechos humanos 77

1.3 La cooperación internacional para la protección universal de la salud física y mental: la Organización Mundial de la Salud 84
1.4 La protección de la salud en ámbito regional europeo 87
1.4.1 La labor del Consejo de Europa y la protección de los derechos humanos ... 88
1.4.1.1 La Carta Social Europea 91
1.4.1.2 El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria 93
1.4.1.3 Biomedicina y derechos humanos 103
1.4.1.4 La protección de la salud y los derechos humanos para todos 105
1.4.2 La protección de los derechos humanos en la Unión Europea 109
1.4.2.1 La solidaridad en la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea: La protección de la salud 112
1.4.2.2 La protección de la salud humana en las políticas de la UE: La política sanitaria 116
1.5 El derecho a la protección de la salud en España 119
1.5.1 El Sistema Nacional de Salud 120
1.5.1 Los derechos y deberes de los pacientes 126
CAPÍTULO II. PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL 129
2.1 Concepto de salud mental 130
2.2 Prevalencia mundial de los trastornos mentales 133
2.3 La protección internacional del derecho a la salud mental 135
2.3.1 La protección internacional de las personas con trastornos mentales 136
2.3.2 La labor de la Organización Mundial de la salud protección y promoción de la salud mental 140
2.3.3 La labor Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental 145
2.3.4 La protección de la salud mental en el ámbito regional europeo. 151
2.3.4.1 Consejo de Europa y salud mental 151

2.3.4.2 Hacia un enfoque global de salud mental en la Unión Europea 156
2.4 Perspectiva de género en salud mental: salud mental y mujer 171
2.4.1 La protección internacional de la salud mental de las mujeres 177
2.4.2 Violencia de género y salud mental de las mujeres 182
2.4.2.1 Ámbito internacional universal 182
2.4.2.2. Ámbito regional europeo 188
2.5 Bioética y ética de los cuidados dentro de la perspectiva de los derechos humanos: un abordaje necesario para la protección de la salud mental en las primeras etapas de la vida 192
2.5.1 Regularización internacional de la bioética 193
2.5.2 La ética de los cuidados 196
2.5.2.1 El apego en las especies mamíferas: evidencias biológicas y neurocientíficas del valor de los cuidados materno-infantiles 200
2.5.2.2 Ética de los cuidados en la infancia 203
CAPÍTULO III. SALUD MENTAL PERINATAL 214
3.1 Concepto de salud mental perinatal 215
3.2 Origen de la atención en salud mental perinatal 218
3.3 Salud y díada madre-bebé 219
3.4 Recomendaciones de la OMS para la atención a la salud materno-infantil 225
3.4.1 Directrices de la OMS para la atención a la salud materna 225
3.4.2 Directrices de la OMS para la atención al desarrollo infantil saludable y a la salud mental perinatal 235
3.5 La atención a la salud mental perinatal dentro de la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de la Estrategia nacional de atención a la salud mental y del Plan estratégico de salud mental y adicciones en la Comunidad de Madrid 247
3.6 Necesidades y obstáculos en la atención a la salud mental perinatal en el Sistema Nacional de Salud español 259

BLOQUE II 266
SUPUESTOS ESPECÍFICOS DE PROTECCIÓN 266
CAPÍTULO IV. CONCEPCIÓN 267
4.1. Exposición de hechos: Nuevos escenarios en reproducción humana asistida ... 268
4.1.1 Deseo maternal 268
4.1.2 Infertilidad 270
4.1.3 Cambios demográficos en la natalidad española 271
4.1.3.1 Retraso en la edad materna 273
4.3.1.2 Calidad seminal 276
4.3.1.3 Hábitos de vida 276
4.1.4 Las técnicas de reproducción asistida 277
4.1.4.1. Legislación española en Reproducción Asistida 279
4.1.4.2. Lagunas en la actual legislación 281
4.2. Derechos humanos reconocidos en la etapa periconcepcional 285
4.2.1 Desinformación en la etapa preconcepcional 287
4.2.2 ¿Reproducción asistida sin límites?: los vacíos legales en reproducción humana asistida 289
4.2.3 Madre por ovodonación: El necesario acompañamiento en salud mental perinatal 293
4.3.4 "*Tú no eres mi madre*": Derecho a la identidad 297
4.3.5 Un error con importantes consecuencias: La necesidad de protocolos seguros en la reproducción humana asistida 301
4.3.6 Madre por subrogación y problemas de atención a la salud que pueden derivarse 302
4.3.7 Una maternidad polémica: La necesaria protección de los derechos de los bebés 307
CAPÍTULO V. EMBARAZO 309

5.1. Exposición de hechos: El embarazo como proceso fisiológico y realidad biopsicosocial dentro del ciclo vital de las mujeres 310
5.1.1 Trimestres obstétricos 311
5.1.1.1 Primer trimestre 311
5.1.1.2 Segundo trimestre 314
5.1.1.3 Tercer trimestre 314
5.1.2 Desarrollo psicológico de la madre durante el embarazo 315
5.1.3 Efectos del estrés durante el embarazo 321
5.1.4 Estrés y salud mental en el embarazo 329
5.1.4.1 Ansiedad en el embarazo 330
5.1.4.2 Depresión durante el embarazo 331
5.4.1.3 Otros problemas de salud mental durante el embarazo 333
5.2. Derechos humanos en la protección a la mujer embarazada 334
5.2.1 Problemas a la atención a la salud mental en el embarazo 335
5.2.2 Listas de espera, una limitación en el acceso a la salud mental en la etapa perinatal 338
5.2.3 Derecho a la atención a la salud mental también en situaciones de pérdida gestacional 341
5.2.4 "*El embarazo no es una enfermedad*": Cuando la incapacidad laboral temporal en el embarazo no es reconocida por el sistema de salud 343
5.2.5 Recomendaciones durante el seguimiento sanitario del embarazo: ¿Promoción de la salud o iatrogenia? 348
5.2.6 El techo de cristal y la maternidad: Determinantes sociales de salud en el embarazo 349
5.2.7 Vulneración de los derechos laborales en el embarazo 353
5.2.8 Madre embarazada sin apoyo social y con deficiente asistencia sanitaria en la etapa prenatal 354

CAPÍTULO VI. PERIPARTO 359
6.1 Exposición de hechos: La experiencia biopsicológica del parto 360
6.1.1. Definición biomédica de parto 362
6.1.2 Dimensión psicosocial del parto 363
6.1.3 Atención sanitaria al parto: Entre los avances en salud y el intervencionismo innecesario 365
6.1.4 El trato irrespetuoso y las prácticas violentas en la atención obstétrica 368
6.1.5 El cambio de paradigma: Hacia un parto humanizado y respetado 376
6.1.6 Atención al parto en nuestro entorno 378
6.1.6.1 Preparto 380
6.1.6.2 Intraparto 383
6.1.6.3 Postparto inmediato 387
6.2 Lactancia materna precoz: recomendaciones internacionales 388
6.3 Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad. De la evidencia científica a la recomendación 390
6.4 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales 392
6.5 Derechos humanos esenciales la atención al parto 396
6.5.1 ¿Temores infundados? La necesaria formación en salud mental perinatal de los profesionales sanitarios que atienden en el parto 397
6.5.2 Trato irrespetuoso en el parto 399
6.5.3 Ausencia de consentimiento informado en la atención sanitaria al parto y visibilización de prácticas inadecuadas 404
6.5.4 Malos tratos durante el parto 407
6.5.6 Violencia en el parto y estrés postraumático 410
6.5.7 Pandemia de COVID-19 y cambios en los protocolos hospitalarios de atención al parto 414
6.5.7.1 Cesárea innecesaria 414

6.5.7.2 Un protocolo irrespetuoso con el parto 415
6.5.7.3 Decisiones arbitrarias contrarias a las recomendaciones de la OMS 415
6.5.7.4 Separación precoz prolongada 416
6.5.8 Uso de haloperidol intraparto: Otra vulneración de la autonomía de las mujeres 418
6.5.9 Hospitalización materna y UCI Neonatal: Una separación madre-bebé evitable 420
CAPÍTULO VII. PUERPERIO MATERNO Y ETAPA NEONATAL 424
7.1 Exposición de hechos: psicobiología postnatal y la unidad funcional de la díada madre-bebé 425
7.1.1 Vínculo madre-bebé 428
7.1.2 La sincronía de la díada madre-bebé: los problemas en la díada 432
7.1.3 La madre en la relación diádica 434
7.1.4 Trastorno mental materno en el postparto 437
7.1.5 El bebé en la relación diádica 443
7.2. Lactancia materna 447
7.3 Permisos parentales por cuidado de hijo: Un debate social que sigue abierto 457
7.3.1 La prestación por maternidad como protección a la salud materna y del infante 460
7.3.2 La situación actual en España 463
7.4. Derechos humanos en el puerperio 472
7.4.1 Falta de detección de problemas de salud mental materna en la etapa puerperal 474
7.4.2 Ausencia de apoyo psicosocial: Solitaria maternidad 476
7.4.3 Quitar el pecho o no quitar: El problema de la lactancia y la incorporación laboral 479

7.4.4 "*Morirse*" de sueño: La falta de apoyo social a las necesidades en la crianza 482

7.4.5 Separación madre-bebé obligada en una hospitalización psiquiátrica 486

7.4.6 Desconocimiento de los protocolos de no separación del lactante en el sistema sanitario 488

CAPÍTULO VIII. CRIANZA Y CUIDADO DE LA PRIMERA INFANCIA HASTA LOS 3 AÑOS DE VIDA 491

8.1 Exposición de hechos: Necesidades específicas de la infancia en los primeros tres años de vida 492

8.1.1 Teoría del apego y desarrollo infantil 496

8.1.2 El papel crucial en salud de los cuidados recibidos en la primera infancia . 501

8.1.2.1 Protección al desarrollo temprano en la infancia..... 502

8.1.2.2 Guías y recomendaciones de la OMS 504

8.1.2.3 La maternidad, los cuidados infantiles y la conciliación laboral en nuestro entorno 506

8.1.3. Salud mental materna y parentalidad durante la crianza: Más allá de la ausencia de enfermedad 509

8.1.4. Programas de intervención familiar 510

8.1.4.1 Programas de intervención familiar sobre familias en las que existen problemas de salud mental 511

8.1.4.2 Programas de intervención psicosocial en padres y madres..... 511

8.2 Derechos humanos en la etapa de crianza infantil 514

8.2.1 Desatención a la salud mental materna: Falta de adherencia a las recomendaciones de la OMS en salud mental perinatal..... 516

8.2.2 La falta de atención a la salud materna repercute en la salud de sus hijos... 518

8.2.3 Un niño que estuvo confinado: La desatención parental sobre la que el Estado no actuó en la pandemia 520

8.2.4 "¿*Esto es conciliación*?": La discriminación laboral por razón de maternidad 523

8.2.5 "*Demasiado mayor para el pecho*": Malas prácticas en la atención sanitaria en situación de lactancia materna prolongada..... 525

8.2.6 "*Y yo, ¿cómo desteto?*": La desatención al destete del sistema sanitario 527

CONCLUSIONES..... 530

FORTALEZAS, LÍMITES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN..... 544

BIBLIOGRAFÍA..... 551

BIBLIOGRAFÍA ACADÉMICA..... 551

BIBLIOGRAFÍA NORMATIVA..... 587

BIBLIOGRAFÍA DOCUMENTAL: Informes..... 594

FUENTES JURISPRUDENCIALES Y PROCEDIMIENTOS INTERNACIONALES DE COMUNICACIÓN..... 598

MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL..... 598

ACRÓNIMOS

ACNUDH: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

AEP: Asociación Española de Pediatría

ASI: Abuso Sexual en la Infancia

BOE: Boletín Oficial del Estado

CC.AA.: Comunidades Autónomas

CdN: Convención sobre los Derechos del Niño

CDC: "*Communicable Disease Center*", Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

CDFUE: Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea

CEDAW: "*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*", Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CEDH: Convenio Europeo de Derechos Humanos

CEDS: Comité Europeo de Derechos Sociales

CEE: Comunidad Económica Europea

CES: Comité Europeo de Salud

CESCR: "*Committee on Economic, Social and Cultural Rights*", Comité de Derechos económicos, sociales y culturales

CSU: Cobertura Sanitaria Universal

CI: Cociente Intelectual

CIR: Crecimiento Intrauterino Retardado

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CSM: Centro de Salud Mental

DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos

EAI: Experiencias Adversas en la Infancia

EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal

EIR: Enfermero Interno Residente

EPSCO: Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea

EVS: Esperanza de Vida Saludable

FFP: "*Family-focused practice*", Práctica focalizada en la familia

GREVIO: Grupo de Expertos en la lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

INE: Instituto Nacional de Estadística

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

MIR: Médico Interno Residente

OIT: Organización Internacional del Trabajo

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PIDESC: Pacto internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PIP: "*Parent-Infant Psychotherapy*", Programas de Psicoterapia Progenitor-Infante

PIR: Psicólogo Interno Residente

ROPA: Recepción de Ovocitos de la Pareja

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud

SMP: Salud Mental Perinatal

SNS: Sistema Nacional de Salud

TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos

TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático

TJUE: Tribunal de Justicia de la Unión Europea

TMP: Trastornos Mentales Perinatales

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

TRA: Técnicas de Reproducción Asistida

TS: Tribunal Supremo

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCI-N: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

UE: Unión Europea

UNESCO: "*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*", Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNICEF: "*United Nations International Children's Emergency Fund*", Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

URJC: Universidad Rey Juan Carlos

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La importancia de la salud no ofrece ninguna duda. Como seres humanos, nuestra salud y la de aquellos que están a nuestro cuidado o con quienes compartimos nuestras vidas es motivo de preocupación. Con independencia de la edad, género, condición socioeconómica u origen étnico, consideramos que la salud es el bien más básico y precioso que poseemos, puesto que su falta –la mala salud– nos impide cumplir con nuestras responsabilidades familiares y sociales, y gozar de una participación plena en la comunidad. Sin ser exactamente equivalentes, bienestar y salud están íntimamente relacionados.

Por ello, no es de extrañar que el derecho a la salud sea una parte fundamental de los derechos humanos al contribuir claramente a la dignidad humana, valor intrínseco de todo ser humano y fundamento de la protección de los derechos humanos.

Así, resulta comprensible que el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) comience afirmando:

> "*Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana*"[1].

Para continuar señalando un poco más adelante que:

> "*Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad*".

Pero, aunque resulte paradójico, el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, que es el verdadero derecho reconocido, es anterior, en el plano

[1] Adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, conforma junto al Pacto Internacional de los Derechos Civiles y políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptados el 16 de diciembre de 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la denominada Carta internacional de los derechos humanos.

internacional, a la propia Declaración de Derechos Humanos.

En efecto, fue proclamado por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo especializado del sistema de las Naciones Unidas. Su tratado constitutivo fue adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. En la actualidad, la OMS cuenta con 194 Estados Miembros, uno más que la propia Organización de las Naciones Unidas (ONU), de cuya familia de organizaciones forma parte[2].

Los Estados Partes en la Constitución declaran la salud como uno de los principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos[3]. Y recurren a un concepto amplio de salud al definirla: "*como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*", afirmando que "*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*", y que "*el desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo*".

Así pues, en el plano internacional, desde el primer momento la salud mental está comprendida en el concepto de salud como derecho humano, siendo considerado el desarrollo saludable de los menores de una importancia fundamental.

Lógicamente, la Declaración Universal de los Derechos Humanos recogió, en su artículo 25, que "*toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho*

[2] Liechtenstein es Miembro de Naciones Unidas, pero no de la Organización Mundial de la Salud, mientras que ni las Islas Cook ni Niue lo son de la ONU (donde están representadas por Nueva Zelanda), pero sí de la OMS.

[3] La Constitución de la OMS comienza afirmando que "*Los Estados Partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos*". Entre estos principios se encuentra la salud, considerando un peligro común la desigualdad en el fomento de la salud y el control de las enfermedades. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad", reconociendo el derecho a cuidados y asistencia especiales para la maternidad y la infancia y la protección social de todos los niños, con independencia de las condiciones de su nacimiento[4].

Sin embargo, la Declaración Universal se limita al reconocimiento de los derechos sin crear obligaciones para los Estados. Para ello, hubo que esperar a 1966, cuando, con la adopción del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental quedó por fin recogido como uno de esos derechos de realización progresiva.

Por tanto, en el plano normativo, queda claro el derecho a la salud mental como derecho humano internacionalmente protegido.

Por otro lado, pero en el mismo sentido, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)[5], de 1979, reafirma el derecho de las mujeres a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. En concreto, su artículo 12 señala que:

> "*1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*
>
> *2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia*".

Además, en la Convención, en consonancia con su título, contiene disposiciones

[4] Artículo 25.2 DUDH "*La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social*".
[5] En su acrónimo inglés, por el que se ha optado, dado que es con el que mejor se conoce la Convención.

para evitar la discriminación de las mujeres en el entorno laboral, con la referencia específica al derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción[6] y a la no discriminación por razón de matrimonio o maternidad[7]. En relación con las condiciones de trabajo, cabe mencionar igualmente el Convenio adoptado por la Organización del Trabajo (OIT), Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000[8], que contiene una disposición para la protección de la salud, del empleo, licencias y lactancia, entre otros.

Por último, en consonancia con la importancia del desarrollo del menor, la Convención sobre los derechos del Niño (CdN), de 1989, aborda en tres artículos las cuestiones relativas a la salud, además del reconocimiento del derecho del niño a disfrutar del más alto nivel posible de salud.

En primer lugar, presta atención específica a los niños mental o físicamente impedidos al reconocer que deberán disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad[9]. A este respecto, también la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2006, reconoció ese derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de

[6] Artículo 11.1 f) de la CEDAW.

[7] Artículo 11.2. CEDAW: "*A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para: a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil. b) Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o beneficios sociales. c) Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños. d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella*". El Convenio sobre la Protección de la Maternidad (2000): este convenio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) tiene como objetivo garantizar la protección de la maternidad en el ámbito laboral. Establece medidas para proteger la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas y lactantes en el trabajo, así como la necesidad de proporcionar licencias de maternidad remuneradas y servicios de atención médica adecuados.

[8] C183 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183).

[9] Artículo 23 Convención de los derechos del Niño: "*1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad .2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él*".

discapacidad[10].

En segundo lugar, se preocupa por los menores internados en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental[11].

Y, finalmente, no se limita al reconocimiento del derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, sino que señala que los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios[12], y que adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños[13]. Además, recoge una serie de medidas apropiadas para asegurar la plena aplicación de este derecho[14].

Entre las medidas mencionadas, figuran la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez, la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria necesarias a todos los niños; combatir las enfermedades y la malnutrición; el desarrollo de la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia, y:

> "*asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos*"[15].

Sin embargo, la medida realmente relevante para el objeto de este trabajo es la recogida en el artículo 24.2.d: "*d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal*

[10] Artículo 25 Convención de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Nueva York,13 de diciembre de 2006.
[11] Con derecho a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación. Artículo 26 de la Convención de los derechos del Niño (CdN).
[12] Artículo 24.1 CdN.
[13]Artículo 24. 3 CdN, además de comprometerse a la cooperación internacional para lograr progresivamente la realización del derecho.
[14] Artículo 24.2 CdN.
[15] Artículo 24.2.e) CdN.

apropiada a las madres".

Y ello, por varios motivos. En primer lugar, porque se atiende específicamente a la atención pre y postnatal de las madres, quedando recogida la necesidad de dicha atención en el Tratado internacional que busca proteger los derechos de los niños, lo que supone vincular, si no supeditar, el desarrollo adecuado de los niños con la atención específica a las madres y con la protección de la maternidad.

En segundo lugar, porque es la primera referencia en un tratado internacional a la salud mental perinatal –si bien de forma indirecta–, al entender que toda atención sanitaria busca la realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Por lo tanto, se puede afirmar que la Convención sobre los Derechos del Niño constituye la norma básica sobre la que gira el objeto de estudio en este trabajo y, en especial, en consonancia con la Observación General número 7, adoptada por el Comité de los Derechos del Niño en 2005, relativa a la realización de los derechos del niño en la primera infancia[16]. Su referencia a la investigación sobre la primera infancia fundamenta este trabajo.

De lo anteriormente expuesto, se desprende que en el objeto de estudio de esta investigación convergen tres grandes ámbitos de protección. En primer lugar, el de la salud (y, en concreto, la salud mental); en segundo, el de la lucha contra la discriminación y la violencia contra las mujeres (y, en particular, la protección de la maternidad); y, en tercero, la defensa del menor y de su adecuado desarrollo.

El examen de la salud mental perinatal supone el punto de intersección de estos grandes sectores en las primeras etapas de la vida. Los beneficios en salud de atender y garantizar la salud y el bienestar en la primera infancia cuentan con una creciente y mayor evidencia científica que se examinará a lo largo de este trabajo.

En todo caso, se aborda la salud mental perinatal entendiendo la maternidad como una elección válida de las mujeres. Se considera que se debe abordar esta cuestión desde el rigor científico, sin que con ello se refuerce en absoluto ningún rol ni estereotipo de género. Se parte del presupuesto de una maternidad elegida, como un ejercicio del

[16] Comité de los derechos Del Niño, 40º período de sesiones, Ginebra, 12 a 30 de septiembre de 2005. Observación General nº 7 (2005): Realización de los derechos del niño en la primera infancia. CRC/C/GC/7/Rev.1. 20 de septiembre de 2006.

derecho a la salud reproductiva, y no de una maternidad debida o impuesta por normas sociales estereotipadas; esto es, de una maternidad opcional para las mujeres que, en todo caso, cumple con una función social, tal y como reconoce la propia Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Respecto a la salud mental, pese a su incuestionado reconocimiento desde el principio como elemento esencial de la salud, la necesidad de prestarle más atención en el plano de la protección internacional comenzó a manifestarse de manera más prominente a lo largo de las últimas décadas del siglo XX y ha ido ganando aún más relevancia en el siglo XXI, en respuesta a la propia evolución y cambio de paradigma que se ha ido produciendo entre los mismos profesionales sanitarios en relación con las enfermedades mentales.

Así, en los inicios de la OMS, el principal foco de atención fue la salud física, con especial atención a las enfermedades infecciosas, aunque hubo ya esfuerzos incipientes por comprender y atender trastornos mentales, tratando de responder a la perspectiva integral de salud que, como se ha indicado, incluye tanto el bienestar físico como el mental.

En 1986 tuvo lugar la primera conferencia mundial sobre promoción de la salud organizada por la OMS, con la adopción de la Carta de Ottawa, para la consecución del objetivo "*Salud para Todos en el año 2000*", a la que siguieron periódicamente otras[17]; hasta la décima (y última hasta el momento) Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ginebra, en diciembre de 2021. En ella, se produjo la adopción de la "*Carta de Ginebra para el bienestar. De la salud al bienestar*".

La Carta de Ottawa afirmó que la promoción de la salud:

> "*consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como*

[17] Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), Ciudad de México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009, Helsinki (2013) y Shanghái 2016, "*La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible*".

objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario"[18].

Dos décadas después se materializa el salto de la salud al bienestar. Así, en la Carta de Ginebra se afirma, entre los fundamentos del bienestar, que "*Las sociedades del bienestar proporcionan las bases para que todos los miembros de las generaciones actuales y futuras prosperen en un planeta saludable, vivan donde vivan*".

Para ello, aplican políticas resueltas y enfoques transformadores que se basan en una serie de elementos entre los que cabe destacar dos, a los efectos de este trabajo.

El primero integra el bienestar mental en la visión positiva de la salud:

"*Una visión positiva de la salud que integra el bienestar físico, mental, espiritual y social*"[19].

Y el segundo atiende a los derechos humanos:

"*Los principios de derechos humanos, justicia social y ambiental, solidaridad, igualdad de género e intergeneracional, y paz*"[20].

Resulta necesario subrayar ese salto de la salud al bienestar. Si en el concepto de salud se integra la salud mental, se podría afirmar que, en el de bienestar, ésta representa un elemento esencial. El cambio es importante y pone de manifiesto el interés y atención creciente por la salud mental. La salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad: es una parte intrínseca de nuestra salud y bienestar individuales y colectivos,

[18] Carta de Ottawa para la promoción de la salud, resultado de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 dirigida a la consecución del objetivo "*Salud para Todos en el año 2000*".
[19] Carta de Ginebra para el bienestar. Xª Conferencia Mundial sobre la Promoción de la Salud, Ginebra 2021.
[20] Junto a un compromiso con un desarrollo sostenible que emita niveles bajos de carbono y que se base en la reciprocidad y el respeto entre los seres humanos y en hacer las paces con la naturaleza: nuevos indicadores de éxito, más allá del producto interno bruto, que tengan en cuenta el bienestar humano y planetario, y "*conduzcan a nuevas prioridades para el gasto público y el enfoque de promoción de la salud en el empoderamiento, la inclusión, la equidad y la participación significativa*".

según se afirma en el reciente "*Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*"[21].

Se trata del segundo informe al respecto, publicado más de veinte años después del primero. En efecto no fue hasta el siglo XXI, en 2001, que la OMS publicó su primer informe sobre salud mental, "*Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*", en el cual se reconoce que durante demasiado tiempo no se había prestado la atención necesaria a la salud mental. Y ello a pesar de que la salud mental es fundamental para el bienestar general de las personas; y, por tanto, de las sociedades en las que se integran y de los países en los que viven. Por ello, consideró necesario abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva, basada en los principios de protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención a la salud mental, aprobados en 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas[22].

La conversación sobre la salud mental se ha ido ampliando con el avance del siglo XXI, abordando temas como la reducción del estigma, el acceso a servicios de salud mental de calidad y la integración de la salud mental en la atención médica general.

Así, por ejemplo, si el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 se refería a mejorar la salud materna desde la perspectiva de la salud física y la supervivencia, con las metas de reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, para lograr, en 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, el tercero de los actuales Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para la Agenda 2030 va más allá y reclama garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades[23].

En definitiva, la necesidad de prestar más atención a la salud mental en el plano internacional ha evolucionado gradualmente a lo largo del tiempo, pasando de un enfoque predominantemente centrado en la salud física a una comprensión más holística de la

[21] OMS, *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general-World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860. (Consultado el 15 de agosto de 2023).

[22] 46/119, 75ª sesión plenaria de la Asamblea General, 17 de diciembre de 1991.

[23] Aunque las metas sigan haciendo referencia a la reducción de la tasa de mortalidad materna infantil (para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

salud que abarca aspectos mentales y emocionales, aunque desde el primer momento se entendiera por salud el disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.

Y todo ello, enmarcado en un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, que es el adoptado por la OMS al entender que es el que permite ofrecer estrategias y soluciones para afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en el ámbito sanitario. Así, el objetivo de un enfoque de salud basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas por lo que todas intervenciones para conseguirlo se rigen por una serie de principios y normas[24].

En paralelo, con diferentes tiempos, se han producidos sustantivos avances en la lucha contra la discriminación de la mujer y la promoción de la igualdad de género, tratando de abordar las desigualdades históricas y sistémicas entre hombres y mujeres en la sociedad. También en esta vía las metas se han desarrollado de manera progresiva, desde la inicial lucha por el reconocimiento de los derechos básicos para las mujeres, pasando por el reconocimiento progresivo de la discriminación sistémica, hasta la promoción de la igualdad de género efectiva. Sirvan de ejemplo, de nuevo, los objetivos de desarrollo. Así, en el año 2000 se estableció como el ODM 3 "*Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer*" mientras que la formulación en 2015 del ODS 5 fue, similar aunque un poco más ambicioso al referirse a "*Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*", con metas relativas a poner fin a toda forma de discriminación, eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, y eliminar todas las prácticas nocivas[25].

[24] Que se examinarán en epígrafes posteriores.

[25] Las metas del ODS 5 son "*5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo. 5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación. 5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina. 5.4 Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país. 5.5 Asegurar la*

Por tanto, la lucha contra la discriminación de la mujer ha evolucionado hacia la promoción de la igualdad de género como un objetivo más amplio y completo. Esto implica abordar tanto la discriminación directa como las desigualdades sistémicas para lograr una sociedad más equitativa y justa para todas las personas, independientemente de su género. Una lucha contra la discriminación que necesita igualmente de la lucha contra los estereotipos de género, y especialmente los erróneos, perjudiciales y aquellos ilícitos por llevar a la violación de derechos humanos fundamentales.

Al respecto, el artículo 5 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece dos obligaciones para los Estados Partes. Por un lado, en su apartado a) indica que han de tomar todas las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres. Mientras que el apartado b) les conmina a adoptar todas las medidas necesarias para:

> "*Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos*".

En todo caso, en el camino en la defensa y protección de la mujer, fue pionera, gracias a la labor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la protección de la maternidad, con el objetivo de resguardar la salud de la madre y el niño o la niña, así

---

participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública. 5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen". Y, como metas instrumentales, "*5.a Emprender reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales. 5.b Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres y 5.c Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles*".

como de proteger a la trabajadora frente a una discriminación a causa de su condición. De este modo, en una fecha tan temprana como 1919, se aprobó el Convenio nº 3 sobre la protección de la maternidad, revisado en 1952 por el Convenio 103 sobre la protección de la maternidad (revisado) y la adopción del Convenio 183 sobre la protección de la maternidad, de 2000[26]. Esencialmente, los elementos de la protección son cinco: licencia de maternidad, prestaciones pecuniarias y médicas, protección de la salud, lactancia y protección del empleo y no discriminación.

En concreto, entre las prestaciones que establece el artículo 6 del Convenio 183, se encuentran las prestaciones médicas a la madre y a su hijo, que deberán comprender la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia después del parto, así como la hospitalización cuando sea necesario, poniendo de manifiesto su importancia capital.

Por otro lado, desde el primer Convenio, el ámbito de aplicación se ha ampliado progresivamente para abarcar a todas las mujeres empleadas, independientemente de su ocupación o del tipo de establecimiento, incluyendo a aquellas que desempeñan formas atípicas de trabajo dependiente, y frecuentemente no gozan de protección alguna.

También el Convenio sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 atiende a la maternidad al tener presente:

> "*el gran aporte de la mujer al bienestar de la familia y al desarrollo de la sociedad, hasta ahora no plenamente reconocido, la importancia social de la maternidad y la función tanto del padre como de la madre en la familia y en la educación de los hijos, y conscientes de que el papel de la mujer en la procreación no debe ser causa de discriminación, sino que la educación de los niños exige la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres y la sociedad en su conjunto*".

Por ello afirma, en primer lugar, que las medidas especiales encaminadas a proteger la maternidad no se considerarán discriminatorias[27], prohíbe la discriminación de género en todas sus formas y establece que las mujeres tienen derecho a la atención

[26] C003 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919 (nº. 3).
[27] Artículo 4 CEDAW.

médica adecuada durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto[28].

Se trata de un reconocimiento en consonancia con lo establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966; que, además de recoger el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental afirma, en su artículo 10.2, que se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto.

Por tanto, las normas internacionales relativas a la protección de la maternidad buscan garantizar que las mujeres tengan acceso a la atención médica de calidad durante el embarazo, el parto y el período postnatal, así como promover la igualdad de género y prevenir la discriminación relacionada con la maternidad en el ámbito laboral y social.

Sin embargo, el reconocimiento de los derechos y los esfuerzos estatales por implementarlos no son suficientes; y, en última instancia, cabe señalar que, en la protección de los derechos humanos, a pesar del largo camino recorrido, siempre será mayor el que quede aún por recorrer.

Así, por ejemplo, en las Observaciones finales emitidas sobre el noveno informe periódico presentado por España en 2022[29], el último hasta la fecha, por el Comité del Convenio para la eliminación de la discriminación contra la mujer, se afirma que, en relación con la salud:

> "*El Comité observa con aprecio también los esfuerzos realizados por el Estado Parte para combatir la violencia obstétrica, a raíz de las recomendaciones formuladas en la comunicación núm. 154/2020 del Comité. No obstante, le preocupa que su aplicación no sea sistemática y se caracterice por importantes disparidades entre regiones. Al Comité le preocupan además los problemas de salud no atendidos en el trabajo, en particular los trastornos de salud mental que pueden haber surgido como consecuencia de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), y que un número significativo de mujeres, como las consumidoras de drogas, sufran adicciones*".

[28] Artículo 12.2 CEDAW.
[29] CEDAW/C/ESP/9. 10 de agosto de 2022. Noveno informe periódico que España debía presentar en 2020 en virtud del artículo 18 de la Convención.

Por lo que el Comité recomienda a España que aumente todos los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para aplicar eficazmente las recomendaciones contenidas en la mencionada comunicación relativa a los daños de salud física y psíquica sufridos por una mujer primípara en un hospital público español, entre las que figuran la de revisión de la legislación sobre violencia por razón de género contra la mujer, para que incluya otras formas (como la violencia obstétrica), y que adopte medidas para atender los trastornos de la salud mental; especialmente, los relacionados con las condiciones laborales, y garantice la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud mental y unos servicios de rehabilitación de adicciones que tengan en cuenta las cuestiones de género a nivel nacional y local[30].

Es el supuesto de visibilidad más clara en relación con una serie de problemas/cuestiones/situaciones o complicaciones que pueden surgir en torno al nacimiento de un niño, y que han de ser atendidas tanto por los profesionales de la salud como por las autoridades responsables; pues, potencialmente, pueden constituir supuestos de inadecuado respeto de los derechos humanos internacionalmente reconocidos.

Si la atención a la salud mental ha cobrado un creciente protagonismo en la esfera internacional, ha llegado el momento de que lo alcance igualmente la salud mental perinatal y la atención a los trastornos mentales perinatales más comunes, garantizando que todas las mujeres en el mundo tengan acceso a una atención respetuosa de alta calidad, tanto para su salud física como para su bienestar mental. Ciertos trastornos mentales perinatales comunes, como ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos, son las complicaciones más frecuentes en el embarazo, parto y postparto, con una incidencia del casi el 20% en los países de renta media y baja[31]. Pese a ello, su detección rutinaria y su derivación a atención especializada son, todavía, infrecuentes en nuestro país. Un ejemplo que permite entender la desatención a estos problemas de salud durante la etapa perinatal en España es la inclusión rutinaria de la prueba de detección de la glucosa en

[30] CEDAW/C/ESP/CO/9, 31 de mayo de 2023. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de España.

[31] MCNAB, S., FIHSER, J., HONIKAM, S., MUYHU, L., LEVINE, R., CHORWE-SUNGANI, G., BAR-ZEEV, S., HAILEGEBRIEL, TD., YUSUF, I., CHOWDHARY, N., RAHMAN, A., BOLTON, P., MSERSHON, C. H., BORMET, M., HENRY-ERNEST, D., PORTELA, A., STALLS, S., "Comment: silent burden no more: a global call to action to prioritize perinatal mental health", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2022, vol. 22, nº 1, pp. 22-308.

mujeres embarazadas, cuando la diabetes gestacional tiene una incidencia aproximada del 6% en mujeres embarazadas[32], frente a la no inclusión rutinaria de escalas de detección de la depresión perinatal, con una incidencia estimada de en torno a un 11% de las mujeres en este periodo[33].

Sin atender su salud mental de las madres, al igual que su bienestar físico, no se logrará mejorar ni la mortalidad ni la morbilidad maternas, que seguirá constituyendo un obstáculo para el desarrollo de sus comunidades. Por lo tanto, habrá que priorizar su atención, si se desea alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5, relativos a la salud y bienestar y a la igualdad de género, mejorando la salud materna, neonatal e infantil.

1.1 Justificación

La justificación del presente trabajo se explica desde los planteamientos del "*conocimiento situado*", desarrollados por Donna Harawey, quien señala la relevancia de abordar los objetos de estudio explicitando los lugares desde los cuales se parte en la investigación, puesto que los conocimientos, máxime en las ciencias sociales, no reflejan la realidad de una forma neutra, ya que no pueden ser desligados de sus contextos ni de la subjetividad de quien investiga[34].

En el año 2015, después de terminar mis estudios de Medicina, comencé mi especialización en psiquiatría mediante la vía de la Residencia en el Hospital Ramón y Cajal, de Madrid. Durante ese periodo de formación fui madre en dos ocasiones (en el tercer año, y el mismo día de la finalización de mi residencia), y las inquietudes habituales de la maternidad confluyeron con mi vocación profesional de atención a la salud mental, motivo por el cual comencé a interesarme especialmente en materia de salud mental perinatal. En este sentido, además de las formaciones académicas específicas, pude hacer una rotación en la unidad de psiquiatría de la infancia y la adolescencia del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda), que cuenta con un servicio de atención

[32] MACK LR, TOMICH PG., "Gestational Diabetes: Diagnosis, Classification, and Clinical Care", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2017, vol. 44, nº 2, pp. 207-217.
[33] WOODY CA, FERRARI AJ, SISKIND DJ, WHITEFORD HA, HARRIS MG. WA., "Systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression", *Journal of Affective Disorders,* 2017, nº 219, pp. 86-92.
[34] HARAWAY, D., *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid, Cátedra, 1995.

perinatal. Las circunstancias favorecieron que, de este modo, pudiera encontrar mi vocación dentro de la vocación, la atención a la infancia y a las familias desde la psiquiatría infantil, a la que, desde ese momento, esperé poder dedicarme. Y, en efecto, a pesar de la maternidad (con un segundo parto apenas un mes después la irrupción de la pandemia de COVID-19, en 2020), la lactancia y otras circunstancias profesionales, he podido trabajar, casi desde que terminé mi periodo formativo como residente, en el Hospital Puerta de Hierro, dedicada a la psiquiatría infantil y de la adolescencia, en todos sus rangos de edad, y, en la actualidad, con especial dedicación al programa de interconsulta de salud mental perinatal.

Mi edad y maternidades me impidieron acceder directamente a la especialidad de psiquiatría infantil, recién creada en 2021, pero pude presentarme al examen habilitante convocado por la vía extraordinaria, por lo que, en la actualidad, tengo el título de especialista en psiquiatría y el de especialista en psiquiatría de la infancia y la adolescencia.

En los todavía no muy numerosos años de ejercicio de mi profesión, y como les sucede a todos los profesionales de la psiquiatría, me he tenido que enfrentar en muchas ocasiones con cuestiones jurídicas derivadas, o relativas, a la atención a la salud mental y los derechos de los usuarios de estos servicios de salud. Así, empecé a familiarizarme más, desde el punto de vista profesional, con el ámbito jurídico, por el que fui adquiriendo un creciente interés, fruto, sobre todo, de cierta sensación de impotencia ante determinadas situaciones.

Siempre había sido consciente de que la práctica profesional sanitaria está estrechamente vinculada con el disfrute de un derecho humano fundamental como es el derecho que tiene toda persona al goce del más alto nivel posible de salud física y mental (tal y como se ha explicado anteriormente). Tan pronto como empecé a atender a niñas, niños y familias, tomé conciencia de que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales, y de que la realización del derecho a la salud de los menores implica necesariamente garantizar una adecuada atención perinatal a las mujeres que son madres. Y este es, en definitiva, el fundamento del presente trabajo. Pero, desde el inicio de mi trayectoria profesional, he sido igualmente consciente de que, a pesar de todos los avances alcanzados en España y del alto nivel de las prestaciones sanitarias para

toda la población, siguen existiendo lagunas, vacíos, malas prácticas que es necesario denunciar y combatir, muy particularmente, en el ámbito de la salud mental. Es cierto que, en los últimos años, y sobre todo tras las devastadoras consecuencias de la pandemia de COVID-19, la importancia de la salud mental se ha visto reforzada, si bien la OMS afirma que todavía se requiere una mayor inversión en todos los frentes. Así, en 2019, la OMS lanzó por fin la "*Iniciativa especial de la OMS para la salud mental (2019-2023)*".

El estudio de las directrices y protocolos de la OMS, como la mencionada "*Iniciativa especial de la OMS para la salud mental (2019-2023)*", y las recientes guías de recomendaciones para la promoción del desarrollo saludable en la primera infancia "*Improving Early Childhood Development*", y para la atención a la salud mental materna "*Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*", me llevó a intentar entender mejor la protección del ser humano en su integridad y, de ahí, a la protección internacional de los derechos humanos, también en materia de infancia y de maternidad. Como me señaló la que ahora es una de mis directoras de tesis, una vez reconocidos a nivel universal los derechos humanos a lo largo del siglo XX, el siglo XXI ha de ser el de su efectiva implementación, y mi trabajo consiste en la mejor implantación posible y disfrute de ese derecho al más alto nivel posible de salud mental.

Se trata de un planteamiento acorde con de la propia OMS, con su enfoque de salud basado en derechos humanos.

Sin embargo, en este ámbito, son casi innumerables las dificultades y los retos existentes; sobre todo, si se tiene en cuenta una perspectiva universal, como lo son los derechos humanos, pues las diferencias entre Estados son casi inconmensurables.

La salud materna sigue siendo una tarea pendiente a nivel global. Cada día de 2020 casi 800 mujeres murieron por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; esto es, se produjo en el mundo una muerte materna casi cada dos minutos. Y ello a pesar de que, entre 2000 y 2020, la tasa de mortalidad materna (RMM, número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) se redujo aproximadamente un 34% en todo el mundo. Casi el 95% de todas las muertes maternas ocurrieron en países de

ingresos bajos y medianos bajos en 2020[35].

Sin duda, la atención brindada por profesionales de la salud capacitados antes, durante y después del parto puede salvar la vida de mujeres y recién nacidos, y es un objetivo fundamental, pero no debería ser el único, puesto que una atención adecuada e integradora también puede contribuir a lograr una mejor realización del derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, aquí y ahora, de las generaciones presentes, pero también de las futuras, dado el impacto que la etapa perinatal tiene en la salud de esos bebés que se gestan y nacen para toda su vida, en consonancia con lo recogido en la Carta de Ginebra relativo al bienestar de las generaciones presentes y futuras.

La presente investigación se centra en lo más cercano y, por tanto, en los principales riesgos de salud mental de dos colectivos con protección específica: mujeres y niños, más específicamente aún, aquellos que surgen en el delicado periodo de la maternidad y la primera infancia.

Implementar la salud mental a la salud materna no significa prestar la atención a las personas con trastornos mentales que han sido madres, sino que significa una atención integral de salud mental en la atención a la salud materno-infantil tomando como sujetos la díada madre-bebé. Se trata de la promoción de la salud mental ante los problemas derivados directamente de la situación de perinatalidad.

Por tanto, el objeto de estudio no son las mujeres que, teniendo de base un trastorno mental, llegan a la maternidad u optan a ella, sino que se dirige exclusivamente a examinar los aspectos relativos a la salud mental relativos a la maternidad, desde la perspectiva de la salud materna. En definitiva, el tema que se aborda son los problemas de salud mental que pueden padecer las mujeres en relación a sus maternidades, pero que repercuten, directa o indirectamente, de forma inmediata o demorada, en la propia salud de los hijos e hijas. Así, el ámbito de la investigación presente es determinar si la protección en este periodo de maternidad, que se acota al periodo perinatal, en el caso del ordenamiento jurídico español y de nuestro sistema sanitario, se adecua a los estándares internacionales establecidos y a los objetivos fijados desde una perspectiva de derechos

[35] OMS, *Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2023.

humanos.

El trabajo se ajusta a las exigencias de la Convención de los derechos del Niño, que exige que los niños pequeños (entendiendo como tales a aquellos menores de 8 años, si bien refiere que esta consideración varía entre países, considerando que algunos toman por primera infancia el periodo previo a cumplir 4 años, como es el caso de España), y en especial los "*muy pequeños*", sean respetados como personas por derecho propio, abandonando la creencia de que la primera infancia es un periodo de socialización de humanos inmaduros hacia la consecución de adultos maduros. En su lugar, los niños pequeños deben ser considerados como miembros de pleno derecho y activos de sus comunidades, lo que incluye tanto a sus familias como a las sociedades, con necesidades propias que suponen necesidades específicas de cuidados físicos, atención emocional y orientación cuidadosa, así como en sus tiempos y espacios para el juego, la exploración y el aprendizaje social. El ejercicio de sus derechos implica atender estas necesidades específicas y respetar sus intereses, experiencias y problemas bien diferenciados, como recoge la Observación General número 7 del Comité de los derechos del Niño[36].

Esta misma Observación señala que existe un incremento cada vez mayor de investigación y evidencia científica confirmatoria de que los niños pequeños deben ser considerados agentes sociales cuya supervivencia, bienestar y desarrollo se construyen sobre las relaciones estrechas que mantienen con un número pequeño de personas que son clave para ellos y de las cuales dependen (que serían, fundamentalmente, los padres, los miembros de la familia ampliada y los compañeros, aunque también englobaría a los cuidadores y otros profesionales de la primera infancia). Señala también que la investigación científica ha demostrado que las estrategias destinadas a la prevención y la promoción de la salud en la primera infancia tienen repercusiones positivas sobre su bienestar futuro, siendo por tanto el respeto a los derechos del niño pequeño una forma eficaz de prevenir dificultades personales y sociales en etapas posteriores de la vida[37].

Sobre la base de esta investigación científica, el Comité de los derechos del Niño

[36] Comité de los derechos del Niño, 40º período de sesiones, Ginebra, 12 a 30 de septiembre de 2005. Observación General nº 7 (2005): Realización de los derechos del niño en la primera infancia. CRC/C/GC/7/Rev.1. 20 de septiembre de 2006.

[37] Véase la Observación General nº 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes del Comité de los Derechos del Niño.

señala que algunas sociedades modernas están experimentando rápidos cambios, dentro de los cuales también están cambiando las creencias y expectativas sobre la infancia. Así, invita a los Estados Partes:

> "*(...) a basarse en creencias y conocimientos sobre la primera infancia de una manera apropiada a las circunstancias locales y las prácticas cambiantes, y a respetar los valores tradicionales, siempre que éstos no sean discriminatorios (artículo 2 de la Convención) ni perjudiciales para la salud y bienestar del niño (art. 24.3) ni vayan contra su interés superior (art. 3*)"[38].

De este modo, cabe señalar que el presente trabajo se alinea con el Comité de los derechos del niño para cumplir sus recomendaciones, revisando la evidencia científica existente sobre salud y desarrollo en las etapas más precoces de la vida para identificar sus necesidades específicas en materia de salud mental y poder dar respuesta a las mismas, en el cumplimiento de sus derechos.

1.2 Hipótesis y Objetivos

El trabajo responde a la siguiente hipótesis:

H1: Ciertas prácticas en el ámbito de la salud perinatal impactan negativamente en la salud mental de las mujeres y sus bebés, y pueden ser consideradas como contrarias a las normas protectoras de los derechos humanos.

H2: A pesar de un creciente reconocimiento, se considera insuficiente la protección de la salud materno-infantil, esencial para un adecuado desarrollo del menor.

Se plantean como objetivos generales:

a) Identificar con mayor rigor y profundidad los principales problemas que en materia de salud mental están vinculados con la maternidad y la primera infancia.

b) Contribuir a su mayor visibilidad y atención, de forma que se pueda alcanzar una mejor protección para ambos colectivos en este periodo de vulnerabilidad para ambos y de especial relevancia para el sano desarrollo infantil.

[38] Punto 8 de la Observación General nº 7 (2005): Investigación sobre la primera infancia.

c) Reflexionar sobre la realidad asistencial y los desafíos éticos-jurídicos en el abordaje de la atención de la salud mental perinatal.

d) Proponer, en su caso, posibles medidas para lograr la plena efectividad del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en este periodo vital.

Se fijan como objetivos específicos:

a) Identificar los componentes ético-clínicos implicados en la atención a la salud mental perinatal y que pueden ser específicos de la actuación en el entorno sanitario.
b) Proponer estrategias de manejo de los desafíos ético-clínicos más frecuentes, para intentar aportar rigor en su abordaje y resolución.
c) Examinar el marco jurídico regulador de la práctica clínica en salud mental perinatal.
d) Verificar la adecuación de la normativa española a las obligaciones y recomendaciones internacionales.

1.3 Metodología

El ámbito de estudio, la salud mental perinatal, exige, por su propia naturaleza multidisciplinar e integral, una metodología plural que opere como vértice de los problemas médicos, éticos y jurídicos que se plantean. Los objetivos planteados exigen, por un lado, la revisión de las normas y tratados internacionales en materia de derechos humanos; así como los conocimientos científicos hasta la fecha acerca de las necesidades en salud de las mujeres y sus bebés en las etapas perinatales; y, por otro lado, la detección, el análisis crítico y la reflexión acerca de situaciones detectadas en la atención sanitaria a la etapa perinatal donde se podrían estar produciendo vulneraciones de los derechos humanos, con especial atención a sus repercusiones en salud mental.

Por lo tanto, se parte de un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, con el objetivo señalado por la OMS de que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas.

Dado que la investigación se ha centrado en el estudio de la protección de la salud mental en dos grupos poblacionales de especial vulnerabilidad (las mujeres en sus procesos reproductivos y de maternidad, y los bebés e infantes), y en una etapa

socialmente desfavorecida en nuestro entorno español del siglo XXI, como es la maternidad, la perspectiva empleada ha sido la etnografía crítica. Esta perspectiva busca investigar cuestionamientos o premisas culturales, que tienen una base institucional o de relaciones de poder, permitiendo describir, dialogar y reflexionar sobre situaciones culturalmente opresoras o contrarias a los derechos humanos, para encaminar hacia el cambio[39]. En definitiva, el objetivo fundamental de la etnografía crítica es "*denunciar hechos que riñen con los derechos humanos, la justicia social, la discriminación de las etnias, entre otros aspectos*"[40]. Desde un planteamiento necesariamente holístico, la metodología seguida ha sido plural, procediendo a una revisión documental, a la búsqueda de evidencias y al estudio de casos.

Partiendo de la experiencia profesional en la atención perinatal en un hospital público del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el Hospital Universitario Puerta de Hierro, se procedió a una búsqueda selectiva, a través de los principales buscadores bibliográficos, las diferentes bases de datos, tanto médicas como de ciencias sociales, guías de buena práctica clínica o sociedades científicas, documentación de organismos internacionales y Boletines Oficiales, de la literatura existente en relación con la salud mental, la salud mental perinatal, la maternidad, el desarrollo infantil en los primeros años, la bioética y la normativa nacional e internacional en relación con la salud. Tal y como se explicará a continuación, la búsqueda bibliográfica ha constado de dos procesos diferenciados: el relativo al desarrollo normativo y las recomendaciones en salud mental de los organismos internacionales, y el referido a la evidencia científica publicada relativa a la salud mental perinatal.

Así, por un lado, se realizó la búsqueda bibliográfica, diferenciada en un apartado legal y de las ciencias sociales, y otro enmarcado dentro de la investigación científica en ciencias de la salud:

a) Revisión bibliográfica del marco normativo y legal, y de la protección internacional dentro de las ciencias sociales y jurídicas:

Respecto al marco normativo, la revisión de las normas internacionales se ha

[39] STREET, S., "Representación y reflexividad en la (auto) etnografía crítica: ¿Voces o diálogos?", *Nómadas,* 2003, nº 18, pp. 72-79.
[40] VARGAS-JIMÉNEZ, I. "How to Envision Critical Ethnography within Qualitative Research?", *Revista Electrónica Educare*, 2015, vol. 20, nº 2, pp. 1-13.

realizado acudiendo a las fuentes normativas tanto en la web de la Organización de las Naciones Unidas, como en la de la Organización Mundial de la Salud, Consejo de Europa y Unión Europea.

Del mismo modo, se ha examinado la labor del Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de la ONU, con especial dedicación a los dictámenes que ha emitido alertando acerca de la existencia de violencia obstétrica en España.

Se han examinado igualmente los documentos elaborados por el Relator especial del Derecho a la Salud.

En relación a la revisión bibliográfica doctrinal, se ha acudido a la base Dialnet, utilizando como buscadores, en primer lugar, los términos "*salud mental*", que arrojó 18.398 documentos, por lo que se acotó a "*salud mental perinatal*" con un resultado de 125 documentos, 91 artículos de revista, 28 tesis doctorales, 5 capítulos de libro, una monografía y un libro.

Utilizando los filtros "*protección internacional*" y "*salud*", fueron 1.214 documentos encontrados; la acotación de la búsqueda mediante los términos "*protección internacional*" y "*salud mental*" redujo el resultado de la búsqueda a 126 documentos, que fueron revisados con exhaustividad. La búsqueda específica de "*protección internacional de la salud mental perinatal*" sólo arrojó un resultado: una tesis defendida, precisamente, en la Universidad Rey Juan Carlos (URJC).

La búsqueda sobre protección internacional salud mental de la mujer arrojó 48 documentos encontrados, entre los que se encuentran 38 tesis doctorales y 10 artículos de revista encontrados.

Se revisó, también, la legislación española relativa a la atención a la salud. Para ello, se consultó el Boletín Oficial del Estado, donde, además de las ratificaciones de las declaraciones y los documentos internacionales aprobados en materia de derechos humanos, y de obligado cumplimiento por ser Estado Parte de la ONU y del Consejo de Europa, se recogen, también, normativas fundamentales para la articulación del sistema nacional de salud y de los sistemas autonómicos.

Con posterioridad, se revisaron las guías y recomendaciones publicadas por la

Organización Mundial de la Salud sobre la atención a la salud mental, a la salud materna y a la salud infantil. Respecto a la atención a la salud mental, se revisó su "*Plan de acción sobre salud mental, 2013-2020*", actualizado y refrendado en el "*Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*". En cuanto a la atención a la salud materna, se recogieron los últimos documentos actualizados al respecto, a partir del año 2014, incluyendo su declaración "*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*", las tres guías de recomendaciones para la atención a la salud en la etapa perinatal (sobre la atención en el embarazo, sobre la atención en el parto y sobre la atención en la etapa postnatal), las directrices para mejorar el desarrollo temprano infantil, y el documento fundamental para este trabajo: las recomendaciones de la OMS para la integración de la atención a la salud mental perinatal dentro de los servicios de salud materno-infantil.

Se revisa, asimismo, la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, y los planes estratégicos de salud mental vigentes en el año 2023, tanto a nivel estatal, como a nivel de la Comunidad de Madrid.

b) Revisión bibliográfica de la literatura científica relativa a la salud mental perinatal:

Se realizó, por un lado, una revisión narrativa dentro de la denominada "*literatura gris*" compuesta por los principales libros publicados por los autores clásicos, madres y padres de la psicología y la psiquiatría infantil, materna y perinatal, tales como John Bolwby, Daniel Stern o Mary Ainsworth, que configuran el principal marco teórico a partir del cual se han desarrollado, desde mediados del siglo XX, las líneas de investigación en apego y desarrollo infantil, así como la atención clínica en los servicios de salud dedicados a la salud mental perinatal.

A continuación, se procedió a realizar una revisión narrativa de la literatura científica publicada en Medline/Pubmed acerca de la evidencia existente en relación a la salud mental perinatal. La búsqueda del tesauro "*perinatal mental health*" ("*salud mental perinatal*"), acotada a los últimos 20 años (de junio del año 2003 a junio del año 2023) arrojó 5.400 resultados. Limitando la búsqueda a revisiones sistemáticas, los resultados se redujeron a 355 resultados. Se definió como criterio de exclusión la redacción en otro idioma distinto al inglés, francés o español (siempre que no contara con traducción), así

como la limitación del estudio a poblaciones no pertenecientes a sociedades occidentales, debido a la dificultad para extrapolar los resultados al contexto actual español. Después de la aplicación de estos criterios, la búsqueda se redujo a 188 artículos, que se revisaron en profundidad.

Por último, se revisaron documentos publicados por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, tipo guías de práctica clínica y protocolos de atención a la salud materna, incluyendo el plan de parto respetado.

Posteriormente, con toda la documentación seleccionada, se realizó una lectura crítica comparativa en búsqueda de puntos de coincidencia y desacuerdos entre la documentación revisada analizando los componentes más relevantes. Se procedió a una selección, análisis y redacción de los conceptos, consideraciones y componentes más relevantes en la práctica a los efectos de completar el marco conceptual, deontológico y normativo, desde una perspectiva multidisciplinar.

Por otro lado, se efectuó una revisión de las historias clínicas generadas en los años de mi práctica asistencial, seleccionando las situaciones clínicas relevantes que generaron dificultades en la atención y suscitaron interrogantes y desafíos en relación con la conceptualización realizada. Se trata de una selección dirigida, por su pertinencia e importancia, de casos clínicos considerados como más ilustrativos y relevantes para el estudio. Implica un estudio de casos con metodología cualitativa y diseño flexible, de alcance exploratorio, narrativo y descriptivo. Los supuestos clínicos se presentan con los cambios pertinentes para el oportuno y necesario respeto de la intimidad y la normativa reguladora de la protección de datos personales, pero son casos reales, en su mayoría vividos en primera persona; si bien tres de ellos fueron recogidos de los dictámenes del Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (condenando al Estado español por violencia obstétrica tras examinar denuncias individuales de mujeres); y dos de los casos fueron recogidos de publicaciones en prensa, con cierta relevancia para el tema que nos ocupa.

Los casos presentados recogen de forma descriptiva el estado de la cuestión, el análisis de una situación que implica cuestiones éticas específicas, y evitando, en todo caso, juicios de valor en la presentación.

En definitiva, se ha realizado una amplia investigación cualitativa descriptiva en materia de protección internacional de derechos humanos sobre mujeres, maternidad e infancia, complementada por revisión narrativa cualitativa de la evidencia científica relativa a la atención en salud a la maternidad con especial hincapié en la atención a la salud mental perinatal, que se ha combinado con la metodología del estudio de caso, para todo lo cual se ha realizado una revisión bibliográfica selectiva, junto a un examen de la normativa internacional, universal y regional, nacional y autonómica vigente.

1.4 Estructura

Para alcanzar el objetivo he trabajado de forma paralela en dos ámbitos.

Por un lado, en la determinación de la protección existente, tanto a nivel universal, regional europeo, de la Unión Europea y de España, así como en los medios del servicio de salud español; y, más específicamente, dada la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas, del Servicio Madrileño de Salud y de su cartera de prestaciones.

Paralelamente, he trabajado en delimitar el alcance de los principales riesgos para la salud materno-infantil identificando algunas de las situaciones más delicadas en la atención a la salud perinatal. He seleccionado cinco momentos esenciales en los que se presentan dificultades: concepción, embarazo, periparto, postparto y primera crianza, ficcionando supuestos de hechos reales en cada uno de los apartados. El foco es la atención sanitaria prestada a lo largo de estas cinco etapas a las mujeres, y, de forma indirecta (que no secundaria) a sus bebés, pero con especial dedicación a las repercusiones que las prácticas en dicha atención, o la ausencia de la misma, tienen en el ámbito de la salud mental perinatal, que es, en definitiva, el ámbito de la salud (puesto que la salud mental forma parte integral de la salud).

De este modo, la tesis ha sido estructurada en dos bloques claramente diferenciados.

El primer bloque está dedicado al marco general del desarrollo de los derechos humanos en materia de salud, infancia y mujer, explicando las bases que sustentan la necesaria protección de la salud mental, en alineamiento con la declaración de los

derechos humanos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con un apartado específico para la salud perinatal.

El segundo bloque recoge, de forma desgranada, los cinco momentos fundamentales de atención y protección a la salud mental materna dentro del ámbito de la perinatalidad (concepción, embarazo, periparto, puerperio y primera crianza), resumiendo la evidencia científica publicada hasta el momento sobre las necesidades, las repercusiones y las implicaciones de la salud mental en cada una de esas etapas, así como las principales recomendaciones internacionales para la atención sanitaria en cada uno de ellos, y las dificultades percibidas, situaciones confusas o conflictivas, en su aplicación actualmente en España. Al final del capítulo sobre cada periodo, se recogen los supuestos específicos de protección correspondientes al mismo, sobre los que se analiza la adecuación de la práctica concreta, desde la atención en el sistema sanitario español, a los estándares internacionales recomendados, y a la evidencia científica sobre salud materna y desarrollo infantil.

Cabe señalar que la división en estos cinco momentos en cinco capítulos diferenciados, aunque útil desde la perspectiva teórica y a los fines de la investigación, no deja de resultar artificiosa, dada la continuidad de los mismos. Por ello, algunos de los supuestos recogidos para ilustrar la situación relativa a la protección de la salud mental materno-infantil en un momento perinatal concreto presentan, también, aspectos correspondientes a otras etapas perinatales.

BLOQUE I

MARCO GENERAL DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

CAPÍTULO I. SALUD Y PROTECCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

1.1 Consideraciones iniciales

"*En definitiva, no hay salud, sin salud mental*". Así concluye el director general de la Organización Mundial de la Salud, el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, la introducción del informe mundial sobre salud mental en el mundo del año 2022[41].

Y, si bien la Declaración Universal de Derechos Humanos no menciona explícitamente el derecho a la salud mental, se entiende comprendido en el contenido de su artículo relativo al derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que incluya la atención médica y los servicios necesarios para el bienestar y la salud. Sin embargo, sus autores sí consideraron añadir un segundo párrafo a ese artículo 25 de la Declaración para recoger que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales.

Llegar a ese punto fue el resultado de un largo y complejo proceso de evolución histórica, aunque los antecedentes remotos se pueden remontar prácticamente a las primeras civilizaciones. Inicialmente, el reconocimiento de la igualdad entre los seres humanos y de ciertos derechos se produjo en el plano nacional, en el seno de algunos ordenamientos jurídicos, con la progresiva inclusión del reconocimiento de una serie de derechos y libertades fundamentales en las Constituciones estatales del siglo XIX [42]. No fue hasta el siglo XX, con la preocupación inicial por parte de la Sociedad de Naciones (1919), y, posteriormente, con la adopción de la Carta de las Naciones Unidas (1945), cuando el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales comenzó a configurarse como un principio estructural del Ordenamiento jurídico internacional.

Por ello, se puede considerar el siglo XX como el de la internacionalización de los derechos humanos o, en afortunada expresión, el de la humanización del derecho

[41] OMS*, Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general-World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860. (Consultado el 15 de agosto de 2023).

[42] Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, 1789; *Bill of Rights* de 1689; FERNÁNDEZ LIESA, C., *El Derecho internacional de los derechos humanos en perspectiva histórica;* Madrid, Thomson-Reuters, 2013.

internacional[43].

En todo caso, en el siglo XX se produjo la proclamación, protección y defensa de los derechos humanos en el ámbito internacional, en el seno de organizaciones internacionales, tanto de carácter universal como regional. Esto comportó un cambio de gran relevancia: las cuestiones relativas a los derechos humanos (esto es: su promoción, protección y respeto) han dejado de ser un ámbito exclusivo de la competencia doméstica de los Estados; han quedado fuera –no sin resistencia por parte de algunos Estados– del principio de no intervención en los asuntos propios de la jurisdicción interna de los Estados[44]. Con el camino iniciado con la adopción y proclamación por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas de la Declaración Universal de Derechos Humanos[45], el 10 de diciembre de 1948, los Estados perdieron su exclusividad respecto al trato dispensado a sus nacionales, constreñido por las obligaciones internacionales asumidas y sus mecanismos de control.

Ello ha supuesto un cambio sustancial. Así, en la sociedad internacional actual juegan un importante papel las normas o textos internacionales que buscan coordinar la actuación de los Estados estableciendo obligaciones que estos deben cumplir en sus respectivos planos nacionales. En este sentido, la labor de las Naciones Unidas y de las organizaciones internacionales a ella vinculadas cobran especial relevancia. Su aspecto más positivo es su vocación universal, lo que comporta que todos los Estados del mundo están llamados a cumplirlas abarcando en consecuencia a todos los seres humanos, aunque están limitados por la dificultad de alcanzar el consenso necesario entre todos sus miembros.

Por ello, se examina en este punto en primer lugar el marco general de protección de los derechos humanos en Naciones Unidas, para examinar en segundo lugar el tratamiento del derecho de cada persona al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr, terminando por último con el examen de la Declaración Universal sobre los derechos humanos y la labor realizada por el organismo del sistema

[43] Véase, por ejemplo, PASTOR RIDRUEJO, JA., "*La humanización del derecho internacional y el acceso del individuo a sus instituciones jurisdiccionales*", 2009, pp. 13-24; CANÇADO TRINDADE, AA., "Hacia el nuevo derecho internacional para la persona humana: manifestaciones de la humanización del derecho internacional", en *Revista da Faculdade de Direito da UFMG Belo Horizonte*, 2007, nº 50, pp. 44-61.
[44] Recogido en el artículo 2.7 de la Carta de las Naciones Unidas.
[45] Su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

de Naciones Unidas especializado en salud; esto es, la OMS.

1.2 La protección internacional de los derechos humanos en la Organización de las Naciones Unidas

Sobre la base de la labor llevada a cabo por la Sociedad de Naciones[46] y de las iniciativas del periodo entre el fin de la Primera Guerra Mundial y el estallido de la Segunda, los esfuerzos por reorganizar la convivencia entre los Estados una vez acabada la contienda contemplaron la posible inclusión de la protección de los derechos humanos. Sin embargo, esta posibilidad quedó finalmente relegada a un segundo plano sin que el texto del tratado fundacional de la nueva Organización de las Naciones Unidas (ONU) incluyera una declaración de derechos humanos. Este punto se dejó para un momento posterior, una vez creada la misma[47].

En efecto, el objeto esencial de la Organización (que vería la luz tras finalizar la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, ONU, tal y como quedó recogido en su Tratado constitutivo) era la salvaguarda de la paz y la seguridad en el mundo[48].

No obstante, paz y respeto de los derechos de los seres humanos están estrechamente relacionados sin que, en el fondo, quepan el uno sin el otro; y prevenir los horrores infligidos por las guerras constituyó un motor primordial del nuevo esfuerzo organizador de las relaciones entre los Estados.

Así lo deja claro el preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas al afirmar la voluntad de:

"*preservar a las generaciones venideras del flagelo de la guerra que dos veces*

[46] Predecesora de la Organización de las Naciones Unidas, la Sociedad de las Naciones es la organización internacional establecida en el Tratado de Versalles, el 28 de junio de 1919 con el que se puso fin a la Gran Guerra, a fin de establecer las bases para la paz y la reorganización de las relaciones internacionales una vez finalizada ésta.

[47] Labor que sería encomendada a la Comisión de Derechos Humanos, órgano subsidiario del Consejo Económico y Social (ECOSOC), creada el 16 de febrero de 1946.

[48] Tratado constitutivo de la Organización de la Naciones Unidas, la Carta de las Naciones Unidas, se firmó el 26 de junio de 1945, en San Francisco, y entró en vigor el 24 de octubre de ese mismo año.

durante nuestra vida ha infligido a la Humanidad sufrimientos indecibles, a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas…"; y "*a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad*"[49].

Sin embargo, ningún Capítulo de la Carta está específicamente dedicado a la protección de los derechos de todos los seres humanos, aunque a lo largo de su articulado se encuentran algunas referencias.

La primera de ellas en el artículo 1, dedicado a los propósitos de la Organización[50], que recoge en su apartado 3, el de:

"*realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión*".

Este propósito en relación con los derechos humanos se desarrolla el Capítulo IX de la Carta, dedicado a la "*Cooperación Internacional Económica y Social*" y, en particular, en sus dos primeros artículos, 55 y 56. En concreto, el primero de ellos[51] reitera

[49] Primer párrafo del preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas.

[50] Artículo 1, Carta de la ONU: "*Los propósitos de las Naciones Unidas son: 1. Mantener la paz y la seguridad internacionales, y con tal fin: tomar medidas colectivas eficaces para prevenir y eliminar amenazas a la paz, y para suprimir actos de agresión u otros quebrantamientos de la paz; y lograr por medios pacíficos, y de conformidad con los principios de la justicia y del derecho internacional, el ajuste o arreglo de controversias o situaciones internacionales susceptibles de conducir a quebrantamientos de la paz; 2. Fomentar entre las naciones relaciones de amistad basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, y tomar otras medidas adecuadas para fortalecer la paz universal; 3. Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión; y 4. Servir de centro que armonice los esfuerzos de las naciones por alcanzar estos propósitos comunes*".

[51] Artículo 55: "*Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá: niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social; la solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza,*

el compromiso de la Organización de promover el respeto universal de los derechos humanos sin ningún tipo de distinción, tratando de velar en todo momento por su efectividad al tiempo que incide en el principio de no discriminación.

Sin embargo, frente a la amplitud del mandato, debe ponerse de manifiesto la escasez de medios iniciales. En efecto, se encomienda este importante compromiso a la Asamblea General de la ONU[52] (órgano plenario, pero cuyas resoluciones no son jurídicamente vinculantes), y al Consejo Económico y Social[53] (órgano principal, pero que responde ante la Asamblea General), que podrá hacer recomendaciones con el objeto de promover el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, y la efectividad de tales derechos y libertades.

Por su parte, el artículo 56 establece el compromiso de todos los Estados miembros de la Organización a tomar medidas conjunta o separadamente, en cooperación con la Organización, para la realización de los propósitos consignados en el Artículo 55.

Con estas escuetas bases, resulta admirable la gran labor realizada por Naciones Unidas y el corpus jurídico creado para la protección de los derechos de todos los seres humanos.

1.2.1 La Carta internacional de los Derechos humanos

El primer paso de gigante en esa labor se produjo con la pronta aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos. De hecho, los Estados no olvidaron el compromiso de completar la Carta de las Naciones Unidas para garantizar los derechos de todas las personas en cualquier lugar y en todo momento y en la primera sesión de la Asamblea General en 1946 se examinó un borrador que fue reenviado al Consejo Económico y Social para su examen por la recién creada Comisión de Derechos humanos[54] con el fin de elaborar una Carta internacional de Derechos Humanos. Ese

sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades".

[52] Artículo 13.1b Carta de las Naciones Unidas.

[53]Artículo 62.2 El Consejo Económico y Social podrá hacer recomendaciones con el objeto de promover el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, y la efectividad de tales derechos y libertades. Además, el artículo 68 prevé que el Consejo Económico y Social establecerá una comisión "*para la promoción de los derechos humanos*".

[54] El Consejo Económico y Social, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 68, el establecimiento de una comisión "*para la promoción de los derechos humanos*", la creó mediante resolución de 16 de febrero

documento se convertirá, dos años después, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La Comisión de derechos humanos fue creada en febrero de 1946, siendo Eleanor Roosevelt[55], que desempeñó un papel fundamental en la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos, su primera presidenta. En su primer período de sesiones, celebrado a principios de 1947, la Comisión encomendó a sus miembros formular lo que denominó "*un anteproyecto de Carta Internacional de Derechos Humanos*", labor que posteriormente fue asumida oficialmente por un Comité de Redacción.

Tras apenas unos años de trabajo preparatorio, el 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) como "*ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse*". No se logró una aprobación por unanimidad pues algunos Estados se abstuvieron, pero no registró ningún voto en contra[56].

Fue un gran logro y un paso trascendental para el desarrollo posterior de los derechos humanos. Por primera vez en la historia de la humanidad, se había creado una lista de derechos humanos fundamentales inherentes a todas las personas, por el siempre hecho de serlo; esto es, basándose exclusivamente en su condición de ser humano, sin ningún tipo de distinción o discriminación.

Fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, en París, como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse.

Mediante esta Declaración, los Estados se comprometieron a asegurar que todos los seres humanos, ricos y pobres, fuertes y débiles, hombres y mujeres, de todas las razas y religiones, fueran tratados de manera igual.

Establece, a lo largo de su articulado, que los seres humanos nacen libres e iguales

---

de 1946. Dejó de existir el 15 de marzo de 2006 al ser sustituida por un nuevo órgano, el Consejo de Derechos Humanos.

[55] Nombrada delegada ante la delegada ante la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1946 por el presidente de los Estados Unidos, Harry S. Truman.

[56] Ocho Estados se abstuvieron: los entonces miembros del bloque socialista: Unión Soviética, Checoslovaquia, Polonia, Yugoslavia, Ucrania y Bielorrusia, además de Arabia Saudí y Sudáfrica.

en dignidad y derechos y que tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad de su persona, a la libertad de expresión, a no ser esclavizados, a un juicio justo y a la igualdad ante la ley. También a la libertad de circulación, a una nacionalidad, a contraer matrimonio y fundar una familia, así como a un trabajo y a un salario igualitario. Con todo, se puede afirmar que su fundamento, su núcleo central, se encuentra en esa intrínseca dignidad del ser humano que hunde sus raíces en la propia naturaleza humana.

Puesto que se trata de una resolución de la Asamblea General, no constituye un conjunto de normas vinculantes, pero ha servido como fuente de inspiración al fomentar el proceso de codificación en el marco de las Naciones Unidas y ha sido tomada en consideración por las constituciones nacionales de todo el mundo, como es el caso de la Constitución española de 1978, que establece que las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España[57].

Sin embargo, la Declaración se limitaba a reconocer derechos esenciales para todos los seres humanos sin que nacieran de ellas obligaciones para los Estados. Era necesario completarla con normas convencionales que permitieran su promoción y protección lo que requirió de mucho más tiempo, varios años de trabajo, perdiéndose la unicidad del texto de la Declaración pues su contenido se desarrolló en dos diferentes Tratados.

Solo en 1966, la Asamblea General aprobó por consenso el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que tardaron aún otros diez años en entrar en vigor.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos recoge derechos como la libertad de movimiento; la igualdad ante la ley; el derecho a un juicio justo y a la presunción de inocencia; la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; la libertad de opinión y de expresión; la reunión pacífica; la libertad de asociación; la participación en asuntos públicos y elecciones; y la protección de los derechos de las minorías. Asimismo, prohíbe la privación de la vida; la tortura, las penas o los tratos

[57] Artículo 10.2 de la Constitución Española de 1978.

crueles o degradantes; la esclavitud y el trabajo forzoso; la detención o prisión arbitraria; las injerencias arbitrarias en la vida privada; la propaganda en favor de la guerra; la discriminación y la apología del odio racial o religioso. El Pacto y su primer Protocolo Facultativo entraron en vigor en 1976. Su Segundo Protocolo Facultativo, destinado a abolir la pena de muerte, fue aprobado en 1989. Todos los Estados miembros de la Unión Europea lo son del Pacto y de sus Protocolos.

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales promueve y protege, entre otros, los derechos laborales, el derecho a trabajar en unas condiciones justas y favorables; el derecho a la protección social, a un nivel de vida adecuado y al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; el derecho a la vida familiar, el derecho a la salud y el derecho a la educación y a gozar de los beneficios derivados de la libertad cultural y el progreso científico. Entró en vigor en 1976 y su Protocolo Facultativo, previendo el mecanismo de supervisión, fue adoptado por la Asamblea General en el 60ª aniversario de la adopción de la DUDH, el 10 de diciembre de 2008.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es la piedra angular de los derechos humanos y conforma, junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y sus dos Protocolos Facultativos (sobre el procedimiento de quejas individuales y la pena de muerte), y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo, la denominada Carta internacional de los derechos humanos, constituyendo un todo universal, independiente e indivisible, que atiende a los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos.

En efecto, el primer párrafo del Preámbulo de la Declaración Universal afirma que: "*la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana*". Se trata del fundamento de los Derechos Humanos, ya que:

> "*todos los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un*

concepto más amplio de la libertad"[58].

Además, "*los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre*", considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso [59].

Por tanto, los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

El principio de la universalidad de los derechos humanos es la base del derecho internacional de los derechos humanos[60]. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos[61].

Los derechos humanos son inalienables. No deben suprimirse, salvo en determinadas situaciones y de conformidad con las debidas garantías procesales.

Asimismo, todos los derechos humanos, sean derechos civiles y políticos o económicos, sociales y culturales, están interrelacionados y son interdependientes. Así, cualquier avance en uno de ellos facilita el avance de los demás, al igual que la privación de un derecho afecta negativamente a los demás. Es el caso, por ejemplo, del derecho a la vida, a la alimentación, a los servicios de salud, a la educación, a la familia o a la libertad.

Finalmente, la no discriminación es un principio transversal en el derecho internacional de derechos humanos que prohíbe la discriminación sobre la base de una

[58] Carta de la Organización de las Naciones Unidas (1945) que han suscrito todos los Estados miembros de la Organización que ascienden a 193 desde 2011. Preámbulo.
[59] Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos humanos de 1948.
[60] En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, por ejemplo, se dispuso que todos los Estados tenían el deber, independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.
[61] Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en: http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx (consultado el 15 de julio de 2022).

lista no exhaustiva de supuestos como raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, orientación sexual o cualquier otra condición.

El principio de la no discriminación se complementa con el principio de igualdad, como lo estipula el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: "*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos*". Por lo tanto, una igualdad básica y universal en tanto que seres humanos nos engloba y nos dignifica, más allá de las diferencias que entre los miles de millones de personas puedan existir.

Los derechos humanos incluyen tanto derechos como obligaciones. Los Estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar los derechos humanos.

La obligación de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos. La obligación de protegerlos exige que los Estados impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos. La obligación de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para garantizar los derechos humanos básicos. En el plano individual, del mismo modo que debemos hacer respetar nuestros derechos humanos, también debemos respetar los derechos humanos de los demás.

Se desprende de lo anterior la existencia de una estrecha relación entre derechos humanos y la práctica médica, puesto que numerosos derechos y principios están implicados en la relación médico-paciente y en el ejercicio de los actos médicos.

Por un lado, la intrínseca dignidad humana y su respeto operan como denominador común entre derechos humanos y ejercicio de la medicina; que, en todo caso, ha de ser acorde con los principios bioéticos.

Del mismo modo, los principios de igualdad y no discriminación están estrechamente relacionados con el ejercicio profesional de los médicos, al igual que la prohibición de la tortura y de cualquier otro trato o penas crueles, inhumanos o degradantes o el derecho a la información en la relación médico paciente o el de preservar la intimidad.

Sin embargo, esa relación queda claramente de manifiesto en el caso del derecho

de cada persona al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr, como se examinará en un epígrafe posterior.

1.2.2 Otros desarrollos normativos e institucionales

Siendo la Carta la piedra angular del sistema internacional de protección de los derechos humanos, lo cierto es que, desde las Naciones Unidas, se ha ido ampliando progresivamente el cuerpo jurídico de instrumentos de protección.

Una serie de tratados internacionales de derechos humanos y otros instrumentos adoptados desde 1945 han configurado y ampliado el derecho internacional de los derechos humanos. Así, se han incluido, por un lado, las normas específicas relacionadas con grupos a los que necesitados del reconocimiento específico de derechos que los protegieran frente a la común discriminación que sufrían en numerosas sociedades mujeres, niños, personas con discapacidad, minorías y otros grupos vulnerables[62]; y, por otro, aquellas destinadas a atender situaciones especialmente atroces, como la prevención del genocidio, la tortura, apartheid o desapariciones forzosas, entre otras.

De hecho, el primer Tratado internacional adoptado fue la Convención para la prevención y sanción del delito de genocidio, en 1948. Un año antes que los Pactos se adoptó, en 1965, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; mientras que la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer lo fue en 1979. Del mismo modo, la Convención sobre los Derechos del Niño (la más universal de todas, con un solo Estado miembro de las Naciones Unidas que no es Parte), fue adoptada en 1989, y la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, de la que no es parte ningún Estado miembro de la UE, fue adoptada en 1990. Y, más recientemente, en el año 2006, se adoptaron las dos primeras convenciones del siglo XXI: la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad y la Convención internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas.

[62] TRINIDAD NÚÑEZ, P., "La evolución en la protección de la vulnerabilidad por el derecho internacional de los derechos humanos", *Revista Española de Relaciones Internacionales*, 2012, nº 4, pp. 125-168.

La labor no se ha limitado al reconocimiento y desarrollo de los derechos, imponiendo obligaciones a los Estados (las obligaciones de respetar, proteger y realizar cada uno de los derechos); sino que, además, se han creado diferentes órganos de supervisión.

Desde el punto de vista institucional, como órganos basados en la Carta de las Naciones Unidas, se debe señalar que la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció, en primer lugar, en diciembre de 1993, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, con el mandato de promocionar y proteger todos los derechos humanos, priorizando el abordar las violaciones de derechos humanos más acuciantes, graves y crónicas; en particular, aquellas que supusieran un peligro inminente para la vida. No diferencia en cuanto a la atención que presta entre derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, incluido el derecho al desarrollo. Y, posteriormente, el 15 de marzo de 2006, creó el Consejo de Derechos Humanos[63], que se encuentra bajo su autoridad directa y que sustituyó a la antigua Comisión de Derechos Humanos de la ONU, creada, como se señaló anteriormente, en 1946. Como aspecto importante hay que destacar el nuevo mecanismo de supervisión de derechos humanos puesto en marcha por el Consejo de Derechos Humanos: el Examen Periódico Universal, que supone, a pesar de sus deficiencias, el examen cada cuatro años de la situación de los derechos humanos en los 193 Estados miembros de las Naciones Unidas. Para su labor cuenta, además, con los denominados procedimientos especiales[64].

Por otro lado, nueve de los principales tratados internacionales de derechos humanos establecieron órganos para supervisar la aplicación de disposiciones de cada uno de esos tratados internacionales de derechos humanos. Cada Comité lleva el nombre del Convenio que lo crea. Entre ellos se encuentran el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

[63] Formado por 47 representantes de Estados y es el encargado de fortalecer la promoción y protección de los derechos humanos en todo el mundo para hacer frente a situaciones de violaciones de los derechos humanos y formular recomendaciones sobre ellos; entre lo que también se incluye la respuesta a situaciones de emergencia en materia de derechos humanos.

[64] Se trata de mandatos para presentar informes y asesorar sobre derechos humanos que ejecutan expertos independientes en la materia, desde una perspectiva temática o en relación con un país específico. El sistema de los procedimientos especiales es un elemento básico del mecanismo de derechos humanos de las Naciones Unidas y abarca a todos los derechos humanos: civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.

y el Comité de los Derechos del Niño[65].

Aunque específicamente creados por cada uno de los Tratados, todos tienen la función de supervisar los informes periódicos que los Estados Partes en los Tratados se comprometen a someter sobre las medidas para implementar las disposiciones recogidas en los mismos. Por lo tanto, ejercen una función de supervisión del grado de cumplimiento de cada uno de los Estados, para lo que cuentan con los informes paralelos procedentes de diferentes sectores de la sociedad civil. Durante el proceso de supervisión, los miembros del Comité establecen un diálogo interactivo con los representantes estatales, concluyendo con la elaboración de una serie observaciones finales o conclusiones en las que el Comité, además de reconocer los avances realizados, hacen recomendaciones u observaciones específicas para un mejor cumplimiento de las obligaciones internacionales derivadas del Tratado que el Estado en concreto ha asumido para el respeto, garantía y protección de los derechos humanos, por lo que desempeñan un papel esencial en el sistema de protección de las Naciones Unidas.

Este es el primero de los mecanismos de supervisión encomendados a los Comités: el examen de informes periódicos que todos los Estados se obligan a presentar.

Los Comités publican, asimismo, Comunicaciones generales, con las que contribuyen a delimitar y aclarar el contenido de las disposiciones del Tratado, así como el alcance de los derechos recogidos en cada uno de ellos.

Por ello, aun cuando la interpretación de los Tratados corresponde a los Estados, lo cierto es que la labor de los Comités contribuye al desarrollo y a la interpretación a largo plazo del contenido de sus disposiciones[66].

Además, los principales tratados de derechos humanos establecen algunos mecanismos para denunciar violaciones de las disposiciones de los tratados ante cada uno

[65] Además del Comité de Derechos Humanos, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial Comité contra la Tortura, Subcomité para la Prevención de la Tortura, Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad y Comité contra las Desapariciones Forzadas.

[66] ESCOBAR HERNÁNDEZ, C., "Sobre la problemática determinación de los efectos jurídicos internos de los «Dictámenes» adoptados por Comités de Derechos Humanos. Algunas reflexiones a la luz de la STS 1263/2018, de 17 de julio", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Práctica española de derecho internacional, 2019, vol. 71, nº 1, pp. 241-25.

de los órganos específicos. Se trata de las denuncias de Estado a Estado[67], las investigaciones[68] y las comunicaciones de particulares, de especial interés a los efectos de este trabajo.

Así, nueve de estos tratados, bien directamente o a través de Protocolos facultativos[69], establecen un mecanismo de denuncias individuales que permite a los individuos presentar denuncias ante el correspondiente Comité por la violación de uno o varios de sus derechos recogidos en el Tratado.

Es el caso del Primer Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)[70], del Protocolo Facultativo del Pacto internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)[71], de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), de la Convención

[67] Varios tratados de derechos humanos contienen cláusulas que permiten a los Estados Partes denunciar ante el órgano de tratado competente (el comité) las violaciones del tratado presuntamente cometidas por otro Estado Parte. Así, el artículo 21 de la Convención contra la Tortura, el artículo 21 del Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, el artículo 32 de la Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, el artículo 10 del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 2008, y el artículo 12 del Protocolo Facultativo (sobre un procedimiento de comunicaciones) de la Convención sobre los derechos del niño establecen un procedimiento que faculta al comité pertinente para examinar las denuncias de un Estado Parte que considere que otro Estado Parte no está aplicando las cláusulas de la Convención. Este procedimiento se aplica únicamente a los Estados Partes que han formulado una declaración en la que reconocen la competencia del comité en ese sentido. Contemplan un procedimiento algo más complejo para la resolución de disputas entre Estados, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, así como la Convención de los derechos del Niño.

[68] Cuando los Comités con esta competencia reciben información fidedigna que revela violaciones graves o sistemáticas por un Estado Parte de los derechos enunciados en el tratado que supervisan, el Comité contra la Tortura (artículo 20 del CAT), el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (artículo 8 del Protocolo Facultativo del CEDAW), el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (artículo 6 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, el Comité contra las Desapariciones Forzadas (artículo 33 del CED), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 11 del Protocolo Facultativo del ICESCR) y el Comité de los Derechos del Niño (artículo 13 del Protocolo Facultativo, sobre el procedimiento de comunicaciones del CRC), pueden, por propia iniciativa, iniciar investigaciones, si disponen de información fidedigna con indicios fundamentados de que han ocurrido violaciones graves o sistemáticas de estos tratados en un Estado Parte.

[69] Los Protocolos son Tratados internacionales vinculados a un Tratado internacional. En el caso del Comité contra la tortura el procedimiento de quejas individuales está previsto en el propio Convenio, en su artículo 22 aunque es necesario que el Estado Parte interesado reconozca expresamente esta competencia del Comité aceptando el procedimiento de quejas individuales.

[70] Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos16 diciembre 1966. Entrada en vigor 23 de marzo de 1976.

[71] Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del 10 de diciembre de 2008. Entrada en vigor 5 de mayo de 2013.

sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) de la Convención internacional contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes (1984), de la Convención derechos del niño (1990), de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares trabajadores migratorios y sus familiares (1990)[72], de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), y la Convención Internacional para la Protección de todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (2010).

Sus respectivos Comités están facultados para examinar, en determinadas condiciones, denuncias individuales o comunicaciones de particulares.

Con carácter general, cualquier persona puede presentar una denuncia argumentando una violación de algunos de los derechos reconocidos en el mismo ante el comité creado por ese Tratado contra un Estado, siempre que se cumpla dos condiciones previas y una posterior.

Con carácter previo, es necesario, en primer lugar, que haya prestado el consentimiento para ser parte en ese tratado. Y, en segundo, que haya aceptado la competencia del Comité para examinar denuncias de particulares, ya sea mediante ratificación o adhesión a un Protocolo Facultativo o por haber formulado una declaración al efecto, con arreglo a un artículo específico de la Convención.

Con carácter posterior, es necesario que se hayan agotado los mecanismos legales nacionales de denuncia y reparación para la supuesta violación de las obligaciones derivadas del Tratado.

Las denuncias pueden ser presentadas tanto por el individuo afectado como por terceros en representación de otras personas, siempre que hayan recibido su autorización por escrito, sin que ésta tenga que ajustarse a un formato determinado[73].

Si el Comité determina que un Estado Parte no ha cumplido sus obligaciones en

[72] El mecanismo de reclamación individual de este Comité aún no ha entrado en vigor.
[73] En determinados casos, el tercero puede presentar la denuncia sin disponer de ese consentimiento, por ejemplo, cuando una persona esté en prisión y carece de contacto con el exterior o cuando es víctima de una desaparición forzada.

relación el Tratado, exigirá que se repare la violación y pedirá que el Estado Parte aporte información actualizada al respecto[74].

En definitiva, a pesar de las escasas referencias recogidas en la Carta, lo cierto es que se puede identificar como uno de los grandes logros de las Naciones Unidas la creación de un auténtico cuerpo normativo e institucional protector de los derechos humanos, un conjunto de normas a nivel universal e internacional, abierto a todos y para todos los seres humanos: el derecho internacional de los derechos humanos.

Este derecho internacional de los derechos humanos define todo un abanico de derechos aceptados internacionalmente, guiados por los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, y ha establecido mecanismos para promover y proteger estos derechos y para ayudar a los Estados a ejercer sus responsabilidades.

Como cualquier sector del Ordenamiento jurídico internacional, este derecho gira en torno a los Estados, sobre los que recae la responsabilidad de promover y proteger (de forma activa, con acciones, o bien absteniéndose de ciertos comportamientos) y de lograr el efectivo disfrute los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o de los grupos.

Pero, en ese camino, los particulares han ido adquiriendo progresivamente los medios de reivindicar sus derechos en el ámbito internacional. Así, los derechos humanos adquieren un significado concreto cuando se presentan denuncias individuales, ya que, al pronunciarse un fallo en un caso individual, se llevan a la práctica normas internacionales que, de otra manera, podrían parecer generales y abstractas. Las normas que contienen los tratados internacionales de derechos humanos producen sus efectos más inmediatos cuando se las aplica a una situación de la vida cotidiana de una persona. Ello ha permitido, por ejemplo, visibilizar recientemente a nivel mundial algunos casos de prácticas abusivas constitutivas de violencia obstétrica.

1.2.3 El derecho a la salud o derecho de cada persona al goce del grado máximo de

[74] Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los derechos humanos, *Procedimientos para presentar denuncias individuales en virtud de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas,* Folleto informativo N.º 7/Rev.2, Naciones Unidas, 2013.

salud física y mental que se pueda lograr

Como se ha indicado anteriormente, los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin discriminación alguna y están interrelacionados, siendo interdependientes e indivisibles.

Un ejemplo claro de esta interrelación interdependencia e indivisibilidad lo constituye el derecho relativo a la salud, que forma parte fundamental de los derechos humanos y de lo que se entiende por una vida digna.

Así, está recogido inicialmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, como parte del derecho a un nivel de vida adecuado en su artículo 25, que establece que:

> "*1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad*"[75].

Sin embargo, ésta no fue su primera formulación en el ámbito internacional ya que, dos años antes, el Tratado constitutivo de la OMS, adoptado en 1946, lo recogió en su preámbulo tras exponer lo que entendía por salud.

En dicho texto se afirma que salud es: "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades*". Y recoge también que "*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*"[76].

[75] El apartado 2 recoge una referencia particular de la maternidad y la infancia.
[76] Preámbulo de la Constitución, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.

1.2.3.1 Su inclusión y protección en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

Lo anterior pone claramente de manifiesto que desde un primer momento que la salud es un objetivo de carácter relativo; ya que, en realidad, el derecho reconocido a cada persona es el de gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr.

En todo caso, ninguno de los textos da lugar directamente al nacimiento de obligaciones jurídicas para los Estados, y hubo que esperar a que, en 1966, se adoptara el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[77] para que fuera desarrollado el contenido del artículo 25 de la Declaración Universal.

Desde entonces, se ha reconocido o se ha hecho referencia al derecho al nivel más alto posible de salud, o a elementos del mismo (por ejemplo, el derecho a la atención médica), en otros tratados internacionales de derechos humanos[78]. Éste ha ido adquiriendo mayor importancia en los últimos años, tanto por los órganos que supervisan la aplicación de los tratados de derechos humanos, como por la Comisión de Derechos Humanos y su sucesor, el Consejo de Derechos Humanos, que, en el año 2002, creó el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que ha presentado ya diversos informes y realizado visitas a países[79].

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece:

> **"***1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*
>
> *2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin*

[77] Entró en vigor en el plano internacional el 3 de enero de 1976 y en España el 27 de julio de 1977.
[78] El derecho a la salud se reconoce en varios instrumentos regionales. En África lo hace la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981) mientras que en América se recoge en el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en la esfera de los derechos económicos, sociales y culturales, Protocolo de San Salvador (1988). En Europa está reconocido en la Carta Social Europea (1961, revisada en 1996) y en la Unión Europea en la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea de 2000. Por su parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y la Convención Europea de Salvaguardia de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950) contienen disposiciones relacionadas con la salud, como el derecho a la vida, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y la vida privada.
[79] Que se examinará en un epígrafe posterior.

de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad"[80].

Por tanto, el Pacto, aunque incluye salud física y mental en el mismo plano, no recoge expresamente la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades*". Sin embargo, la referencia que hace al "*más alto nivel posible de salud física y mental*" permite entender que se aproxima a la misma y que su contenido no se limita exclusivamente al derecho a la atención de la salud.

Aun así, es importante subrayar que en el Pacto se otorga a la salud mental, que a menudo ha sido desatendida, la misma consideración que a la salud física.

Por otro lado, resulta claro, como derecho recogido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que impone una obligación de comportamiento de realización progresiva para los Estados, a diferencia del Pacto de los Derechos Civiles y Políticos, ya que estos se comprometen a adoptar medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente la plena realización de los derechos[81]. La obligación de

[80] El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor en 1976, y el 1 de diciembre de 2007 había sido ratificado por 157 Estados.

[81] Artículo 2, "*1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive, en particular, la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos*".

comportamiento de realización progresiva por los Estados no significa en absoluto que las dificultades económicas de un país le eximan de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud. Así, ningún Estado puede justificar el incumplimiento de sus obligaciones por falta de recursos, sino que todos deben garantizar el derecho a la salud en la mayor medida posible con arreglo a los recursos disponibles, incluso cuando éstos sean escasos.

En todo caso, satisfacer el derecho al "*grado máximo de salud que se pueda lograr*" exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas; entre ellos, la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

Por tanto, y como ya se indicó, el goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos; tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. Así, la inadecuada protección de la salud puede repercutir negativamente en la consecución de esos otros derechos y viceversa. De este modo, la salud se configura como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.

De conformidad con la interpretación que de su contenido ha hecho el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General número 14[82], el derecho a la salud o derecho de cada persona al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr se considera un derecho inclusivo, en el sentido de que no se limita al acceso a la atención sanitaria o a la disponibilidad de hospitales, sino que está integrado por una serie de libertades y derechos que pueden contribuir a una vida sana, que denomina "*factores determinantes básicos de la salud*". Se trata de los factores y condiciones que contribuyen a la protección y promoción del derecho a la salud, aparte de los servicios, los bienes y los establecimientos de salud, y ponen de manifiesto que este derecho depende del ejercicio de muchos otros derechos humanos y contribuye a su

[82] Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Comité de Derechos, Económicos y Culturales. 22º período de sesiones Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

disfrute. Entre estos aspectos fundamentales, se encuentran el acceso al agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; a alimentos aptos para el consumo, la nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, el derecho a la intimidad, al acceso a la información, a la participación y a beneficiarse de los avances científicos y sus aplicaciones, así como el fundamental derecho a no ser objeto de discriminación y a la igualdad de género.

La característica de interdependencia de los derechos humanos es más que evidente en el caso del derecho a la salud.

De acuerdo con el Comité, está claro que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano; pero, también, que entraña una serie de libertades y derechos que deben ser protegidos.

Así, en las libertades se incluyen el derecho a controlar la propia salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento (como puede ocurrir con la experimentación e investigación médicas o la esterilización forzada), y el derecho a no padecer injerencias, a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Entre los derechos, el Comité recoge el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud[83]; el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; la salud materna, infantil y reproductiva; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

Además, los servicios, bienes e instalaciones de salud deben facilitarse a todos sin discriminación, de conformidad con ese principio fundamental de los derechos humanos, y deben estar disponibles, ser físicamente y económicamente accesibles, aceptables y de

[83] Contenido normativo del artículo 12. "*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*", CESCR Observación general 14, 11 de agosto de 2000. E/C.12/2000/4.

buena calidad. Todo ello implica que cada Estado debe tener disponibles un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos. El requisito de accesibilidad implica, igualmente, el derecho de solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible, pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. Esta confidencialidad no puede entenderse de manera aislada o como algo accesorio. La aplicación transversal de los derechos asociados al tratamiento de categorías especiales de datos (origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, la afiliación sindical, el tratamiento de datos genéticos, datos biométricos dirigidos a identificar de manera unívoca a una persona física, datos relativos a la salud o datos relativos a la vida sexual o la orientación sexual de una persona física[84]), está estrechamente relacionada con la protección de colectivos vulnerables para evitar problemas de discriminación, elaboración de listas negras y restricción de derechos, o cualquier otro perjuicio económico o social significativo para la persona[85].

Importante es la referencia a la ética médica y sensibilidad para con los requisitos de género y ser culturalmente apropiados que se deben respetar; así como que sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad, lo que requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Es igualmente esencial la no discriminación, criterio horizontal en materia de protección de derechos humanos entendida como cualquier distinción, exclusión o restricción, que responde a diversas causas y que tiene el efecto o el propósito de dificultar o impedir el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Esta discriminación está relacionada con la marginación de determinados grupos de población y por lo general es la causa básica de las desigualdades estructurales fundamentales existentes en la sociedad. A su vez, esa situación hace a esos grupos más

[84] Artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos.
[85] En esta línea y especialmente, Considerandos (75) y (85) del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos.

vulnerables a la pobreza y la mala salud. Por ello, no sorprende que los grupos tradicionalmente discriminados y marginados a menudo padezcan un número desproporcionado de problemas de salud[86]. Los negativos efectos de la discriminación se agravan cuando una persona sufre una discriminación doble o múltiple, por ejemplo, la basada en el sexo y la raza o en el origen nacional o la edad.

La no discriminación y la igualdad son principios fundamentales de los derechos humanos y elementos decisivos del derecho a la salud.

Resulta especialmente necesario destacar que, de acuerdo con el Comité, la no discriminación y la igualdad también significan que los Estados deben reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de los grupos que generalmente afrontan dificultades especiales en el sector de la salud; por ejemplo, tasas de mortalidad más altas o una mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades. La obligación de garantizar la no discriminación requiere la aplicación de normas de salud específicas a determinados grupos de población, como mujeres, niños o personas con discapacidad.

Los Estados Partes en el Pacto tienen la obligación de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en él, lo cual supone un reconocimiento implícito de que los Estados poseen recursos limitados y que lleva tiempo aplicar las disposiciones de los tratados. Por consiguiente, algunos elementos de los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el derecho a la salud, están sujetos a una realización progresiva. Tal vez no pueda lograrse inmediatamente la efectividad de todos los aspectos de los derechos reconocidos en el Pacto, pero los Estados deben demostrar, por lo menos, que están haciendo todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para proteger y promover todos los derechos enunciados en él. Por recursos disponibles se entienden los existentes en el Estado, así como los disponibles en la comunidad internacional mediante la cooperación y la asistencia internacionales, según se señala en el párrafo 1 del artículo 2. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha subrayado que los Estados deben adoptar por lo menos una estrategia nacional para garantizar a todos el disfrute del derecho a la salud sobre la base de principios de derechos humanos que definan los objetivos de esa estrategia. El establecimiento de indicadores y

[86] Alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos, OMS, *El derecho a la salud*, folleto informativo, nº 31, 2008.

referencias será decisivo para su formulación y aplicación.

En efecto, por el hecho de ser progresivo el logro de la plena efectividad del derecho a la salud, variará lo que se espere de un Estado con el tiempo. Por ello, se necesita un instrumento para hacer un seguimiento y medir esas dimensiones variables del derecho a la salud. Los indicadores, especialmente cuando están desglosados, proporcionan información útil sobre cómo se hace efectivo el derecho a la salud en un país determinado. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha elaborado un marco conceptual y metodológico para esos indicadores marco propuesto para los indicadores[87]. Los indicadores establecidos para un derecho humano ayudan a evaluar las medidas adoptadas por un Estado en cumplimiento de sus obligaciones, desde la aceptación de las normas internacionales de derechos humanos (indicadores estructurales), hasta los esfuerzos destinados a cumplir las obligaciones que se derivan de esas normas (indicadores de proceso), o los resultados de esos esfuerzos desde la perspectiva de la población (indicadores de resultados).

Los indicadores relativos al derecho a disfrutar el nivel más alto posible de salud son, por ejemplo, el número de tratados internacionales de derechos humanos relacionados con el derecho a la salud que el Estado ha ratificado (indicador estructural), la proporción de nacimientos asistidos por personal médico especializado (indicador de proceso) y la tasa de mortalidad materna (indicador de resultados)[88]. También es fundamental desglosar los indicadores por grupos de población y posibles motivos de discriminación[89].

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales también ha subrayado que los Estados tienen una obligación mínima básica de garantizar la satisfacción de niveles esenciales mínimos.

Con respecto al derecho a la salud, el Comité ha subrayado que los Estados deben garantizar:

[87] Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos (HRI/MC/2006/7).
[88] Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas. *El derecho a la salud.* Folleto informativo número 31.
[89] Indicadores de derechos humanos Guía para la medición y la aplicación. Naciones Unidas. Derechos Humanos 2012.HR/PUB/12/5.

- El derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación, especialmente para los grupos vulnerables o marginales;
- El acceso a alimentos esenciales mínimos aptos para el consumo y suficientes desde el punto de vista nutricional;
- El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y un abastecimiento de agua potable adecuados;
- El suministro de medicamentos esenciales;
- Una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud.

En lo referente a la obligación de respetar de los Estados, requiere que los mismos se abstengan de interferir directa o indirectamente en el derecho a la salud. Se señalan al respecto comportamientos inadecuados entre los que quedan recogidos aquellos como: negar o limitar el acceso a los servicios de atención sanitaria; comercializar medicamentos peligrosos; retener, censurar o falsear información sanitaria o atentar contra el derecho a la intimidad. Y, el más relevante a los efectos de este trabajo, se recoge la obligación del Estado de abstenerse de imponer prácticas discriminatorias relacionadas con el estado y las necesidades de salud de las mujeres; así como limitar el acceso a los anticonceptivos y otros medios de mantener la salud sexual y reproductiva.

Por su parte, la obligación de proteger implica que los Estados deben impedir que terceros interfieran en el derecho a la salud. Los Estados deben adoptar medidas legislativas y de otro tipo para lograr que los agentes privados cumplan las normas de derechos humanos cuando prestan atención sanitaria u otros servicios[90], velar por que la privatización no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud; proteger a las personas de los actos de terceros que puedan atentar contra su derecho a la salud (por ejemplo, evitar que las mujeres sean sometidas a prácticas tradicionales lesivas o que terceros las obliguen a someterse a ellas); velar por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios sanitarios, incluida la higiene ambiental, y asegurarse de que el personal de salud preste atención a las personas con discapacidad

[90] Adoptando por ejemplo reglamentación de la composición de los productos alimentarios o controlando la comercialización de equipo médico y medicamentos por agentes privados.

con el consentimiento libre e informado de éstas.

Finalmente, la obligación de realizar implica para los Estados adoptar las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otro tipo que sean apropiadas para la realización plena del derecho a la salud. Entre esas medidas, se recogen: la elaboración de un plan de salud nacional (que abarque los sectores público y privado); garantizar la prestación de atención sanitaria (incluidos programas de inmunización contra enfermedades infecciosas y servicios destinados a minimizar y prevenir nuevas discapacidades); garantizar la igualdad de acceso de todos a los factores determinantes básicos de la salud (por ejemplo, alimentos aptos para el consumo y nutritivos, servicios de saneamiento y agua potable); asegurarse de que las infraestructuras de salud pública presten servicios de salud sexual y reproductiva y que los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan una capacitación adecuada, y proporcionar información y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la salud (como el VIH, la violencia en el hogar o el consumo excesivo de alcohol, medicamentos u otras sustancias nocivas). La existencia de sistemas de salud efectivos e integrados, que comprendan la atención sanitaria y los factores determinantes básicos de la salud, también es esencial para garantizar el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud.

En definitiva, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud no solamente incluye la ausencia de afecciones y enfermedades y el derecho a la atención de la salud preventiva, curativa y paliativa, sino que también abarca los factores determinantes básicos de la salud[91].

En concreto, en relación con el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto relativo a "*la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños*", en su Observación General nº 14 (2000)[92], el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales entiende que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos[93], incluido

[91] En la Declaración de Alma-Ata, 1978, se subraya que el acceso a la atención primaria de salud es la clave para alcanzar un nivel de salud que permita a todas las personas llevar una vida social y económicamente productiva y contribuir al disfrute del más alto nivel posible de salud.
[92] Observación General nº14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
[93] En la Observación General nº14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), salud genésica significa que la

el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto[94], los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información, además de medidas para promover el sano desarrollo de los niños[95]

Una particular mención merece el derecho a la salud sexual y reproductiva, amparado igualmente en el artículo 12 del Pacto, y que implica un conjunto de libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva. Entre los derechos, cabe mencionar el acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que asegure a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva en virtud del artículo 12 del Pacto[96].

La salud sexual y la salud reproductiva son distintas, aunque están estrechamente relacionadas.

La salud sexual, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es "*un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad*"[97].

La salud reproductiva, tal como se describe en el Programa de Acción de la

mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

[94] De acuerdo con la Observación General nº 14, el término prenatal significa existente o presente antes del nacimiento. En las estadísticas médicas, el período comienza con la terminación de las 28 semanas de gestación y termina, según las distintas definiciones, entre una y cuatro semanas antes del nacimiento. Por el contrario, el término neonatal abarca el período correspondiente a las cuatro primeras semanas después del nacimiento; mientras que el término postnatal se refiere a un acontecimiento posterior al nacimiento. En esta observación general se utilizan exclusivamente los términos prenatal y postnatal, que son más genéricos.

[95] Comité de derechos económicos, sociales y culturales: cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, Sociales y culturales. 11 de agosto de 2000. Observación General nº 14 (2000), El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), parágrafos 14 y 22.

[96] Observación General nº 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

[97] *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/RHR/01.29).

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, se refiere a la capacidad de reproducirse y la libertad de adoptar decisiones informadas, libres y responsables. También incluye el acceso a una serie de información, bienes, establecimientos y servicios de salud reproductiva que permitan a las personas adoptar decisiones informadas, libres y responsables sobre su comportamiento reproductivo.

1.2.3.2 Su inclusión en otros tratados internacionales de derechos humanos: Especial atención a mujeres y a niños.

Como ya se ha apuntado anteriormente, otros instrumentos universales de protección de los derechos humanos, al igual que regionales[98] (algunos de los cuales, sólo los europeos, se examinarán en el siguiente epígrafe[99]), contemplan también el derecho a la salud.

Es el caso de la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1965)[100], de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990)[101] y de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006)[102]. Son todas ellas de gran importancia, pero se realiza exclusivamente una aproximación a las disposiciones de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de

[98] La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10).
[99] Carta Social Europea revisada (2006) y Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000.
[100] Artículo 5. Los Estados Partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: e) v) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.
[101] Artículos 28, 43 y 45. Así, los trabajadores migratorios y sus familiares tienen derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud. Esa atención médica no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo. Lamentablemente, el disfrute del derecho a la salud de los migrantes a menudo está limitado por el mero hecho de serlo, además de otros factores como la discriminación, el idioma y las barreras culturales, o su situación legal. Alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos, Organización Mundial de la Salud, El derecho a la salud Folleto informativo nº 31, 2008.
[102] Artículos 25, 13 y 14. El derecho a la salud de las personas con discapacidad no puede realizarse de manera aislada. Está estrechamente relacionado con la no discriminación y otros principios de autonomía individual, participación e inclusión en la sociedad, respeto por la diferencia, accesibilidad, igualdad de oportunidades y respeto de la evolución de las facultades de los niños con discapacidad. Afortunadamente, respecto a las personas con discapacidad se ha producido un cambio de paradigma que contribuye a empoderarlas como auténticos sujetos y titulares de derechos.

discriminación contra la mujer (1979), y de la Convención sobre los derechos del Niño (1989), por ser los dos colectivos objeto de atención en este trabajo. Como se indicó en la introducción, la investigación se centra en la salud mental materno-infantil, sin dedicación específica a las personas con una enfermedad mental de base.

En relación con el derecho a la salud de mujeres y niños, las disposiciones más relevantes son los artículos 11 y 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979, así como el artículo 24 de la Convención sobre los derechos del Niño, de 1989, por ser los dos colectivos objeto de atención en este trabajo. La mención a estos artículos aparecerá de manera recurrente a lo largo del presente trabajo; especialmente, en los supuestos de protección específicos.

Además, al igual que el Comité creado en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que realizan el seguimiento de la aplicación de las disposiciones del Tratado supervisando su implementación, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los derechos del Niño, cuentan con sus comités correspondientes que también han formulado observaciones o recomendaciones generales sobre el derecho a la salud y las cuestiones relacionadas con ella, que constituyen una interpretación autorizada y detallada de las disposiciones contenidas en los tratados.

A. Mujeres

Así, en el caso de las mujeres, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, que tiene como objetivo principal promover y proteger los derechos de las mujeres en todo el mundo y eliminar todas las formas de discriminación contra ellas, contiene varias disposiciones relacionadas con la protección de la salud de las mujeres.

En concreto, el artículo 12 señala que los Estados deben adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

Y, en concreto, en su párrafo 2, especifica que los Estados "*garantizarán a la*

mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia".

En relación con el derecho a la salud, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer indica a los Estados que velen por que la mujer disponga de servicios apropiados durante el embarazo, el parto y el período posnatal, incluidos servicios de planificación de la familia y cuidados obstétricos de urgencia. En ello está implícita la exigencia de que los Estados garanticen una maternidad sin riesgo y reduzcan la mortalidad y la morbilidad maternas.

Sin duda, salud sexual y reproductiva son aspectos fundamentales del derecho de la mujer a la salud, en el que están implicados igualmente otros derechos. Los Estados deben permitir que la mujer ejerza control y decida libre y responsablemente en los asuntos relacionados con su sexualidad, en particular su salud sexual y reproductiva, libre de toda coacción, de falta de información, de discriminación y de violencia.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo[103] y en la Plataforma de Acción de Beijing[104] se puso de relieve el derecho de los hombres y las mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, y el derecho de acceso a servicios de atención sanitaria apropiados que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto sin riesgo y ofrezca a las parejas las mayores probabilidades posibles de tener hijos sanos.

Siendo esta última la disposición clave, algunas otras son igualmente relevantes para el derecho a la salud de las mujeres, abordando aspectos relativos al acceso a la atención médica y la eliminación de la discriminación de género. Así, en relación con el derecho a la educación, se señala que las mujeres deben tener igualdad de acceso a la educación en las mismas condiciones que los hombres, y, en concreto, el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia[105].

[103] Celebrada en septiembre 1994 en El Cairo, Egipto.
[104] Aprobada en el seno de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en septiembre de 1995.
[105] Artículo 10. H) CEDAW.

Es igualmente relevante el artículo en relación con la eliminación de la discriminación en la esfera de la igualdad del empleo, especificando en particular el apartado f) del artículo 11 el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

Y, además, su apartado 2 está íntegramente dedicado a impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar. Y, para ello, señala que los Estados deberán adoptar medidas para penalizar el despido por embarazo, implantar licencias de maternidad, o en términos más actuales por cuidado de hijos, potenciar los servicios para facilitar la conciliación y la protección especial durante el embarazo frente a trabajos que puedan resultar perjudiciales[106]. Este artículo contiene un último párrafo para revisar, derogar o ampliar según corresponda la legislación protectora relacionada con las cuestiones del artículo que ha de ser examinada periódicamente a la luz de los conocimientos científicos y tecnológicos.

Por su parte, el artículo 16 se centra en la igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares. Sin referencia directa a la salud sí reconoce los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos. Reconoce igualmente los mismos derechos y responsabilidades como progenitores, cualquiera que sea su estado civil, en materias relacionadas con sus hijos, y los mismos derechos y responsabilidades respecto de la tutela, curatela, custodia y adopción de los hijos, o instituciones análogas.

En todo caso, prima el interés superior del menor ya que se afirma que "*en todos los casos, los intereses de los hijos serán la consideración primordial*".

[106] Artículo 11.2 CEDAW: "*a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil; b) Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales; c) Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños; d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella*".

Finalmente, aun cuando la Convención no la menciona expresamente, el Comité para la Eliminación de la Discriminación dejó claro en 1992, en su recomendación general nº 19 sobre la violencia contra la mujer, que la discriminación contra la mujer, tal como se define en el artículo 1 de la Convención, incluía la violencia por razón de género, que es "*la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada*", y que constituía una violación de sus derechos humanos[107], lo que supuso un importante catalizador de las iniciativas para erradicarla.

En concreto, afirmó que:

> "*El artículo 1 de la Convención define la discriminación contra la mujer. Esa definición incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad. La violencia contra la mujer puede contravenir disposiciones de la Convención, sin tener en cuenta si hablan expresamente de la violencia*"[108].

Afirmó, también, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos o libertades fundamentales; entre ellas, el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental[109].

La violencia de género, además de una forma más de discriminación contra las mujeres, es una causa muy extendida de daño físico y psicológico o de sufrimiento entre las mujeres, así como la conculcación de su derecho a la salud, que se examinará con más detalle en el epígrafe posterior relativo a la Organización Mundial de la Salud

Transcurridos 25 años, el Comité decidió conmemorar el 25º aniversario de la aprobación de la recomendación general nº 19, ofreciendo a los Estados Partes orientación adicional para acelerar la eliminación de la violencia por razón de género contra las

---

[107] Recomendación general nº 19 La violencia contra la mujer 11º período de sesiones (1992). Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=3&DocTypeID=11 (Consultado el 17 de julio de 2023).

[108] CEDAW, Recomendación General nº 19: La violencia contra la mujer. 11º período de sesiones (29/01/1992).

[109] Párrafos 6 y 7. Comentario General. Recomendación general nº 19 La violencia contra la mujer.

mujeres, con la aprobación de la Recomendación general nº 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general nº 19[110].

Al respecto, el Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer requiere que los Estados, entre otras cosas, promulguen y apliquen leyes y políticas que protejan a las mujeres y las niñas de la violencia y el maltrato y habiliten servicios de salud física y mental apropiados. También debe impartirse capacitación al personal de salud para que sepa detectar y afrontar las consecuencias que la violencia contra la mujer tiene en la salud, al mismo tiempo que debe prohibirse la mutilación genital[111]. Los Estados deben actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y enjuiciar actos de violencia de ese tipo ya sean perpetrados por agentes estatales o por particulares. Las mujeres que hayan sufrido cualquier forma de violencia tienen derecho a reparación y rehabilitación adecuadas que comprendan su salud física y mental.

En definitiva, como ya recogiera en 1995 la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing:

> "*La mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social. La salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que vive*",

siendo la discriminación de todo tipo su mayor obstáculo[112].

Las mujeres se enfrentan con problemas de salud especiales y formas concretas

---

[110] Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-recommendation-no-35-gender-based-violence (Consultado el 20 de julio 2023).

[111] Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendaciones generales nº 19 (1992) sobre la violencia contra la mujer y nº 24 (1999) sobre la mujer y la salud.

[112] UN Women. Disponible en: https://beijing20.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf (Consultado el 13 de agosto de 2023).

de discriminación específicas en este ámbito de la salud[113].

B. Niños. Atención especial a la primera infancia

Lo mismo ocurre con la infancia y la adolescencia. Los niños afrontan problemas de salud especiales de acuerdo con la etapa de su desarrollo físico y mental, por lo que una deficiente atención y cuidado redunda negativamente de forma más significativa. Por ello, no solo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales les presta especial atención, sino que en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño[114] establece que los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y de acceso a los servicios sanitarios.

Puesto que el derecho a la salud es un derecho humano universal reconocido por la Declaración Universal de Derechos Humanos y por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la interpretación del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño ha de tener en cuenta las orientaciones recogidas en la ya examinada Observación General nº 14 del el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, puesto que algunas de las obligaciones del Estado en relación con la realización del derecho del niño a la salud coinciden con las obligaciones generales dimanantes del derecho universal a la salud.

---

[113] Además, se da también una superposición de discriminaciones. Mujeres indígenas, mujeres migrantes, etc. A este respecto, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (se insta a los Estados, por ejemplo, en el artículo 14 a asegurar a "*la mujer en las zonas rurales... su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios*" y a "*tener acceso a servicios adecuados de atención médica… asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia*". Cd. DEL VAS GONZÁLEZ, J. M., SALAMANCA AGUADO, E., "Mujeres con discapacidad: situación jurídica actual y perspectivas de futuro", *Género y derecho: luces y sombras en el ordenamiento jurídico español*, coord. por María Soledad de la Fuente Núñez de Castro, María Angeles Liñán García; Juana María del Vas González (aut.), 2008, pp. 187-208.

[114] Adoptada en 1989, entró en vigor el 2 de septiembre de 1990. Es el más universal de todos los tratados de derechos humanos ya que son partes todos los Estados (196) con la única excepción de Estados Unidos que la firmó, pero no ha llegado a ratificarla. Cuenta con tres Protocolos Facultativos relativos a la participación de niños en los conflictos armados, de 25 de mayo de 2000 (173 Estados Partes, incluida España desde 2002); el relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, de 6 de septiembre de 2000 (178 Estados Partes, España desde 2001), y el relativo a un procedimiento de comunicaciones de 28 de febrero de 2012 que cuenta solo con 50 Estados Partes. España aceptó el procedimiento de comunicaciones el 3 de junio de 2013. Desde entonces se han presentado varias contra España en relación con las deportaciones de menores no acompañados y la determinación de la edad. Solo una con referencia al artículo 24 de la CdN (22/2017 B. v Spain). Tabla de opinions y seguimiento *Table of Views adopted by the Committee on the Rights of the Child and Follow-up status*. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/crc/individual-communications (Consultado el 18 de agosto de 2023).

Por otro lado, el derecho del niño a la salud es un derecho inclusivo que viene igualmente determinado por la Constitución de la OMS, que define salud, como ya se ha señalado, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades[115]. Asimismo, ha de tenerse en cuenta que los demás tratados básicos de derechos humanos que cuentan con disposiciones relacionadas con la salud se aplican tanto a los adultos como a los niños y, en consecuencia, constituyen fuentes adicionales de orientación a la hora de hacer efectivo el derecho del niño a la salud. Y, por supuesto, ha de realizarse siempre respetando el principio de no discriminación, principio transversal en todos los tratados de derechos humanos.

Como se señaló en la Introducción, la Convención de los derechos del Niño presta atención específica a los niños mental o físicamente impedidos, al reconocer que deberán disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, así como a los menores internados en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental. No se limita al reconocimiento del derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, sino que señala que los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios, y que adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. Además, recoge una serie de medidas apropiadas para asegurar la plena aplicación de este derecho[116].

En todo caso, el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño pide a los Estados que aseguren la plena aplicación de este derecho y, en particular, que adopten

[115] Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, A/HRC/22/31, 4 de diciembre de 2012.
[116] Artículos 23, 25, 26 CdN, 1989. Y estrechamente relacionado en el artículo 27 reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Los niños que han sufrido abandono, explotación, maltrato, tortura o cualquier otra forma de trato o castigo cruel, inhumano o degradante también requieren una protección especial del Estado. El artículo 39 CdN subraya la obligación del Estado de promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de los niños. TRINIDAD NÚÑEZ, P., *El niño en el derecho internacional de los derechos humanos,* Universidad de Extremadura, Servicio de Publicaciones, 2002; SALAMANCA AGUADO, E., "El protocolo facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía", *Boletín jurídico de la Universidad Europea de Madrid*, 2003, nº 6.

medidas para:

"a*) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez*[117]*;*

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud[118]*;*

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio

[117] Al respecto; el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General nº15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), de 17 de abril de 2013 insta a que se preste especial atención a la mortalidad neonatal, que constituye una proporción cada vez mayor de la mortalidad de niños menores de 5 años, así como a hacer frente a la morbilidad y mortalidad de adolescentes, que suele quedar relegada en el orden de prioridades. Mediante las intervenciones se ha de prestar atención a la mortinatalidad, las complicaciones en los partos prematuros, la asfixia al nacer, el peso bajo al nacer, la transmisión materno-infantil del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, las infecciones neonatales, la neumonía, la diarrea, el sarampión, la subnutrición, la malnutrición, la malaria, los accidentes, la violencia, el suicidio y la morbilidad y mortalidad de madres adolescentes. Se recomienda fortalecer los sistemas sanitarios para facilitar esas intervenciones a todos los niños en el contexto de un proceso ininterrumpido de atención en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, incluidas pruebas de detección de defectos congénitos, servicios de parto en condiciones seguras y atención del recién nacido. Deben realizarse periódicamente comprobaciones de la mortalidad materna y perinatal con fines de prevención y rendición de cuentas.

[118] La Observación General nº15 señala que los Estados han de dar prioridad al acceso universal de los niños a servicios de atención primaria de salud prestados lo más cerca posible de los lugares de residencia de los niños y su familia, especialmente en contextos comunitarios. Aunque la configuración y el contenido precisos de los servicios variarán de un país a otro, en todos los casos serán precisos sistemas sanitarios eficaces, lo cual incluye un mecanismo sólido de financiación; personal debidamente capacitado y pagado; información fiable que sirva de fundamento a la adopción de decisiones y políticas; instalaciones debidamente mantenidas y sistemas de logística para suministrar medicamentos y tecnologías de calidad; y solidez en el liderazgo y la gobernanza. La prestación de servicios sanitarios en las escuelas ofrece una oportunidad importante de promover la salud y detectar enfermedades y aumenta el acceso de los niños escolarizados a los servicios sanitarios. Deberían emplearse conjuntos de servicios recomendados, como por ejemplo las Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. Preocupa al Comité el aumento de la mala salud mental en los adolescentes, en concreto trastornos en el desarrollo y la conducta, depresión, trastornos alimentarios, ansiedad, traumas psicológicos resultantes del abuso, la desatención, la violencia o la explotación, el consumo indebido de alcohol, tabaco y drogas, comportamientos obsesivos, como un uso excesivo de Internet y otras tecnologías hasta un punto adictivo y la autolesión y el suicidio. Cada vez se es más consciente de la necesidad de prestar mayor atención a las problemáticas sociales y de conducta que socavan la salud mental, el bienestar psicosocial y el desarrollo emocional de los niños. El Comité advierte del peligro del recurso excesivo a la medicalización y el internamiento e insta a los Estados a que adopten un enfoque basado en la salud pública y el apoyo psicosocial para hacer frente a la mala salud mental de los niños y adolescentes e invertir en enfoques de atención primaria que faciliten la detección y el tratamiento precoces de los problemas psicosociales, emocionales y mentales de los niños.

ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos[119]*;*

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia para reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres, y combatir las enfermedades y la malnutrición"[120].

---

[119] Las obligaciones correspondientes a esta disposición comprenden el aporte de información en materia de salud y el apoyo para el uso de esta información. La información en materia de salud ha de ser accesible físicamente, comprensible y adecuada para la edad y el nivel de estudios de los niños. Debe impartirse información sobre la salud infantil a todos los padres, a título individual o en grupos, a la familia ampliada y a otros cuidadores por diversos conductos, como clínicas, clases de paternidad, folletos de información pública, órganos profesionales, organizaciones comunitarias y los medios de comunicación.

[120] La prevención y la promoción de la salud han de estar orientadas a los principales problemas de salud a los que hacen frente los niños en la comunidad y el país en su conjunto. La reducción de la carga que constituyen las lesiones infantiles exige estrategias y medidas dirigidas a disminuir los ahogamientos, las quemaduras y otros accidentes. La violencia es causa destacada de la mortalidad y la morbilidad de los niños, especialmente en la adolescencia, el Comité subraya la necesidad de crear un entorno que proteja al niño de la violencia y fomente su participación en los cambios de actitud y comportamiento en el hogar, en la escuela y en los espacios públicos; de apoyar a los padres y cuidadores para que practiquen una crianza saludable; y de poner en cuestión actitudes que perpetúen la tolerancia de la violencia en todas sus formas, así como su condonación, en particular regulando las descripciones de violencia que aparecen en los medios de comunicación. En relación con la orientación a los padres el Comité afirma en el parágrafo 67 que: "*Los padres son la fuente más importante de diagnóstico y atención primaria precoces en el caso de los niños de corta edad, y el factor protector más importante contra las conductas de alto riesgo entre los adolescentes, como el consumo de sustancias y las relaciones sexuales de riesgo. También desempeñan una función central en la promoción del desarrollo del niño en condiciones sanas, la protección de los niños frente a las lesiones causadas por accidentes, lesiones y violencia, y la mitigación de los efectos negativos de las conductas de riesgo. Los procesos de socialización de los niños, que son esenciales para que entiendan el mundo en el que crecen y se adapten a él, se ven muy influidos por sus padres, la familia ampliada y otros cuidadores. Los Estados han de adoptar intervenciones con base empírica en pro del buen ejercicio de la paternidad, como educación en técnicas de paternidad, grupos de apoyo y asesoramiento familiar, en particular en el caso de las familias cuyos hijos sufren problemas de salud y problemas sociales de otro tipo*". Promueve la completa eliminación del castigo corporal. Atiende igualmente a la planificación de la familia señalando que los métodos anticonceptivos a corto plazo, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos. También deben facilitarse métodos anticonceptivos permanentes y a largo plazo. El Comité recomienda que los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal.

Además, los Estados deberán adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud del niño, así como a alentar la cooperación internacional para la progresiva realización de este derecho[121].

De lo anteriormente recogido, se desprende las estrecha vinculación y dependencia de la salud infantil y la materna, dado que se incluye expresamente la necesidad de atención sanitaria prenatal y postnatal a las madres, así como las ventajas de la lactancia materna.

Hasta la fecha, el Comité de los Derechos del Niño, creado por la Convención de los derechos del Niño, ha adoptado 25 Observaciones Generales y está en proyecto la nº 26, relativa a los derechos del niño y el medio ambiente, con especial atención al cambio climático[122].

El contenido del artículo 24 ha de ser entendido en el sentido de la Observación General nº 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), de 17 de abril de 2013[123], que, como señala, obedece a la importancia de estudiar la salud infantil desde la óptica de los derechos del niño, en el sentido de que todos los niños tienen derecho a oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades.

De conformidad con el artículo 1 de la Convención de los derechos del Niño, entiende por "niño" todo menor de 18 años de edad, y por "el derecho del niño a la salud",

[121] Artículo 24.3 y 24.4 de la Convención de los Derechos del Niño. Los gobiernos y el personal de salud deben tratar a todos los niños y adolescentes de manera no discriminatoria, lo cual significa que deben prestar especial atención a las necesidades y los derechos de grupos determinados, por ejemplo, los niños pertenecientes a minorías o a comunidades indígenas, los niños intersexuales, y, en general, las niñas y las adolescentes, a las que en muchos contextos se impide el acceso a una amplia gama de servicios, incluida la atención sanitaria. Más concretamente, las niñas deben tener acceso en condiciones de igualdad a una nutrición adecuada, a entornos salubres y a servicios de salud física y mental. Deben adoptarse medidas apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que afectan de manera negativa sobre todo a la salud de las niñas, por ejemplo, la mutilación genital femenina, el matrimonio a edad temprana y la alimentación y cuidado preferencial de los niños.

[122] Entre ellas, Observación General nº 20 (2016), sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, de 6 de diciembre de 2016; la Recomendación General nº 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Observación General nº 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, de 14 de noviembre de 2014; Observación General nº 14 (2013), sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1), de 29 de mayo de 2013.

[123] Comité de los Derechos del Niño, CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013.

definido en el artículo 24, como un derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud. El enfoque integral en materia de salud sitúa la realización del derecho del niño a la salud en el contexto más amplio de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Señala algunas cuestiones ya tratadas, como la importancia de la atención primaria de salud, enfoque definido en la Declaración de Alma-Ata, atendiendo a las prioridades cambiantes en el ámbito de la salud.

En todo caso, recoge como principios y premisas para realizar el derecho del niño a la salud la indivisibilidad e interdependencia de los derechos del niño, el derecho a la no discriminación, el interés superior del niño[124], consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia[125], el derecho del niño a ser escuchado y a la evolución de las capacidades y trayectoria vital del niño.

Particularmente pertinente a los efectos de este trabajo es el contenido de la Observación en relación con el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo y factores que determinan la salud del niño, puesto que afirma que, conforme al artículo 6, los Estados tienen la obligación de garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño, en particular las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo. Por ello, "*hay que determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño para idear y poner en práctica intervenciones de base empírica encaminadas a hacer frente a los diversos determinantes que surgen durante la trayectoria vital"*.

Para afirmar a continuación que:

[124] El interés superior del menor fue objeto de la Observación General nº 14 (2013), sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1), CRC/C/GC/14, 29 de mayo de 2013.

[125] Y que se determina en función de sus necesidades físicas, emocionales y educativas, la edad, el sexo, la relación con sus padres y cuidadores y su extracción familiar y social y tras haberse escuchado su opinión, de conformidad con el artículo 12 de la Convención.

"*entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto, así como de prácticas de lactancia natural que distan mucho de ser óptimas. El comportamiento de los progenitores y otros adultos que influyen en el niño en el ámbito de la salud y otros ámbitos conexos tiene gran repercusión en la salud del niño*"[126].

Y, también, que:

"*la infancia es un período de crecimiento constante que va del parto y la lactancia a la edad preescolar y la adolescencia. Cada fase reviste importancia en la medida en que comporta cambios diversos en el desarrollo físico, psicológico, emocional y social, así como en las expectativas y las normas. Las etapas del desarrollo del niño son acumulativas; cada una repercute en las etapas ulteriores e influye en la salud, el potencial, los riesgos y las oportunidades del niño. Entender la trayectoria vital es decisivo para apreciar la manera en que los problemas de salud de la infancia afectan a la salud pública en general*"[127].

Asimismo, especifica la noción del más alto nivel posible de salud que ha de tener en cuenta tanto las condiciones biológicas, sociales, culturales y económicas previas del niño como los recursos de que dispone el Estado, complementados con recursos aportados por otras fuentes, entre ellas, organizaciones no gubernamentales, la comunidad internacional y el sector privado; y especifica las libertades y el derecho a la salud.

En concreto, en relación con la alimentación recogido en el artículo 24. 2.c relativo a "*Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre,*

[126] Parágrafos 16 a 18 de la Observación General nº 15, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).
[127] Parágrafo 22 de la Observación General nº 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).

teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente"[128], el Comité afirma que "*la lactancia natural exclusiva debe protegerse y promoverse durante los 6 primeros meses de vida y, en combinación con alimentación complementaria, debe proseguir, preferentemente hasta los 2 años de edad, de ser viable*". Las obligaciones de los Estados en este ámbito se definen en el marco de "*proteger, promover y apoyar*", adoptado por unanimidad por la Asamblea Mundial de la Salud, y han de incorporar en su derecho interno, aplicar y hacer cumplir normas acordadas internacionalmente en el ámbito del derecho del niño a la salud[129].

La nutrición adecuada y el seguimiento del crecimiento en la primera infancia revisten especial importancia. Cuando sea necesario, deberá ampliarse la gestión integrada de la malnutrición aguda grave mediante intervenciones en centros y en las comunidades, así como el tratamiento de la malnutrición aguda moderada, incluidas intervenciones de alimentación terapéutica.

Finalmente, en relación con el artículo 24, párrafo 2 d) "*Asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres*", el Comité observa que la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas con la maternidad constituyen graves

[128] Deber de incorporar las nuevas tecnologías de eficacia demostrada en el ámbito de la salud infantil, con inclusión de medicamentos, equipo e intervenciones; en función de cada contexto, medidas encaminadas al cumplimiento por los Estados de sus obligaciones de garantizar el acceso a alimentos inocuos, nutricionalmente adecuados y culturalmente apropiados y luchar contra la malnutrición. Las intervenciones directas en el ámbito de la nutrición de las embarazadas van encaminadas a hacer frente a la anemia y la carencia de ácido fólico y yodo y aportar suplementos de calcio. Todas las mujeres en edad reproductiva deben recibir prevención y tratamiento de la eclampsia y la preeclampsia en aras de su salud y del desarrollo saludable del feto y el lactante. Importante la alimentación escolar, lucha contra la obesidad infantil, evitar la "*comida rápida*"; el agua potable salubre y el saneamiento son esenciales para el pleno disfrute de la vida y los demás derechos humanos y los Estados deben adoptar medidas para hacer frente a los peligros y riesgos que la contaminación del medio ambiente local plantea a la salud infantil en todos los entornos. Para la crianza y el desarrollo del niño en condiciones sanas son fundamentales viviendas adecuadas que incluyan instalaciones para preparar alimentos exentos de peligro, un entorno sin humos, ventilación apropiada, la gestión eficaz de los desechos y la eliminación de los desperdicios de las viviendas y sus inmediaciones, la ausencia de moho y otras sustancias tóxicas y la higiene familiar. Debe impartirse información sobre la salud infantil a todos los padres, a título individual o en grupos, a la familia ampliada y a otros cuidadores por diversos conductos, como clínicas, clases de paternidad, folletos de información pública, órganos profesionales, organizaciones comunitarias y los medios de comunicación.

[129] Entre ellas el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, así como el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Deben adoptarse medidas especiales para promover el apoyo a las madres en las comunidades y el lugar de trabajo en el contexto del embarazo y la lactancia natural y establecerse servicios de guardería viables y asequibles; también debe promoverse el cumplimiento del Convenio nº 183 (2000) de la Organización Internacional del Trabajo, relativo a la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), de 1952. Parágrafo 44 de la Observación General nº 15.

violaciones de los derechos humanos de las mujeres y las niñas y amenazan gravemente su propio derecho a la salud y el de sus hijos. El embarazo y el parto son procesos naturales que conllevan riesgos para la salud consabidos susceptibles de prevención y respuesta terapéutica si se identifican en fases tempranas. Durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño[130]. Por ello, el Comité alienta a los Estados a que adopten enfoques en materia de salud que presten atención a la especificidad del niño a lo largo de los distintos períodos de la infancia. Asimismo, señala que:

> "*la atención que reciben las mujeres antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas en la salud y el desarrollo de sus hijos. El cumplimiento de la obligación de garantizar el acceso universal a un conjunto completo de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva deberá basarse en el concepto de atención ininterrumpida que empieza en el período anterior al embarazo, prosigue durante el embarazo y el parto y se extiende hasta el período posterior al parto. La atención oportuna y de calidad durante estos períodos sucesivos ofrece importantes oportunidades de prevenir la transmisión intergeneracional de la mala salud y tiene grandes repercusiones en la salud del niño durante toda su trayectoria vital*"[131].

El Comité recomienda que las intervenciones en el ámbito de la protección social garanticen la cobertura universal de la atención o el acceso financiero a ella, bajas de paternidad retribuidas y otras prestaciones en materia de seguridad social, así como legislación para limitar la comercialización y la promoción indebidas de sucedáneos de la leche materna, así como que los Estados incorporar oportunidades de educación, sensibilización y diálogo dirigidas a los niños y los hombres en los servicios de salud sexual, reproductiva e infantil teniendo en cuenta que es fundamental la participación de los niños varones y los hombres para planificar y garantizar condiciones sanas en el embarazo y el parto.

Las obligaciones y responsabilidades del Estado coinciden con lo ya expuesto de

[130] Parágrafo 51 de la Observación General nº 15.
[131] Parágrafo 53 de la Observación General nº 15.

respetar, proteger y hacer efectivo el derecho. Entre las obligaciones centrales recoge las de revisar el entorno jurídico y normativo nacional y subnacional y, cuando proceda, enmendar las leyes y políticas; garantizar la cobertura universal de servicios de calidad de atención primaria de salud, en particular en la esfera de la prevención, la promoción de la salud, los servicios de atención y tratamiento y los medicamentos básicos; dar respuesta adecuada a los factores subyacentes que determinan la salud del niño; y elaborar, ejecutar, supervisar y evaluar políticas y planes de acción presupuestados que conformen un enfoque basado en los derechos humanos para hacer efectivo el derecho del niño a la salud. Además del deber de promover el conocimiento por los agentes no estatales de sus responsabilidades y velar por que todos ellos reconozcan, respeten y hagan efectivas sus responsabilidades ante el niño, aplicando, cuando sea necesario, procedimientos de diligencia debida. Las responsabilidades de los padres, que se extienden a otros cuidadores, ha de ser siempre cumplidas en el interés superior del niño con apoyo el Estado, de ser preciso. Teniendo en cuenta la capacidad en desarrollo del niño, los padres y cuidadores deben cuidar y proteger al niño y ayudarlo a crecer y desarrollarse de manera saludable. En materia de responsabilidad, subraya la de las entidades dedicadas a investigaciones relacionadas con los niños, con inclusión de académicos, empresas privadas y otras instancias, a efectos de respetar los principios y disposiciones de la Convención y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos y recuerda que el interés superior del niño siempre prevalecerá sobre el interés de la sociedad en general o el adelanto científico.

La Observación no olvida ni la cooperación internacional ni la rendición de cuentas o la inversión. El cumplimiento por los Estados Partes de las obligaciones que les incumben en virtud del artículo 24 exige la adopción de un proceso cíclico de planificación, aplicación, seguimiento y evaluación que sirva de base a la planificación ulterior, una aplicación modificada y una labor renovada de seguimiento y evaluación. Los Estados deben velar por la participación significativa de los niños e incorporar mecanismos de comunicación de los resultados para facilitar los ajustes necesarios durante el ciclo.

Junto a la Observación General nº 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), la ya referida Observación General nº 7 de 2005, relativa a la realización de los derechos del niño en la primera infancia, resulta

especialmente relevante a los efectos de este trabajo.

Es significativo, y prueba de la poca atención prestada a la atención perinatal y a la primera infancia, que el Comité reconozca que la Observación es resultado de la escasa información sobre la primera infancia proporcionada en los informes de los Estados, reducida prácticamente a informar sobre mortalidad infantil, el registro de los nacimientos y la atención de la salud y de su deseo de impulsar el reconocimiento de los niños pequeños como portadores de todos los derechos consagrados en la Convención, dado que estima que la primera infancia es un período esencial para la realización de estos derechos.

La definición de "*primera infancia*" elaborada por el Comité abarca todos los niños pequeños: desde el nacimiento y primer año de vida, pasando por el período preescolar y hasta la transición al período escolar hasta los 8 años de edad, aunque reconoce las disparidades existentes entre los Estados, aunque les sugiere reconsiderar sus obligaciones hacia los niños pequeños a la luz de esta definición de trabajo[132]. Este trabajo, no obstante, se centrará solo en los tres primeros años de la primera infancia así entendida.

La primera infancia, afirma el Comité, es un periodo esencial para la realización de los derechos del niño dadas las características particulares de esta primera infancia, pues se trata del período de más rápido crecimiento y cambio de todo su ciclo vital, en términos de maduración del cuerpo y sistema nervioso, de movilidad creciente, de capacidad de comunicación y aptitudes intelectuales, y de rápidos cambios de intereses y aptitudes. El Comité incide en que, en esta etapa, los niños crean vínculos emocionales fuertes con sus padres u otros cuidadores, de los que necesitan recibir cuidado, atención, orientación y protección, que deben ofrecerse de maneras que sean respetuosas con su individualidad y con sus capacidades cada vez mayores. Los primeros años de los niños pequeños son la base de su salud física y mental, de su seguridad emocional, de su

[132] Las definiciones de primera infancia varían en los diferentes países y regiones, según las tradiciones locales y la forma en que están organizados los sistemas de enseñanza primaria. En algunos países, la transición de la etapa preescolar a la escolar tiene lugar poco después de los 4 años de edad. En otros, en torno a los 7 años. En su examen de los derechos en la primera infancia, el Comité desea incluir a todos los niños pequeños: desde el nacimiento y primer año de vida, pasando por el período preescolar hasta la transición al período escolar.

identidad cultural y personal y del desarrollo de sus aptitudes[133].

El Comité reafirma que la Convención sobre los derechos del Niño debe aplicarse de forma holística en la primera infancia, teniendo en cuenta los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de todos los derechos humanos. La Convención exige que los niños, en particular los niños muy pequeños, sean respetados como personas por derecho propio. En el ejercicio de sus derechos, los niños pequeños tienen necesidades específicas de cuidados físicos, atención emocional y orientación cuidadosa, así como en lo que se refiere a tiempo y espacio para el juego, la exploración y el aprendizaje sociales. Como mejor pueden planificarse estas necesidades es desde un marco de leyes, políticas y programas dirigidos a la primera infancia; en particular, un plan de aplicación y supervisión independiente.

Respetar los intereses, experiencias y problemas bien diferenciados que afrontan todos los niños pequeños es el punto de partida para la realización de sus derechos durante esta fase esencial de sus vidas sobre la que existe:

> "*un creciente corpus de teoría e investigación que confirma que los niños pequeños deben considerarse idóneamente como agentes sociales cuya supervivencia, bienestar y desarrollo dependen de relaciones estrechas y se construyen sobre esa base. Son relaciones mantenidas normalmente con un pequeño número de personas clave, muy a menudo los padres, miembros de la familia ampliada y compañeros, así como con cuidadores y otros profesionales que se ocupan de la primera infancia. Al mismo tiempo, la investigación sobre las dimensiones sociales y culturales de la primera infancia insiste en las diversas formas en las que se comprende y produce el desarrollo en la primera infancia, en particular las diferentes expectativas de los niños pequeños y la multiplicidad de disposiciones para su cuidado y educación*".

Cabe destacar, igualmente, las referencias a las responsabilidades de los padres y la asistencia de los Estados Partes[134], que está vinculada al requisito de actuar en interés superior del niño en relación con la evolución de las facultades; esto es, el proceso de

[133] Señala también como características las relaciones con otros y las interacciones con el medio, si bien las experiencias de crecimiento varían en función de determinadas circunstancias e influidas por las creencias culturales.
[134] Artículos 5 y 18 CdN.

maduración y aprendizaje[135] tendente a promover el desarrollo y bienestar del niño. Se subraya que la Convención hace hincapié en que "*ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño*", reconociéndose a padres y madres como cuidadores en pie de igualdad (artículo 18.1), aunque el Comité reconoce que en la práctica los modelos familiares son variables y cambiantes en muchas regiones, al igual que la disponibilidad de redes no estructuradas de apoyo a los padres. Del mismo modo, estima que la mejor forma de prestar una asistencia adecuada a los padres puede ser en el marco de políticas globales en favor de la primera infancia; y, en particular, mediante la atención de la salud, el cuidado y la educación durante los primeros años.

1.2.4 Enfoque de salud basado en derechos humanos

En relación con la salud, resulta claro que las normas, políticas y programas de salud que adopten los Estados pueden promover o violar los derechos humanos y, más concretamente, el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen.

Por otro lado, existe consenso en considerar que, por un lado, la adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona, y que, por otro, las violaciones o la inobservancia de los derechos humanos pueden conllevar graves consecuencias sanitarias.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios[136].

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las

[135] Artículo 5 CdN.

[136] Todavía hoy en muchos países se dan este tipo de inequidades derivadas de relaciones de poder injustas en relación con las mujeres, con las personas con problemas de salud mental e incluso con el albinismo o, como ocurre en Occidente, con los ancianos y/o personas especialmente vulnerables. Todo ello está en estrecha relación con el principio de justicia, recogido en el Capítulo anterior y que se desarrollará igualmente en el Capítulo relativo a limitación del esfuerzo terapéutico.

políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas.

Se pueden sintetizar en siete los principios fundamentales para un enfoque de la salud basado en derechos humanos.

En primer lugar, el ya referido como *Principio transversal de no discriminación*, tendente a procurar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social[137].

En segundo lugar, el *Principio de disponibilidad*, implica que se cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud, se encuentra estrechamente vinculado con el tercero, el *Principio de accesibilidad*. Por él, esos establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: la no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad) y el acceso a la información.

Le siguen el *Principio de aceptabilidad,* que supone que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital; el *Principio de calidad*, tendente a asegurar que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad; y el de *rendición de cuentas*, ya que los Estados son responsables del respeto y cumplimiento de los derechos humanos.

Finalmente, se encuentra, también, el *Principio de universalidad*; pues, como ya se indicó, los derechos humanos son universales e inalienables, de forma que todo ser

[137] Así lo consideró expresamente el Comité de los derechos económicos, sociales y culturales en 2009, en Comentario General nº 20 en relación con el principio de no discriminación en los derechos económicos, sociales y culturales.

humano, todas las personas, en cualquier lugar del mundo, debe poder disfrutarlos[138].

En definitiva, el derecho humano a la salud evidentemente no implica, ni supone, el derecho a estar sano; sino que, en realidad, reconoce el derecho de las personas a acceder a los servicios de cuidados médicos: esto es, a recibir la atención de los profesionales de la medicina, correspondiendo a los Estados la obligación de proporcionar un sistema de protección sanitaria que lo permita, lo que establece el vínculo entre la salud como derecho humano y como servicio público, puesto que los Estados, que han de respetarlo y protegerlo, deben hacerlo a través de sistemas sanitarios adecuados.

Por otro lado, aunque no se recoge expresamente, debe lógicamente desprenderse de una correcta interpretación del mencionado artículo 12 del Pacto que la obligación de que "*se creen condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad*" comprende todas las fases de la vida, desde su nacimiento hasta su final.

En este enfoque de derechos humanos de la salud, pero también de cooperación internacional, el Secretario General de las Naciones Unidas lanzó en septiembre de 2015 la "*Estrategia mundial sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (2016-2030)*" como plataforma para aplicar los Objetivos de Desarrollo Sostenible centrados en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Su predecesora, la "*Estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño 2010-2015*", tenía como objetivo apoyar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6 relativos a reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, y combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades para 2015.

La renovada Estrategia global se basa en nuevas pruebas, incluida la necesidad de centrarse en grupos de población críticos, como los recién nacidos y los adolescentes, para construir la resiliencia de los sistemas sanitarios y para mejorar la calidad de los servicios sanitarios.

Por otro lado, en 2016 se creó el Grupo de Trabajo de Alto Nivel para la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes por iniciativa

[138] Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Derechos humanos nº 31, Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva, n° 323 diciembre de 2015.

conjunta de la entonces Directora General de la OMS y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, con el objetivo de incluir asegurar el apoyo político, tanto a nivel nacional como internacional, para la aplicación de las acciones relacionadas con los derechos humanos de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. El Grupo de Trabajo de Alto Nivel presentó su informe, "*Liderar la realización de los derechos humanos a la salud y a través de la salud (2017*)", a la Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2017, así como al Consejo de Derechos Humanos, en su 35ª sesión, en junio de ese mismo año[139].

Las principales recomendaciones del informe son la defensa del derecho a la salud en la legislación nacional; establecer un enfoque basado en los derechos para la financiación de la salud y la cobertura sanitaria universal; abordar los derechos humanos como determinantes de la salud, eliminar las normas sociales, de género y culturales que impiden la realización de los derechos; y garantizar la responsabilidad ante el pueblo y para el pueblo.

La importancia de este enfoque de salud basado en derechos humanos se pone igualmente de manifiesto por la creación en 2002 por parte de la Comisión de Derechos Humanos un Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, a cuya formulación ha contribuido muy significativamente,[140] cuyo mando el Consejo de Derechos Humanos refrendó y amplió[141].

Partiendo de la definición del derecho a la salud física y mental ya examinado, como derecho inclusivo, que abarca no solo los cuidados sanitarios oportunos y apropiados, sino también los factores subyacentes que determinan el estado de salud y que comprende una serie de libertades y derechos y teniendo en cuenta las normas internacionales de derechos humanos pertinentes, el mandato del Relator Especial es prestar atención a los grupos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y

[139] OMS, *Leading the Realization of Human Rights to Health and Through Health*. Informe del Grupo de Trabajo de Alto Nivel para la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/ReportHLWG-humanrights-health.pdf (Consultado el 28 de agosto de 2023).
[140] Resolución 2002/31, de abril de 2002.
[141] Resoluciones 6/29 de 14 de diciembre de 2007, y, última renovación hasta la fecha, resolución 42/16, de 7 de octubre de 2019.

marginación, aplicar una perspectiva de género y atender a las necesidades de los niños en el ejercicio del derecho a la salud.

En el ejercicio de su mandato, el Relator Especial presenta informes anuales al Consejo de Derechos Humanos y a la Asamblea General sobre las actividades y estudios realizados con miras a la aplicación del mandato, vigila la situación del derecho a la salud en todo el mundo; determina las tendencias relacionadas con el derecho a la salud física y mental; realiza visitas a los países; recibe comunicaciones con respecto a los supuestos casos de violaciones del derecho a la salud y otras cuestiones relacionadas con el mandato y promociona la plena realización del derecho a la salud, a través del diálogo con los actores pertinentes mediante la participación en seminarios, conferencias, reuniones de expertos. Presta especial atención a los que se encuentran en situaciones vulnerables[142].

En ellos se ha evidenciado que el pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos. Por ello, se reconoce cada vez más que un sistema de salud fuerte y eficaz es un elemento esencial de una sociedad sana y equitativa, y una institución social fundamental en cualquier sociedad. Con ello, se expone la necesidad de contar con un servicio público de salud para garantizar el derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Sin ese sistema, nunca se podrá realizar el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud[143].

---

[142] Pueblos indígenas, migrantes y los refugiados, desplazados internos, personas afectadas por la extrema pobreza, comunidades minoritarias personas con discapacidad, personas que viven en residencias personas recluidas, personas que consumen drogas, y personas LGTBIQ+ y de género diverso.

[143] Si bien fue la Organización Mundial de la Salud, que se examina en el siguiente epígrafe la que identificó los "*seis elementos integrantes fundamentales*" que constituyen un sistema de salud: a) Servicios de salud. "*Son buenos servicios de salud los que llevan a cabo intervenciones sanitarias eficaces, seguras y de calidad, tanto personales como no personales, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan, con una pérdida mínima de recursos*." b) Personal sanitario. "*Un personal sanitario eficaz es el que trabaja de manera atenta a las necesidades, equitativa y eficiente para conseguir los mejores resultados sanitarios posibles, dados los recursos disponibles y las circunstancias, es decir, un personal en número suficiente y con una gama adecuada de competencias, distribuido equitativamente, competente, atento a las necesidades y productivo.*" c) Sistema de información sanitaria que asegura la producción, el análisis, la difusión y el empleo de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, los resultados del sistema de salud y la situación sanitaria. d) Productos médicos, vacunas y tecnologías. e) Financiación de la salud "*con miras a garantizar que la población pueda recurrir a los servicios necesarios y se halle protegida contra una catástrofe financiera o el empobrecimiento resultante del pago de esos*

En relación con los sistemas nacionales de salud, el Relator Especial ha subrayado que, desde el punto de vista del derecho a la salud, un sistema de salud nacional debe tener varios componentes: un sistema adecuado para recopilar datos que permitan hacer un seguimiento de la realización del derecho a la salud; datos desglosados por factores como el sexo, la edad y las zonas urbanas/rurales; capacidad nacional parar producir un número suficiente de trabajadores sanitarios competentes que disfruten de buenas condiciones de empleo; y un proceso para la preparación de evaluaciones del impacto en el derecho a la salud, antes de dar el toque final a las principales políticas relacionadas con la salud.

Por otro lado, también se ha confirmado que la salud no sólo es un problema de derechos humanos, sino también uno de los elementos fundamentales del desarrollo sostenible, de la reducción de la pobreza y de la prosperidad económica, y que un sistema de salud fuerte es un elemento esencial de una sociedad sana y equitativa.

El Relator ha realizado numerosos informes temáticos[144], debiéndose destacar, entre ellos, el presentado en 2015 dedicado a la primera infancia[145], señalando los progresos alcanzados en la salud y promoción del desarrollo en la primera infancia. Subraya que los derechos de los niños pequeños a la salud y el desarrollo están intrínsecamente vinculados entre sí de dos maneras principales: en primer lugar, porque la mala salud limita el desarrollo y, en segundo porque, los tres aspectos principales de desarrollo del niño en la primera infancia —físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo— afectan a la salud durante toda la vida. E incide en las cuestiones ya señaladas en el epígrafe anterior: las obligaciones relacionadas con el derecho a la salud para promover el desarrollo del niño en la primera infancia (titular de derechos, derecho a la

servicios." f) Liderazgo, gobernanza, rectoría. Este elemento "*entraña la necesidad de procurar que existan marcos normativos estratégicos en combinación con el establecimiento efectivo de alianzas para fines de supervisión, con una reglamentación e incentivos apropiados, con la debida atención al diseño de sistemas y con la rendición de cuentas*".

[144] Los últimos dedicados a la alimentación, nutrición y el derecho a la salud (A/78/185) e Innovación digital, tecnologías y derecho a la salud HRC/53/65. Los informes anuales del Relator Especial se han centrado en: esclarecer las fuentes y el contenido del derecho a la salud, la discriminación y el estigma en relación con ese derecho; el derecho a la salud sexual y reproductiva, examinando la relación que existe entre la pobreza y el derecho a la salud, en particular las estrategias de reducción de la pobreza, las enfermedades desatendidas, y el derecho a la salud y la prevención de la violencia; a discapacidad mental y el derecho a la salud; un sistema de salud accesible a todos y los indicadores relacionados con el derecho.

[145] A/70/213El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 30 de julio de 2015. En 2016, el informe del Relator especial estuvo dedicado a la salud de los adolescentes (A/HRC/32/32).

supervivencia y el desarrollo y su relación con la salud, interés superior y las opiniones de los niños). Reitera, asimismo, los factores básicos determinantes del derecho a la salud: nutrición adecuada, con referencia a la nutrición inicial en el útero vinculada a la de la madres, y después del nacimiento, afirma que se puede asegurar una nutrición adecuada mediante el inicio de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva durante seis meses y continuada hasta al menos el segundo año de vida; protección frente a toda formas de violencia, igualdad y no discriminación y una atención particular a las niñas, a los niños y niñas con discapacidad y a los intersexuales.

Además, pone el acento los sistemas de salud, incluidos los servicios de atención de la salud y los servicios preventivos que deben ofrecer, en cooperación con los servicios sociales, de protección de la infancia, educacionales y de otra índole pertinentes, un conjunto completo de atención para los niños y las familias. Así, afirma:

> "*Los sistemas de salud son fundamentales para la atención de las mujeres embarazadas, el parto, la atención postnatal de la madre y el niño y el cuidado de los niños pequeños. Son importantes no solo en relación con las intervenciones biomédicas específicas sino también porque constituyen a menudo la única infraestructura que llega a los niños pequeños, en particular a los menores de 3 años, y pueden en consecuencia iniciar y fomentar la promoción de la salud y el apoyo de los servicios sociales para promover el desarrollo en la primera infancia y prevenir los riesgos.*"

Resalta, además, que se trata de ir más allá de un modelo biomédico de la atención de la salud del niño como se pone de manifiesto, particularmente, en los párrafos d), e) y f) del artículo 44 de la Convención de los derechos del Niño, incluida la atención prenatal y postnatal de las madres, el acceso a la educación y la información sobre la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento y la prevención de accidentes, así como el desarrollo de la atención preventiva. La Convención refleja la comprensión de que la salud física y mental del niño en la primera infancia se ve afectada por el medio ambiente, incluidas las relaciones en el seno de la familia, la comunidad y la sociedad en general, lo que ha dado lugar a la consideración de las cuestiones de desarrollo y conducta como componentes centrales de la pediatría moderna.

Entre las recomendaciones que formula el Relator a los gobiernos se encuentran, entre otras, la de "*considerar a los niños más pequeños, especialmente los recién nacidos y los lactantes, como titulares de derechos y a aunar fuerzas con todas las partes interesadas pertinentes para lograr un avance decisivo mediante la reducción significativa de las tasas de mortalidad y morbilidad*". Además de adoptar un enfoque más amplio en inversiones, introducir medidas jurídicas y normativas que promuevan iniciativas eficaces para mejorar la calidad de las relaciones entre los niños pequeños y los padres, promover la competencia en la crianza de los hijos, y equipar y apoyar a los padres con técnicas de crianza de los niños pequeños en forma no violenta; insta:

> "*A dotar a los servicios de atención primaria de la salud y los servicios pediátricos no solo de vacunas y medicamentos modernos que salvan vidas sino también de conocimientos e intervenciones eficaces y culturalmente apropiadas, basadas en investigaciones en los ámbitos de la neurociencia, la psicología, la pediatría del desarrollo y la psiquiatría pediátrica*".

Señala, también, la necesidad de formar en derechos humanos a las personas que trabajan con niños, entre los cuales se encuentran los profesionales sanitarios, incluyendo "*el desarrollo en la primera infancia y el impacto de la calidad de las relaciones en la salud física y mental en la infancia y durante toda la vida*", la importancia de seguir aplicando las directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños y la necesidad de eliminar la colocación a largo plazo de los niños de corta edad en instituciones, así como de poner fin al cuidado en instituciones de los niños durante los cinco primeros años de vida, entre otras.

En 2017, se presentó el primer informe dedicado a la salud mental, con el fin de impulsar su promoción para todas las edades y en todos los entornos, que fueron seguidos de otros tres en los años siguientes, y que se examinarán en el siguiente Capítulo, dedicado a la salud mental.

1.3 La cooperación internacional para la protección universal de la salud física y mental: la Organización Mundial de la Salud

Sin ningún ánimo de exhaustividad, se dedican unos párrafos a los aspectos más

básicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ser la agencia especializada de las Naciones Unidas que tiene como misión principal promover la salud.

Tras la creación de la Organización de las Naciones Unidas, en 1945, la primera Asamblea Mundial de la Salud tuvo lugar en Ginebra, Suiza, en 1948, donde se aprobó, antes que la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución de la OMS, que entró en vigor el 7 de abril de ese mismo año. La Organización, que respondía a la necesidad de cooperación internacional en el campo de la salud para prevenir y controlar enfermedades y promover el bienestar de la humanidad, tenía como misión principal la promoción de la salud, la prevención enfermedades y la mejora del bienestar de las personas en todo el mundo.

En su preámbulo, como ya se ha señalado con anterioridad, se define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, definición que ha sido universalmente asumida. Por su parte, el artículo 1 de la Constitución de la OMS afirma que: "*El objetivo de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el nivel más alto posible de salud*".

Esto significa que el objetivo principal de la OMS es promover la salud y el bienestar en su sentido más amplio, abarcando tanto la salud física como la mental y social y asegurar que todas las personas tengan la oportunidad de disfrutar de un estado de completo bienestar, y no solo la ausencia de enfermedades.

Dado que la salud es uno de los derechos humanos, la OMS se esfuerza por garantizar que este derecho se cumpla a nivel global, independientemente del origen, género, raza, religión, posición social o económica del individuo.

La Constitución de la OMS establece los principios y objetivos fundamentales de la organización, que incluyen la promoción del más alto nivel posible de salud para todas las personas, la cooperación internacional en cuestiones de salud y la lucha contra enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Desde su creación, la OMS ha desempeñado un papel esencial en la promoción de la salud global, la prevención de enfermedades, la respuesta a emergencias de salud pública, la formulación de políticas de salud, la cooperación técnica con los países y la

mejora de los sistemas de salud en todo el mundo y sigue haciendo un mundo cada vez más interconectado e interdependiente.

La OMS cuenta con una estructura organizativa integrada por la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo, el Director General y la Secretaría, aunque cuenta con numerosos comités técnicos y expertos en las distintas áreas, con comités de emergencia y con oficinas regionales y en países.

La Asamblea Mundial es el máximo órgano de toma de decisiones, se reúne anualmente y está compuesta por representantes de los Estados miembros. Establece políticas, aprueba el presupuesto de la organización y elige al Director General. También revisa y aprueba resoluciones sobre cuestiones de salud global. El Consejo Ejecutivo es el encargado de implementar las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud. Está compuesto por 34 miembros que son elegidos por la Asamblea y se reúnen dos veces al año para supervisar el trabajo de la OMS y tomar decisiones sobre cuestiones administrativas y financieras. El Director General es igualmente nombrado por la Asamblea y el responsable de supervisar y coordinar todas las actividades, de la ejecución de las políticas y programas aprobados por la Asamblea y de representar a la Organización. Se encuentra al frente de la Secretaría, órgano de administración de la OMS, encargado de implementar las políticas y programas de la organización.

Su papel esencial en la promoción de la cooperación internacional en el campo de la salud se realiza tanto a través del establecimiento de normas y directrices internacionales en áreas clave de la salud (que facilitan que los países adopten enfoques comunes en la protección de la salud), como de las actividades de monitoreo y vigilancia. Con ellas, evalúa la situación de salud a nivel mundial, lo que incluye la recopilación y análisis de datos sobre enfermedades, sistemas de salud y determinantes de la salud. Esto facilita a los Estados la toma de decisiones informada y abordar los desafíos de salud de manera más efectiva. Además, la OMS juega un papel fundamental en la coordinación de respuestas internacionales a emergencias de salud pública, como pandemias, brotes de enfermedades infecciosas y crisis humanitarias, así como en el desarrollo de capacidades, proporcionando apoyo técnico y asistencia a los países en desarrollo para fortalecer sus sistemas de salud, capacitar a profesionales de la salud y mejorar la infraestructura sanitaria. La OMS promueve también la investigación en salud a nivel internacional y

fomenta la colaboración entre países para abordar los desafíos sanitarios globales, como la investigación de vacunas y tratamientos.

A lo largo de su existencia, la OMS ha aprobado numerosas normas y directrices en diversas áreas de la salud con el objetivo de establecer estándares y recomendaciones que los países miembros pueden adoptar y aplicar en sus sistemas de salud[146].

Es importante destacar que, en principio, la mayoría de los actos, recomendaciones y directrices de la OMS no son jurídicamente vinculantes por sí mismas, si bien su adopción y aplicación efectiva por los Estados tiene un impacto significativo en la mejora de la salud pública y la protección de los derechos humanos en el ámbito de la salud. No obstante, algunas de ellas sí son tratados internacionales jurídicamente vinculantes, como el Reglamento Sanitario Internacional o el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

Entre sus múltiples ámbitos de trabajo, se ha esforzado por la promoción tanto de la salud materna e infantil como de la salud mental. Así, ha contribuido a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, promoviendo la atención prenatal y el parto seguro, a la mejor atención posnatal y la salud infantil, con la inmunización infantil y la promoción de la lactancia materna. Al respecto, ha emitido directrices para promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, destacando los beneficios para la salud del bebé y la madre. Y ha trabajado en la promoción de la salud mental y la reducción del estigma asociado a las enfermedades mentales, reconociendo la importancia de la salud mental en el bienestar general, emitiendo directrices para mejorar la atención en salud mental, promoviendo la desestigmatización y la atención integral de las personas con trastornos mentales. Todos ellos se examinarán en posteriores Capítulos.

1.4 La protección de la salud en ámbito regional europeo

En el ámbito regional, coexisten el Consejo de Europea y la Unión Europea, dos Organizaciones muy distintas, pues el Consejo de Europa es una organización

[146] Regulación de medicamentos; vacunación; seguridad alimentaria; control de enfermedades infecciosas; control del tabaco (con la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco); acceso a servicios de salud; respuesta a emergencias de salud pública; fortalecimiento de los sistemas de salud; cooperación internacional, marco ético y profesional y orientación a los Estados.

intergubernamental de cooperación, mientras que la Unión Europea lo es de integración. Por lo tanto, ambas tienen fines y miembros diferentes, y cuentan con instituciones dispares y medios de acción diversos.

A pesar de estas claras diferencias, el Consejo de Europa y la Unión Europea comparten algunos aspectos. Por un lado, ambas son organizaciones gubernamentales regionales europeas, puesto que europeos son sus Estados miembros. Por otro lado, ambas comparten la membresía común de los 27 Estados de la Unión Europea, todos ellos igualmente miembros del Consejo de Europa.

Sin embargo, el vínculo más estrecho entre ambas organizaciones es, sin duda, el conjunto de valores comunes sobre los que ambas se asientan y que guían toda su actuación. Así, el respeto y la protección de los derechos humanos, la democracia y el Estado de Derecho constituyen para ambas organizaciones cuestiones primordiales e irrenunciables.

Por ello, no es de extrañar que se haya desarrollado entre ambas una intensa cooperación con el fin de beneficiarse mutuamente de sus respectivos conocimientos y competencias, y evitar duplicidades distorsionantes. Esta cooperación cubre todos los sectores del Consejo de Europa y una amplia gama de actividades, lo que convierte a la Unión Europea en el socio institucional más importante del Consejo de Europa, tanto desde un punto de vista político como técnico.

1.4.1 La labor del Consejo de Europa y la protección de los derechos humanos

El Consejo de Europa es la primera y más antigua de las organizaciones europeas con fines políticos creadas al final de la Segunda Guerra Mundial, anterior por tanto a la Unión Europea, y completamente distinta a ella, aunque la relación entre ambas ha sido muy estrecha.

Creada por el Tratado de Londres, Estatuto del Consejo de Europa, el 5 de mayo de 1949, es una organización regional europea que tiene como objetivo configurarse como organización unificadora y guardiana de los valores democráticos en el continente europeo al tiempo que contribuye a su unificación. El Estatuto del Consejo de Europa fue adoptado por 10 Estados, pero la Organización cuenta en la actualidad con 46 Estados

miembros, desde que el 16 de marzo de 2022 su Comité de Ministros acordó que la Federación Rusa dejara de ser miembro del Consejo de Europa con efecto inmediato.

De acuerdo con su Estatuto, su finalidad es realizar una unión más estrecha entre sus miembros para salvaguardar y promover los ideales y los principios que constituyen su patrimonio común y favorecer su progreso económico y social. Esta finalidad se perseguirá a través de los órganos del Consejo, mediante el examen de los asuntos de interés común, la conclusión de acuerdos y la adopción de una acción conjunta en los campos económicos, social, cultural, científico, jurídico y administrativo, así como la salvaguardia y la mayor efectividad de los derechos humanos y las libertades fundamentales[147].

A través de la cooperación entre sus Estados miembros, el Consejo de Europa busca un continente donde los derechos fundamentales sean respetados, la democracia sea sólida y el estado de derecho esté salvaguardado. Así, cada uno de los Miembros del Consejo de Europa reconoce el principio del imperio del Derecho y el principio en virtud del cual cualquier persona que se halle bajo su jurisdicción ha de gozar de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, y se compromete a colaborar sincera y activamente en la consecución de los fines del Consejo.

De acuerdo con el Estatuto, cuenta con dos órganos principales, el Comité de Ministros y la Asamblea Consultiva, aunque a lo largo de los años han sido creados varios otros. El Comité de Ministros es el principal órgano de adopción de decisiones en el que están representados todos los Estados. La Asamblea Consultiva es el foro democrático de seguimiento y debate entre los parlamentarios. Ambos son asistidos por la Secretaría.

Uno de los éxitos más significativos en materia de promoción de los derechos humanos fue la adopción en Roma, el 4 de noviembre de 1950, del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH)[148], que establece una serie de derechos y libertades que los Estados miembros se comprometen a respetar y proteger. Pero, además, crea un mecanismo de supervisión y

[147] Artículo 1 Estatuto del Consejo de Europa. España se incorporó en 1978. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1978/03/01/pdfs/A04840-04844.pdf. (Consultado el 3 de octubre de 2023).
[148] Entró en vigor internacionalmente el 3 de septiembre de 1953. España firmó el Convenio en Estrasburgo el 24 de noviembre de 1977, lo ratificó el 4 de octubre de 1979.

seguimiento, centrado en la Comisión Europea de Derechos Humanos y el Tribunal Europeo de Derechos humanos, creado en 1959[149].

El Convenio Europeo de Derechos Humanos ha sido desarrollado y modificado en numerosas ocasiones, con la adopción de distintos protocolos adicionales y normativos destinados, bien a incorporar el reconcomiendo de otros derechos y libertados a los contemplados en el texto original, bien a mejorar las garantías de supervisión y control establecidas[150].

El Protocolo n.º 11, adoptado el 11 de mayo de 1994 y con entrada en vigor el 1 de noviembre de 1998, modificó radicalmente el mecanismo de garantía establecido en 1950 al instituir un único órgano de control jurisdiccional, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de carácter permanente y jurisdicción obligatoria, permitiendo de ese modo, y por primera vez en la historia, el acceso directo de los particulares a una instancia judicial internacional[151]. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (que, con el paso de los años, se ha convertido en la institución insignia del Consejo de Europa) es el responsable de examinar las demandas individuales presentadas por los particulares contra los Estados, así como las demandas interestatales, y dictar sentencias sobre la existencia o no de violaciones de los derechos humanos. Las sentencias del Tribunal son vinculantes para los Estados miembros y no pueden ser objeto de ningún procedimiento de apelación, si bien la supervisión de su ejecución corresponde al Consejo de Ministros.

Los 27 Estados miembros de la Unión Europea son miembros del Consejo de Europa y Partes en el Convenio Europeo de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de 1950.

[149] Desde 1954 hasta la entrada en vigor del Protocolo 11 de la CEDH, el 31 de octubre de 1998, los individuos no podían tener acceso directo al TEDH, sino que debían acudir a la Comisión, que determinada si procedía o no el examen por parte del Tribunal. La Comisión Europea de Derechos Humanos, que se reunió en Estrasburgo desde julio de 1954 hasta octubre de 1999, era un organismo que, junto con el TEDH y el Comité de Ministros de Consejo de Europa, supervisó el cumplimiento por los Estados de las obligaciones asumidas por ellos en el CEDH.

[150] Son un total de dieciséis Protocolos. El primero fue adoptado en 1952, y el último, hasta la fecha, en 2013, relativo a la solicitud de opiniones consultivas, que entró en vigor el 1 de agosto de 2018 para los Estados Partes que lo han firmado y ratificado, entre los que no se encuentra España.

[151] Implicó la abolición de la Comisión lo que implicó el acceso directo de los individuos al Tribunal. Sin embargo, de acuerdo con el Protocolo 11, la Comisión continuó en funciones hasta el 31 de octubre de 1999 con el fin de instruir los casos declarados admisibles por ella antes de la entrada en vigor del Protocolo.

1.4.1.1 La Carta Social Europea

El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr no está recogido en el Convenio de Roma. Los derechos económicos, sociales y culturales, salvo la propiedad, están contemplados en la Carta Social Europea.

La Carta Social Europea establece unos derechos y libertades, así como un mecanismo de supervisión para garantizar su respeto por los Estados Partes, pero al margen de la jurisdicción del Tribunal de Derechos Humanos.

Adoptada en 1961, la Carta fue revisada en 1996 y entró en vigor en el año 1999.

Los derechos garantizados por la Carta se pueden agrupar en torno a: vivienda[152]; educación (incluyendo entre otros el acceso a la educación y a la formación profesional para las personas con discapacidades)[153]; empleo (con, por ejemplo, el derecho al acceso al trabajo para las personas con discapacidades o la protección contra el acoso sexual y psicológico)[154]; protección jurídica y social[155]; movimiento de las personas[156] y no discriminación (con, entre otras, la prohibición de la discriminación sobre la base de responsabilidades familiares, y el derecho de las personas con discapacidades a la

[152] Acceso a una vivienda adecuada y asequible; reducción del número de personas sin hogar; política de vivienda orientada a todas las categorías desfavorecidas; procedimientos para limitar el desalojo forzoso; igualdad de acceso para los no nacionales a la vivienda social y a subvenciones para el pago de la vivienda, y construcción de viviendas y subvenciones para el pago de la vivienda en función de las necesidades familiares.

[153] Educación primaria y secundaria gratuita; servicios de orientación profesional gratuitos y eficaces; acceso a la formación inicial (educación secundaria general y profesional), a la educación universitaria y la educación superior no universitaria, y a la formación profesional, incluida la formación continua; medidas especiales para residentes extranjeros; integración de los niños con discapacidades en la vida escolar general.

[154] Prohibición del trabajo forzoso; prohibición del empleo de niños menores de 15 años; condiciones de trabajo especiales entre los 15 y los 18 años; derecho a ganarse la vida en una ocupación elegida libremente; una política económica y social concebida para asegurar el pleno empleo; condiciones de trabajo equitativas en lo que respecta a la remuneración y las horas de trabajo; libertad para crear sindicatos y organizaciones de empleadores con miras a defender los intereses económicos y sociales; libertad para decidir si se quiere formar parte o no de los mismos; promoción de la consulta colectiva, la negociación colectiva, la conciliación y el arbitraje voluntario; protección en caso de despido; el derecho a la huelga, y; acceso al trabajo para las personas con discapacidades.

[155] Situación jurídica del menor; el trato de los delincuentes juveniles; protección contra el abuso y los malos tratos; prohibición de todas las formas de explotación (sexual o de otro tipo); protección jurídica de la familia (igualdad de los cónyuges en el seno la pareja y con respecto a los hijos, protección de los hijos en caso de ruptura familiar); el derecho a la seguridad social, el bienestar social y los servicios sociales; el derecho a ser protegido contra la pobreza y la exclusión social; cuidado de los niños, y; medidas especiales para atender las necesidades de los ancianos.

[156] El derecho a la reagrupación familiar; el derecho de los nacionales a abandonar el país; garantías procesales en caso de expulsión, y; simplificación de las formalidades de inmigración.

integración social y a la participación en la vida comunitaria)[157].

Recoge, igualmente, todos los relativos al ámbito de la salud que se examinan en el siguiente epígrafe.

La supervisión del correcto cumplimiento de las obligaciones por parte de los Estados corresponde al Comité Europeo de Derechos Sociales[158], integrado por quince miembros independientes e imparciales elegidos por el Comité de Ministros del Consejo de Europa por un período de seis años, renovable una vez.

Hay dos procedimientos de control.

El primero está basado en los informes nacionales, de carácter anual, en los cuales los Estados indican como han implementado la Carta. El Comité examina los informes y decide si la situación en los países en cuestión está en conformidad con la Carta. Su opinión final queda recogida en las "conclusiones", que se publican anualmente. Si un Estado no toma medidas con respecto a una decisión del Comité, de modo que no cumple con la Carta, el Comité de Ministros formula una recomendación dirigida a dicho Estado, pidiéndole que cambie la situación en la legislación y/o la práctica[159].

El segundo es un procedimiento de reclamaciones colectivas, establecido por un Protocolo abierto a la firma en 1995 y que entró en vigor en 1998. En este caso, las reclamaciones sobre la aplicación inadecuada de la Carta pueden presentarse ante Comité Europeo de Derechos Sociales por todos los Estados que han aceptado el procedimiento,

[157] El derecho de hombres y mujeres a la igualdad de trato y de oportunidades en el empleo; la garantía para todos los nacionales y extranjeros con residencia y/o trabajando legalmente de que todos los derechos estipulados en la Carta se aplican con independencia de la raza, el sexo, la edad, el color, la lengua, la religión, las opiniones, el origen nacional, el origen social, el estado de salud o la vinculación con una minoría nacional.

[158] El Comité determina si la legislación y la práctica en los Estados Partes cumplen con lo establecido en la Carta (artículo 24 de la Carta, enmendada por el Protocolo de Turín de 1991).

[159] A raíz de una decisión adoptada por el Comité de Ministros en 2006, las disposiciones de la Carta se han dividido en cuatro grupos temáticos. Los Estados Partes presentan anualmente un informe sobre las disposiciones relativas a uno de los cuatro grupos temáticos. Por consiguiente, cada disposición aceptada de la Carta es objeto de un informe cada cuatro años. Los cuatro grupos de disposiciones son los siguientes: Grupo 1: Empleo, formación e igualdad de oportunidades (Artículos 1, 9, 10, 15, 18, 20, 24, 25); Grupo 2: Salud, seguridad social y protección social (Artículos 3, 11, 12, 13, 14, 23, 30); Grupo 3: Derechos laborales (Artículos 2, 4, 5, 6, 21, 22, 26, 28, 29); Grupo 4: Niños, familias, inmigrantes (Artículos 7, 8, 16, 17, 19, 27, 31).

así como por una serie de organizaciones[160].

La reclamación debe contener el nombre y los datos de contacto de la organización que presenta la reclamación; una prueba de que la persona que presenta y firma la queja está autorizada a representar a la organización que presenta la reclamación; el Estado contra el que se dirige la reclamación; una indicación de las disposiciones de la Carta presuntamente vulneradas, y el objeto de la reclamación, es decir, el punto o los puntos con respecto a los cuales el Estado en cuestión ha incumplido presuntamente las disposiciones de la Carta, junto con los argumentos pertinentes y documentos de apoyo.

El Comité examina la reclamación y, si se han reunido los requisitos formales, la declara admisible. Una vez que la reclamación ha sido declarada admisible, se pone en marcha un procedimiento escrito, con un intercambio de argumentos entre las partes. El Comité puede estimar oportuno celebrar una audiencia pública.

El Comité adopta una decisión sobre el fondo de la reclamación, y la envía a las partes interesadas y al Comité de Ministros en un informe, que se hace público en los cuatro meses inmediatamente posteriores a su envío.

Por último, el Comité de Ministros adopta una resolución. Si lo considera apropiado, puede recomendar que el Estado en cuestión tome medidas específicas para una correcta aplicación de la Carta.

1.4.1.2 El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria

Como se ha indicado, el derecho a la salud está recogido en la Carta Social Europea y, por lo tanto, sujeto a la supervisión del Comité Europeo de Derechos Sociales, sobre la base de los informes de los Estados y la publicación de sus conclusiones anuales.

[160] La Confederación Europea de Sindicatos, la Unión de Confederaciones de la Industria y Empleadores de Europa y Organización Internacional de Empleadores; las organizaciones no gubernamentales con estatuto consultativo en el Consejo de Europa y que figuran en una lista elaborada a tales efectos por el Comité Gubernamental y las organizaciones de empleadores y sindicatos del país en cuestión, así como las organizaciones no gubernamentales si los Estaos lo han aceptado expresamente. En el informe de actividades 2022 publicado en agosto 2023 (se señala que se presentaron 16 reclamaciones colectivas en 2022 contra 8 Estados Partes en la Carta, 4 de ellas contra España. En 2022, el Comité Gubernamental examinó las medidas de seguimiento adoptadas por los Estados con respecto a las conclusiones de no conformidad alcanzadas por el CEDS sobre los artículos de la Carta Social Europea relativos al grupo temático "*Salud, seguridad social y protección social*" (Conclusiones 2021). Disponible en: https://rm.coe.int/prems-128723-gbr-2005-ra-16x24-web-corrected/1680acbbe0 (Consultado el 10 de octubre de 2023).

Cada año, el Comité examina los informes presentados por los Estados miembros y procede a decidir si la situación del país con respecto al derecho a la salud y otros derechos sociales y económicos está o no en conformidad con la Carta Social Europea.

En la Parte I de la Carta, los Estados reconocen como objetivo de su política, que habrá de seguirse por todos los medios adecuados, tanto de carácter nacional como internacional, el establecimiento de las condiciones en que puedan hacerse efectivos los derechos y principios siguientes. Dentro de estos derechos, se encuentran los siguientes: el que tiene toda persona a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar, el derecho de las trabajadoras a una protección especial, en caso de maternidad y en los casos procedentes, y el derecho de la infancia y la juventud a una adecuada protección social, jurídica y económica.

El principal artículo que se centra en el derecho a la salud es el artículo 11, si bien otros artículos están estrechamente relacionados[161]. Afirma que, con el fin de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, los Estados se comprometen (directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas) a tomar las medidas necesarias para garantizar los siguientes fines:

> *"1. Eliminar en la medida de lo posible las causas de una salud deficiente.*
>
> *2. Establecer servicios formativos y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma;*
>
> *3. prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes*"[162].

[161] Aunque el artículo 12 recoge el derecho al a seguridad social y el 13 el derecho a la asistencia social y médica, velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlos por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de seguridad social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado. Por su parte, el artículo 14 recoge el derecho a los beneficios de los servicios sociales y el artículo 15 el de las personas discapacitadas a la autonomía, a la integración social y a la participación en la vida de la comunidad, así como el derecho a la seguridad e higiene en el trabajo (artículo 3) aunque ya se señaló la estrecha relación del derecho a la salud con el resto de los derechos.

[162] Instrumento de Ratificación de la Carta Social Europea (revisada), hecha en Estrasburgo el 3 de mayo de 1996. BOE núm. 139, de 11 de junio de 2021. L Carta Social Europea Revisada entró en vigor en España el 1 de julio de 2021.

Al respecto, el Comité señala[163] que el artículo 11 consagra el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y el derecho de acceso a la asistencia sanitaria. Según el artículo 11, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, de conformidad con la definición de salud ya recogida de la OMS. Asimismo, impone una serie de obligaciones positivas y negativas. Las obligaciones de los Estados en virtud de esa disposición no se limitan únicamente a garantizar el disfrute del derecho a beneficiarse de cualquier medida positiva y proactiva del Estado que permita el disfrute del más alto nivel posible de salud (como garantizar la igualdad de acceso a una atención sanitaria de calidad). Ni sus deberes se limitan a la adopción de las medidas destacadas en el artículo 11 de la Carta. Más bien, la noción de protección de la salud incorpora la obligación de que el Estado se abstenga de interferir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. Esta interpretación del artículo 11 es coherente con la protección jurídica que ofrecen otras importantes disposiciones internacionales de derechos humanos relacionadas con la salud. Los mecanismos de salud pública deben garantizar medidas especiales para proteger la salud de las madres, los niños y las personas mayores.

Los sistemas sanitarios deben responder adecuadamente a los riesgos para la salud evitables, es decir, aquellos que pueden controlarse mediante la acción humana. Los principales indicadores son la esperanza de vida y las principales causas de mortalidad, que deben mejorar y no situarse muy por detrás de la media europea.

Se trata de riesgos evitables y deben tomarse todas las medidas necesarias, sobre todo en los sistemas sanitarios muy desarrollados, para reducir estas tasas lo más cerca posible de cero. Un problema recurrente de incumplimiento de esta disposición son las elevadas tasas de mortalidad infantil y materna en varios países que, cuando se examinan junto con otros indicadores sanitarios básicos, apuntan a deficiencias en el sistema sanitario. Entre los riesgos evitables se incluyen los derivados de amenazas medioambientales.

[163] Compendio de Jurisprudencia del Comité Europeo de Derechos Sociales. *Digest of the Case Law of The European Committee of Social Rights*. Consejo de Europa, junio 2022. Disponible en: https://rm.coe.int/digest-ecsr-prems-106522-web-en/1680a95dbd (Consultado el 11 octubre de 2023).

El derecho a la protección de la salud incluye el derecho de acceso a la asistencia sanitaria, y ese acceso debe garantizarse a todas las personas sin discriminación. Esto implica que la asistencia sanitaria debe ser efectiva y asequible para todos, y que los grupos vulnerables con un riesgo especialmente alto (como las personas sin hogar, las personas que viven en la pobreza, las personas mayores, las personas con discapacidad, las personas que viven en instituciones, las personas detenidas en prisiones y las personas en situación migratoria irregular) deben recibir la protección adecuada.

Las restricciones a la aplicación del artículo 11 no pueden suponer un impedimento para que los grupos desfavorecidos ejerzan su derecho a la salud. Este enfoque exige una interpretación estricta de la forma en que se aplica el ámbito de aplicación personal de la Carta en relación con el artículo 11 sobre el derecho a la protección de la salud, en particular con su primer apartado sobre el acceso a la asistencia sanitaria[164]. La legislación o la práctica que niega el derecho a la asistencia médica a los extranjeros, dentro del territorio de un Estado Parte, incluso si se encuentran allí ilegalmente, es contraria a la Carta. Se señala igualmente que el coste de la asistencia sanitaria no debe representar una carga excesivamente pesada para el individuo y que los pagos directos no deben ser la principal fuente de financiación del sistema sanitario. En relación con las condiciones que rigen el acceso a la asistencia, deben tener en cuenta la Recomendación 1626 (2003) de la Asamblea Parlamentaria sobre "*la reforma de los sistemas de asistencia sanitaria en Europa: conciliar equidad, calidad y eficiencia*", que invita a los Estados miembros a tomar como criterio principal para juzgar el éxito de las reformas de los sistemas sanitarios el acceso efectivo a la asistencia sanitaria para todos, sin discriminación, como un derecho humano básico.

Las disposiciones para el acceso a la asistencia no deben provocar retrasos innecesarios en su prestación. La gestión de las listas de espera y los tiempos de espera en la asistencia sanitaria se consideran a la luz de la Recomendación (99) 21 del Comité

[164] De conformidad con el apartado 1 del Apéndice, las personas cubiertas por los artículos 1 a 17 y 20 a 31 de la Carta incluyen a los extranjeros únicamente en la medida en que sean nacionales de otras Partes que residan legalmente o trabajen de forma regular en el territorio de la Parte en cuestión. La restricción del ámbito de aplicación personal no debe interpretarse de forma que prive a los migrantes en situación irregular de la protección de sus derechos más básicos consagrados en la Carta, ni que menoscabe sus derechos fundamentales, como el derecho a la vida o a la integridad física o la dignidad humana. Compendio de Jurisprudencia del Comité Europeo de Derechos Sociales. *Digest of the Case Law of The European Committee of Social Rights*. Consejo de Europa, junio 2022. Disponible en: https://rm.coe.int/digest-ecsr-prems-106522-web-en/1680a95dbd (Consultado el 11 octubre de 2023).

de Ministros sobre los criterios para dicha gestión. El acceso al tratamiento debe basarse en criterios transparentes, acordados a nivel nacional, que tengan en cuenta el riesgo de deterioro del estado clínico o de la calidad de vida; el número de profesionales sanitarios y el equipamiento deben ser adecuados. En el caso de los hospitales, debe aspirarse al objetivo fijado por la OMS para los países en desarrollo de 3 camas por cada 1.000 habitantes. Una densidad muy baja de camas hospitalarias, combinada con listas de espera, podría ser un obstáculo para el acceso a la atención sanitaria del mayor número posible de personas. Las condiciones de estancia en el hospital, incluidos los hospitales psiquiátricos, deben ser satisfactorias y compatibles con la dignidad humana.

Señala, asimismo, que la asistencia sanitaria debe ser eficaz y asequible para todos y que el objetivo ha de ser la equidad sanitaria, tal como la define OMS. En concreto, la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas, independientemente de que esos grupos se definan social, económica, demográfica o geográficamente o por otros medios de estratificación.

Además, los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para tratar a los enfermos, incluida la disponibilidad de un número suficiente de camas de hospital, unidades de cuidados intensivos y equipos. Deben tomarse todas las medidas posibles para garantizar que se despliega un número adecuado de profesionales sanitarios y que sus condiciones de trabajo son saludables y seguras[165], lo que incluye el suministro del equipo de protección personal necesario.

Como parte de las obligaciones positivas que surgen en virtud del derecho a la protección de la salud, los Estados Partes deben proporcionar atención adecuada y oportuna sobre una base no discriminatoria, incluidos los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva. En consecuencia, un sistema de atención sanitaria que no contemple las necesidades sanitarias específicas de las mujeres no será conforme con el artículo 11, ni con el artículo E, relativo a la no discriminación[166] tomado juntamente con el artículo 11. Además, el Comité considera que cualquier tratamiento médico sin

[165] De conformidad con el artículo 3 de la Carta, derecho a la seguridad e higiene en el trabajo.
[166] Parte V, Artículo E. No discriminación: "*Se garantizará el disfrute de los derechos reconocidos en la presente Carta sin discriminación alguna basada, en particular, en la raza, el color, el sexo, la lengua, la religión, las opiniones políticas o de otra naturaleza, la extracción u origen social, la salud, la pertenencia a una minoría nacional, el nacimiento o cualquier otra situación*".

consentimiento informado plantea necesariamente cuestiones en virtud del artículo 11 de la Carta.

El consentimiento informado ha sido definido por el Relator Especial de la ONU, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de la siguiente manera:

> "*El consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada, que protege el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones médicas y asigna deberes y obligaciones asociados a los profesionales sanitarios. Sus justificaciones normativas éticas y jurídicas se derivan de su promoción de la autonomía, la autodeterminación, la integridad corporal y el bienestar del paciente*"[167].

El Comité considera, teniendo en cuenta en particular el Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (Convenio de Oviedo) de 1997 del Consejo de Europa, así como la posición bien establecida de otros órganos de derechos humanos) que todo tratamiento médico sin consentimiento libre e informado (salvo estrictas excepciones) no puede ser compatible con la integridad física y necesariamente con el derecho a la protección de la salud. Un tratamiento médico sin consentimiento libre e informado vulnera la integridad física y psicológica, y en ciertos casos puede ser perjudicial para la salud tanto física como psicológica. Garantizar el libre consentimiento es fundamental para el disfrute del derecho a la salud, y es parte integrante de la autonomía y la dignidad humana y de la obligación de proteger el derecho a la salud.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, se contemplan los centros de atención de salud accesibles y eficaces para toda la población; políticas para la prevención de enfermedades, que incluyan, en particular, la garantía de un entorno saludable; eliminación de riesgos profesionales para asegurar la protección de la seguridad y la salud en el trabajo; así como protección de la maternidad.

En efecto, el artículo 8 de la Carta contempla la protección de la maternidad, pero

[167] Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, informe 2009, 1 de agosto de 2009, A/64/272.

recogido exclusivamente como derecho de las trabajadoras.

"*Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las trabajadoras a la protección de la maternidad, las Partes se comprometen:*

1. A garantizar a las trabajadoras, antes y después del parto, un descanso de una duración total de catorce semanas, como mínimo, sea mediante vacaciones pagadas, sea por prestaciones adecuadas de la seguridad social o por subsidios sufragados con fondos públicos;

2. A considerar ilegal que un empleador despida a una mujer durante el período comprendido entre el momento en que comunique su embarazo a su empleador y el fin de su permiso de maternidad, o en una fecha tal que el período de preaviso expire durante ese período

3. A garantizar a las madres que amamanten a sus hijos el tiempo libre suficiente para hacerlo;

4. A regular el trabajo nocturno de las mujeres que estén embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o que estén amamantando a sus hijos;

5. A prohibir el empleo de las mujeres que estén embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o que estén amamantando a sus hijos en trabajos subterráneos de minería y en cualesquiera otros trabajos que no sean adecuados por su carácter peligroso, penoso o insalubre, y a adoptar las medidas adecuadas para proteger los derechos de estas mujeres en materia de empleo."

En sus Conclusiones de 2019, relativas a España y por tanto antes de la entrada en vigor en nuestro país de la Carta Social Revisada, el Comité Europeo de Derechos Sociales consideró que España no había cumplido correctamente dos aspectos relacionados con la maternidad recogidos en la Carta en relación con el despido de una embarazada y al derecho a la lactancia en la administración pública[168].

[168] "*The Committee concludes that the situation in Spain is not in conformity with Article 8.3 of the 1961 Charter on the ground that it has not been established that women working in the public sector are entitled to paid breastfeeding breaks. The Committee concludes that the situation in Spain is not in conformity with Article 8.2 of the 1961 Charter on the ground that the reasons for dismissal of an employee during pregnancy or maternity leave go beyond the admissible exceptions*". Comité Europeo de Derechos Sociales,

Por otro lado, resulta significativo destacar que en el Comité señala que el texto revisado contiene enmiendas que toman en cuenta la evolución del Derecho de la Unión desde 1961; y, como ejemplo de la interpretación de la Carta a la luz del Derecho de la Unión, que influye en su implementación, señala las modificaciones introducidas en los derechos de la mujer para garantizar la plena igualdad entre mujeres y hombres, con la única excepción de la protección de la maternidad, que se inspiran directamente en el Derecho de la Unión Europea (artículo 8 de la Carta).

Por ejemplo, la definición de la trabajadora protegida por la Carta (embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia) se inspira en la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE)[169].

Con el fin de garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las trabajadoras a la protección de la maternidad, el Comité afirma[170] que las Partes se comprometen a proporcionar a las trabajadoras un permiso remunerado, prestaciones adecuadas de seguridad social o prestaciones con cargo a fondos públicos para que las trabajadoras tengan licencia antes y después del parto hasta un total de, al menos, 14 semanas.

El artículo 8.1 reconoce los derechos de las trabajadoras a la licencia de maternidad y a prestaciones laborales: el derecho al permiso por maternidad, el derecho a las prestaciones de maternidad, la prohibición de despido y la reparación en caso de despido improcedente.

En relación con los dos primeros de interés para el objeto de estudio de este trabajo, el Comité señala que el derecho a una licencia de maternidad de no menos de 14 semanas debe estar garantizado por ley. Este derecho está diseñado tanto para otorgar

Conclusiones 2019, España. Grupo temático Niños familias y migrantes. Disponible en: https://rm.coe.int/rapport-esp-en/16809cfbea (Consultado el 4 de octubre de 2023).

[169] *Compendio de Jurisprudencia del Comité Europeo de Derechos Sociales. Digest of the Case Law of The European Committee of Social Rights*. Consejo de Europa, junio 2022. Disponible en: https://rm.coe.int/digest-ecsr-prems-106522-web-en/1680a95dbd (Consultado el 11 de octubre de 2023).

[170] *Compendio de Jurisprudencia del Comité Europeo de Derechos Sociales. Digest of the Case Law of The European Committee of Social Rights*. Consejo de Europa, junio 2022. Disponible en: https://rm.coe.int/digest-ecsr-prems-106522-web-en/1680a95dbd (Consultado el 11 de octubre de 2023).

protección a las mujeres empleadas en caso de maternidad como para reflejar un interés más general en la salud pública, es decir, la salud de la madre y del niño. Debe garantizarse para todas las categorías de empleados y la licencia debe ser de maternidad y no de enfermedad.

La legislación nacional, por un lado, debe conceder a las mujeres el derecho a utilizar total o parcialmente el derecho reconocido a cesar en el trabajo durante un período mínimo de 14 semanas, permitiéndoles libertad de elección mediante un sistema de prestaciones fijado en un nivel adecuado; y, por otro lado, debe obligar al empresario a respetar la libre elección de las mujeres.

La legislación nacional puede permitir que las mujeres opten por un período más corto de licencia de maternidad. El requisito de 6 semanas de licencia postnatal es un medio para lograr la protección prevista en el artículo 8. Cuando la licencia obligatoria sea inferior a 6 semanas, los derechos garantizados en el artículo 8 puede lograrse mediante la existencia de salvaguardias jurídicas adecuadas que protejan plenamente el derecho de las mujeres empleadas a elegir libremente cuándo regresar al trabajo después del parto (en particular, un nivel adecuado de protección para las mujeres que han dado a luz recientemente y desean disfrutar de la maternidad plena). Esto es, para cumplir adecuadamente el artículo 8.1, los Estados Partes deben garantizar que existen salvaguardias legales que eviten cualquier presión de los empleadores sobre las mujeres para que acorten su licencia de maternidad, un acuerdo con los interlocutores sociales sobre la cuestión de la licencia postnatal que protege la libre elección de las mujeres, quienes deben estar protegidas en la ley y en la práctica contra presiones indebidas que las inciten a tomar menos de 6 semanas de licencia postnatal.

Esa protección se garantizará, por ejemplo, mediante legislación contra la discriminación en el trabajo basada en el género y las responsabilidades familiares; con un acuerdo entre los interlocutores sociales que proteja la libertad de elección de las mujeres interesadas; o con un marco jurídico general en torno a la maternidad (por ejemplo, si existe un sistema de licencia parental mediante el cual cualquiera de los padres pueda tomar una licencia remunerada al final de la licencia de maternidad). Los convenios colectivos pueden ofrecer protección adicional.

En cuanto al derecho a las prestaciones de maternidad, los Estados Partes han de

garantizar que las mujeres empleadas sean compensadas adecuadamente por su pérdida de ingresos durante el período de licencia de maternidad. La modalidad de compensación está dentro del margen de apreciación de los Estados, y puede ser una licencia remunerada (pago continuo de salarios por parte del empleador), una prestación de maternidad de la seguridad social, cualquier prestación alternativa de fondos públicos o una combinación de dichas compensaciones; si bien, independientemente de la modalidad de pago, el nivel deberá ser adecuado[171].

Con el fin de garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las trabajadoras a la protección de la maternidad, las Partes se comprometen a considerar ilegal que un empleador notifique a una mujer su despido durante el período comprendido entre el momento en que ésta le notifica empleador que está embarazada hasta el final de su permiso de maternidad, o a notificarle el despido en un momento en que el aviso expiraría durante dicho período.

La Carta recoge igualmente el derecho de los niños y los adolescentes a la protección, centrado especialmente en los aspectos laborales, considerando la edad mínima de admisión al trabajo los 15 años[172] y el de los niños y jóvenes a protección social, jurídica y económica para facilitar que puedan crecer en un medio que favorezca el pleno desarrollo de su personalidad y de sus aptitudes físicas y mentales. Por ello, los Estados deben "*garantizar a los niños y jóvenes, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus progenitores, los cuidados, la asistencia, la educación y la formación que necesiten, en particular disponiendo la creación o el mantenimiento de instituciones o servicios adecuados y suficientes a tal fin*", así como protegerlos contra la negligencia, violencia o explotación, además de garantizar una protección y una ayuda especial por parte del Estado a los niños y jóvenes que se vean privados temporal o definitivamente

[171] No deberá reducirse sustancialmente en comparación con el salario anterior, ni ser inferior al 70% de ese salario. Además, la tasa mínima de compensación no deberá ser inferior al umbral de pobreza definido como el 50% del ingreso mediano equivalente, calculado sobre la base del valor del umbral de riesgo de pobreza de Eurostat. Si el beneficio en cuestión cae entre el 40 y el 50% del ingreso mediano equivalente, otros beneficios, incluidos los relacionados con la asistencia social o la vivienda, se tendrán en cuenta. Sin embargo, una tasa fijada en menos del 40% de la renta mediana equivalente es manifiestamente inadecuada, de modo que combinarla con otras prestaciones no puede armonizar la situación con el artículo 8.1. Un período requerido de doce meses de contribución al plan de seguridad social antes del embarazo para tener derecho a prestaciones de maternidad no estará en conformidad con la Carta.
[172] Artículo 7 de la Carta.

del apoyo de su familia y una educación primaria y secundaria gratuita[173].

1.4.1.3 Biomedicina y derechos humanos

Los rápidos avances de la biología y la medicina y de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina llevaron a la elaboración de un Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina que se firmó en Oviedo el 4 de abril de 1997[174].

El objeto y finalidad del Convenio es proteger al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizar a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales en relación con las aplicaciones de la biología y la medicina, partiendo de que el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia[175]. Además, reitera que las Partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada y recoge además la "*lex artis*", al referirse a las normas de conducta aplicables junto al respeto a las normas y obligaciones profesionales en toda intervención en el ámbito de la sanidad[176].

El Convenio desarrolla en términos jurídicos las reglas de la ética médica formuladas clásicamente en cuatro principios: autonomía, confidencialidad, beneficiencia/ no maleficiencia y justicia. Es, por tanto, el primer tratado internacional relativo a la biomedicina o bioética[177] y está basado, como ya se ha apuntado, en el sistema internacional universal y regional de protección de los derechos humanos. Consta de un preámbulo y 38 artículos, distribuidos en 14 Capítulos entre los que cabe destacar, además

[173] Artículo 17 de la Carta.
[174] Ratificado por España el 23 de julio de 1999.
[175] Artículos 1 y 2 del Convenio Oviedo de 1997.
[176] Artículo 4. Obligaciones profesionales y normas de conducta. "*Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la investigación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso*".
[177] Se ha optado por el término biomedicina por ser un Tratado internacional de carácter jurídicamente vinculante y entender que la bioética no tiene ese carácter jurídicamente vinculante, aunque sus normas y principios deban inspirar las distintas legislaciones o normas jurídicas.

de las disposiciones generales ya examinadas el relativo al consentimiento[178], la vida privada y el derecho a la información, genoma humano, investigación científica y extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplante[179].

En relación con el consentimiento, debe destacarse que la regla general es que solo se pueden realizar intervenciones en el ámbito de la sanidad después de que la persona afectada haya dado su consentimiento libre e informado[180], salvo en situaciones de urgencia[181], y que, en cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento. Además, habrán de ser tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Atiende igualmente la protección de las personas que no tienen capacidad para expresar su consentimiento por lo que solo se puede intervenir si redunda en su beneficio directo[182] así como de las personas que sufren trastornos mentales graves, que solo podrán ser sometidas, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso[183].

En realidad, el Convenio se concibió como una convención marco, que contiene una normativa de mínimos, pudiendo los Estados ampliar la protección que prevé la adopción de Protocolos adicionales que incorporen normas complementarias y más

[178] Capítulo I Disposiciones Generales, arts. 1 a 4. Capítulo II. Consentimiento, arts. 5 a 9.
[179] Capítulo III. Vida privada y derecho a la información art. 10. Capítulo IV. Genoma humano, arts. 11-14. Capítulo V. Investigación científica, arts. 15-18. Capítulo VI. Extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplantes, arts. 19-22.
[180] Lo que implica que la persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.
[181] Artículo 8: "*Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectad*a".
[182] En el caso de los menores ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez. Cuando la persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.
[183] Artículo 7 Convenio Oviedo 1997.

detalladas. Hasta la fecha se han adoptado cuatro[184].

Finamente, cabe destacar, por un lado, que, en relación con la interpretación del Convención, que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos podrá emitir dictámenes consultivos, con independencia de todo litigio concreto que se desarrolle ante un órgano jurisdiccional, sobre cuestiones jurídicas relativas a la interpretación del Convenio[185] así los informes nacionales sobre la aplicación del Convenio a instancias del Secretario General del Consejo de europea. Y, por otro, la obligación de debate público establecida para los Estados Partes que deben encargarse de que:

> "*las cuestiones fundamentales planteadas por los avances de la biología y la medicina sean objeto de un debate público apropiado, a la luz, en particular, de las implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas pertinentes, y de que sus posibles aplicaciones sean objeto de consultas apropiadas"*[186].

1.4.1.4 La protección de la salud y los derechos humanos para todos

La protección de la salud y los procesos de consulta pública son valores importantes para el Consejo de Europa y sus Estados miembros. Junto a la labor de supervisión y aplicación de la Carta Social Europea, el Consejo de Europa presta asistencia a los Estados miembros en la aplicación de "*la salud y los derechos humanos para todos*" teniendo en cuenta a las minorías y a los grupos vulnerables a través del Comité de Expertos sobre la buena gestión en el cuidado de la salud.

El Comité de ministros creó en 1953 el Comité Europeo de la Salud (CES) para fomentar una cooperación europea más estrecha en la promoción de la salud con el

[184] Artículo 31, relativo a los protocolos "*con el fin de desarrollar, en los ámbitos específicos, los principios contenidos en el presente Convenio*". Los Protocolos adicionales adoptados hasta la fecha son cuatro: el Protocolo adicional relativo a la prohibición de clonar seres humanos (CETS 168), abierto a la firma en París el 7 de enero de 1998 y que entró en vigor 1 de marzo de 2001; el Protocolo adicional sobre el trasplante de órganos y tejidos de origen humano (CETS 186), abierto a la firma en Estrasburgo el 24 de enero de 2002, entrada en vigor el 1 de mayo de 2006; el Protocolo adicional sobre investigación biomédica (CETS 195), adoptado en Estrasburgo, el 30 de junio de 2004, abierto a la firma el 25 de enero de 2005 y entrado en vigor el 1 de septiembre de 2007; y el Protocolo adicional sobre pruebas genéticas con fines médicos (CETS 203), abierto a la firma en Estrasburgo el 27 de septiembre de 2008 y que entró en vigor el 1 de julio de 2018.

[185] A solicitud, señala el art. 29, del Gobierno de una de las Partes, una vez informadas las demás Partes o por el Comité Director para la bioética, mediante decisión adoptada por mayoría de dos tercios de los votos emitidos.

[186] Artículo 28 del Convenio.

objetivo de crear las condiciones necesarias para salvaguardar y mejorar la salud de los ciudadanos europeos[187].

Tiene encomendado contribuir al fortalecimiento de la cohesión social promoviendo el acceso equitativo a servicios de atención sanitaria, incluida la prevención; promover un mejor funcionamiento de los servicios sanitarios orientados al paciente y, al mismo tiempo, respetuosos con las dimensiones democráticas, éticas y de derechos humanos de la prestación de asistencia sanitaria, teniendo en cuenta un enfoque integral de la salud y los derechos humanos; promover los derechos de los pacientes, la participación ciudadana y la protección de las personas vulnerables; desarrollar la cooperación europea entre los Estados miembros en materia de promoción de los derechos humanos y mejora de la salud de las poblaciones europeas en sus diversos aspectos[188]; revisar, en cooperación con los comités pertinentes del Consejo de Europa, las cuestiones éticas y reglamentarias que se plantean en el ámbito de la política sanitaria[189]; preparar, sobre la base de un análisis de buenas prácticas, recomendaciones y otros instrumentos[190]; garantizar la difusión de las recomendaciones y otros resultados y llevar a cabo evaluaciones de su impacto en los Estados miembros y contribuir a la preparación de las Conferencias de Ministros de Sanidad del Consejo de Europa y garantizar su seguimiento, teniendo en cuenta las decisiones pertinentes del Comité de

[187] Los miembros del CES son nombrados por los gobiernos de todos los Estados miembros y son altos funcionarios de salud pública o especialistas en la materia y eligen a diez miembros para formar parte de la Mesa durante un mandato de dos años mientras que el Presidente es elegido por el Comité Plenario de entre los miembros de la Mesa por un año, renovable una sola vez. El Congreso de Poderes Locales y Regionales de Europa, la Comisión Europea y el Consejo Europeo pueden estar representados en las reuniones sin derecho a voto. Otros Estados y organizaciones a los que el Comité de Ministros haya concedido el estatuto de observador podrán ser invitados a enviar representantes en calidad de observadores sin derecho a voto. Canadá, la Santa Sede, Japón, México, Estados Unidos de América, Bielorrusia, Bosnia y Herzegovina, la República Federativa de Yugoslavia, así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja tienen estatus de observadores.

[188] En particular, a la luz de las respuestas dadas por el Comité de Ministros a las recomendaciones pertinentes adoptadas por la Asamblea Parlamentaria y de los trabajos de las Conferencias Ministeriales, mediante estudios conjuntos sobre problemas comunes, el intercambio de información, conocimientos y experiencia y, en su caso, mediante recomendaciones, y otros instrumentos como herramientas de referencia, guías de aplicación.

[189] En particular, la identificación de políticas, puntos de referencia y ejemplos de buenas prácticas para la atención orientada al paciente, con vistas a mejorar la política y la práctica en los Estados miembros mediante informes, seminarios, conferencias y actividades específicas de difusión y asistencia

[190] Como herramientas de referencia, guías de aplicación que ofrezcan a los Estados miembros asesoramiento innovador y práctico en los ámbitos relativos a la equidad en el acceso a una asistencia de calidad adecuada y a unos servicios que respondan a las necesidades de la población de los Estados miembros.

Ministros, así como cooperar activamente con otros organismos internacionales pertinentes, en particular la OMS, y con la UE[191].

Por tanto, la estrategia del CES está basada en un enfoque integrado de los avances médicos, por una parte; y, por otra, en los valores del ser humano. Sus actividades están encaminadas a la democratización y humanización de los servicios sanitarios. Contribuye así a lo establecido en la Tercera Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno que tuvo lugar en Varsovia, en el año 2005, y en la cual se reconoció la protección de la salud como un derecho humano social y una condición esencial para la cohesión social y la estabilidad económica.

El Comité Europeo de la Salud aprueba recomendaciones basadas en el trabajo realizado por comités de expertos que se elevan al Comité de ministros, órgano decisorio del Consejo de Europa[192]. Los comités de expertos han abordado muchos ámbitos temáticos, como la buena gobernanza, el desarrollo y la promoción de políticas sanitarias, la salud mental, los cuidados paliativos, el papel de los pacientes y los grupos vulnerables[193].

Para finalizar, una breve referencia a la Farmacopea Europea, fruto del Convenio sobre la Elaboración de una Farmacopea Europea, que se abrió a la firma el 22 de julio de 1964, con el fin de disponer de medicamentos seguros, efectivos y de alta calidad, y que hoy se erige como un símbolo del compromiso de Europa para salvaguardar la salud pública y garantizar el acceso a los medicamentos y la asistencia sanitaria de buena calidad. La Farmacopea Europea es el libro de referencia jurídicamente vinculante para el control de calidad de los medicamentos y sus ingredientes tanto para humanos como para animales, en Europa y otros lugares. Actualmente, la Dirección Europea de Calidad del Medicamento y la Asistencia Sanitaria del Consejo de Europa, es la encargada de su

[191] Así como colaborar con los órganos del Consejo de Europa que se ocupan de cuestiones sanitarias, en particular la Asamblea Parlamentaria y la Conferencia de las ONG internacionales del Consejo de Europa, y apoyar sus actividades, de conformidad con el mandato otorgado por el Comité de Ministros y en el marco del Enfoque Estratégico de la Salud pública y las actividades conexas.

[192] Entre las actividades anteriores del CES se encuentran los trabajos sobre trasplante de órganos y transfusión de sangre, que ahora son competencia de la Dirección Europea de Calidad del Medicamento y Asistencia Sanitaria creada en 1996.

[193] Entre las actividades anteriores del CES se encuentran los trabajos sobre trasplante de órganos y transfusión de sangre, que ahora son competencia de la Dirección Europea de Calidad del Medicamento y Asistencia Sanitaria creada en 1996 con el objetivo de mejorar la salud pública en los Estados.

elaboración y publicación[194], y está reconocida como una de las principales organizaciones en materia de protección de la salud pública. Garantiza la disponibilidad y el acceso a los medicamentos, las sustancias de origen humano y los productos sanitarios de consumo de buena calidad y seguros, desde su desarrollo inicial hasta su uso por pacientes y profesionales sanitarios[195].

La misión de la Dirección Europea de la Calidad del Medicamento y la Asistencia Sanitaria del Consejo de Europa es contribuir al derecho humano básico de acceder a medicamentos y a asistencia sanitaria de calidad, y promover y proteger la salud humana y animal.

Sin embargo, pese a la encomiable (y, en muchos casos, pionera) labor realizada por el Consejo de Europa –en aras a una mejor protección de los derechos humanos, en general, y del derecho a la salud y a la atención sanitaria, en particular–, y de todas las actividades relacionadas con la salud pública en los Estados miembros, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos y promover políticas y prácticas de atención médica efectivas y éticas, se aprecia una laguna en relación con la salud mental. En mayo de 2021, un grupo de expertos de Naciones Unidas[196] pidió al Consejo de Europa que retirase el proyecto de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo por mantener un enfoque de políticas y prácticas de salud mental basado en la coacción, considerado incompatible con los principios y estándares contemporáneos de derechos humanos. "*Cuando hay esfuerzos en todo el mundo para reformar la política de salud mental, nos sorprende que el Consejo de Europa, una importante organización regional de derechos humanos esté planeando adoptar un tratado que revertiría los desarrollos positivos en Europa, y que provocaría un efecto disuasivo en otras partes del mundo*," dijeron los

[194] 39 Estados miembros del Consejo de Europa y la Unión Europea, junto con 32 observadores de todo el mundo, contribuyen a la labor de la Comisión Europea de Farmacopea, el órgano rector de la Farmacopea Europea.
[195] Consejo de Europa. Disponible en: https://www.coe.int/es/web/portal/-/22-july-1964-convention-on-the-elaboration-of-a-european-pharmacopoeia-opened-for-signature (Consultado el 24 de agosto 2023).
[196] El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, la enviada Especial del Secretario General sobre Discapacidad y Accesibilidad, la Relatora Especial sobre el derecho a la salud física y mental y la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad.

expertos[197]. La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa y el Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa también se pronunciaron en contra del proyecto de Protocolo. En junio de 2022, el Comité de Ministros del Consejo de Europa suspendió la adopción del Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo hasta finales del año 2024[198].

1.4.2 La protección de los derechos humanos en la Unión Europea

Si bien los Tratados constitutivos no mencionaban los derechos fundamentales, su protección siempre ha estado presente en el Ordenamiento jurídico de la Unión gracias a la labor realizada por el Tribunal de Justicia, con sede en Luxemburgo.

En efecto, desde su función de garante del respeto y aplicación del Derecho de la Unión, el hoy Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) reconoció la protección de los derechos fundamentales en el Ordenamiento comunitario a través de los principios generales del Derecho, asumiendo el mismo la supervisión de esa protección. Es el conocido como sistema pretoriano[199] de protección de los derechos fundamentales en la UE.

Asimismo, el Tribunal identificó, partiendo, por un lado, del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 1950, elaborado por el Consejo de Europa; y, por otro, de las tradiciones constitucionales de los Estados miembros, cuáles eran los derechos fundamentales a proteger en el ámbito comunitario.

Se plantearon dos caminos para mejorar la protección de los derechos humanos en la UE. Por un lado, la opción de la adhesión de las todavía Comunidades Europeas[200] al Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950. Por otro lado, dotar a la UE con un

---

[197] Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/2021/05/un-rights-experts-call-council-europe-stop-legislation-coercive-mental-health-measures (Consultado el 2 de agosto 2023).

[198] Publicado en prensa. Disponible en: https://consaludmental.org/sala-prensa/celebran-paralizacion-protocolo-europeo-internar/ (Consultado el 20 agosto 2023).

[199] Con origen en el Derecho Romano, en la época de la República, se entiende por derecho pretorio o pretoriano el creado mediante la aplicación de criterios de equidad formulados por jueces completando o supliendo lo dispuesto en las leyes.

[200] La personalidad jurídica de la UE fue reconocida formalmente primera vez hasta la adopción del Tratado de Lisboa y recogida en el artículo 47 del TUE. Disponible en: https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00013-00046.pdf (Consultado el 12 de julio de 2021).

catálogo propio de derechos fundamentales. La primera de estas opciones se vio descartada por cuestiones técnicos jurídicas ya que el Tribunal de Justicia declaró que, "*en el estado actual del Derecho comunitario, la Comunidad no tiene competencia para adherirse al Convenio*".

En la segunda vía, se dio un paso esencial en el año 2000 con la proclamación de la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE por parte del Parlamento Europeo, la Comisión y el Consejo, en la que quedaron recogidos los derechos y libertades fundamentales reconocidos por la UE. La redacción del borrador de la Carta finalizó el 26 de septiembre del año 2000. El 2 de octubre, la Convención aprobó formalmente el texto y se lo transmitió al presidente del Consejo Europeo. El 7 de diciembre del año 2000, fue proclamada por el Consejo Europeo de Niza. No obstante, su proclamación solemne no confirió a la Carta un carácter jurídicamente vinculante[201]. Aunque la Carta de Derechos Fundamentales de la UE (CDFUE)[202] se erigió como la piedra angular de la dimensión interna del sistema de protección de derechos humanos en UE, de la protección de todas las personas que se encuentran en territorio de la Unión.

La CDFUE garantiza, en primer lugar, los derechos de los ciudadanos de la UE, pero también de los no ciudadanos que legalmente se encuentren bajo su jurisdicción. Además, establece los derechos fundamentales que son vinculantes para las instituciones y organismos de la UE y también para los gobiernos nacionales cuando estén aplicando la legislación de la UE. Recoge en la legislación de la UE un conjunto de derechos personales, civiles, políticos, económicos y sociales de los ciudadanos y residentes de la UE. La Carta no sustituye en absoluto a los sistemas nacionales de protección de derechos fundamentales, sino que se limita a complementarlos.

Tras el fracaso del Tratado por el que se establece una Constitución para Europa de 2004, hubo que esperar al Tratado de Lisboa de 2007, y a su entrada en vigor el 1 de

[201] Algunos Estados miembros se opusieron a su incorporación a los Tratados constitutivos. Otros, por el contrario, al igual que el Parlamento Europeo, deseaban dotar a la Carta de un valor jurídico vinculante. Esto no impidió que las instituciones de la Unión Europea la erigieran rápidamente en el símbolo de respeto de los derechos fundamentales. QUESADA ALCALÁ, C., "Los derechos fundamentales en la Constitución española y en la Constitución Europea: algunas reflexiones desde el Derecho Internacional", *Estudios de Derecho español y europeo: libro conmemorativo de los primeros 25 años de la Faculta dde Derecho de la Universidad de Cantabria*, Margarita Serna Vallejo (aut.), Consuelo Arranz de Andrés (aut.), 2009, pp. 757-776.

[202] Disponible en: https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403- (Consultado el 11 de diciembre de 2023).

diciembre de 2009, para que la Carta alcanzara un reconocimiento jurídico vinculante, ocupando un lugar al mismo nivel que los tratados constitutivos. Pasó de ser un instrumento político para tener carácter jurídico vinculante pero carente de mecanismos propios de supervisión de su cumplimiento.

No se crean nuevos derechos, pero sí se les da una mayor visibilidad y claridad y los dota en el ámbito de la UE de una mayor seguridad jurídica. Comprende todo tipo de derechos, civiles, políticos, sociales incluyendo aquellos que ha sido necesario especificar más recientemente, debido a los avances científicos y el desarrollo de las nuevas tecnologías[203].

Por tanto, el respeto de los derechos humanos es una de las obligaciones fundamentales de la UE en el ejercicio de sus competencias, cuando aplica las políticas y los programas que obligan a todas las instituciones de la UE como a cada uno de sus Estados miembros. Si los derechos fundamentales de una persona no se respetan, serán los tribunales nacionales competentes los que se pronuncien al respecto[204]. En casos específicos, cuando un Estado miembro no respeta la legislación de la UE e infringe los derechos de una persona, la Comisión Europea también puede llevar al Estado miembro ante el Tribunal de Justicia de la Unión Europea.

Por lo que respecta a España, hay que recordar que, con anterioridad a la entrada en vigor del Tratado de Lisboa el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/2008, de 30 de julio, estableció que, a tenor de lo dispuesto en el artículo 10.2 de la Constitución española y en el artículo 1.8 del Tratado de Lisboa, las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán también de conformidad con lo dispuesto en la CDFUE, publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea, de 14

[203] La *Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea. Comentario artículo por artículo*, enero 2009, Fundación BBVA. La Carta reafirma, dentro del respeto de las competencias y funciones de la Unión, así como del principio de subsidiariedad, los derechos que emanan, en particular, de las tradiciones constitucionales y las obligaciones internacionales comunes a los países de la UE, del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, las Cartas Sociales adoptadas por la UE y por el Consejo de Europa, así como de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Disponible en: https://www.fbbva.es/publicaciones/carta-de-los-derechos-fundamentales-de-la-union-europea-comentario-articulo-por-articulo/ (Consulta el 7 de julio 2021).

[204] Aunque, dado que los Estados miembros de la UE son Partes del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales los particulares también pueden dirigirse al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, con sede en Estrasburgo, que resuelve sobre las violaciones de los derechos civiles y políticos establecidos en la Convención Europea.

de diciembre de 2007.

La Carta consta de un Preámbulo y 54 artículos articulados en torno a siete Títulos, que comprenden todo tipo de derechos, ya sean individuales, políticos y sociales, los derechos derivados de los avances de la biomedicina y del desarrollo de las nuevas tecnologías. Los derechos, tras un Preámbulo donde se describen los principios inspiradores de la Carta, se sistematizan alrededor de siete Títulos, seis con los derechos proclamados y el último con las cláusulas generales o transversales.

Los derechos se enumeran en seis Títulos: Dignidad, Libertad, Igualdad, Solidaridad, Ciudadanía y Justicia.

Los tres primeros, relacionados con los derechos civiles y políticos, plantearon pocos problemas en su formulación. Se trata de los Títulos I, II y III, relativos a la dignidad humana, las libertades y la igualdad respectivamente[205].

El Título IV lleva por título Solidaridad en lugar de derechos sociales se examina en el siguiente apartado. Por su parte el Título V sobre ciudadanía enumera los derechos de los ciudadanos europeos, mientras que el Título VI relativo a la Justicia recoge el derecho a la tutela judicial efectiva y a un juez imparcial, la presunción de inocencia y derechos de la defensa Principios de legalidad y de proporcionalidad de los delitos y las penas y el derecho a no ser acusado o condenado penalmente dos veces por el mismo delito.

1.4.2.1 La solidaridad en la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea: La protección de la salud

El Título IV de la Carta está dedicado a la solidaridad, denominación que recibió

[205] La dignidad humana se declara inviolable, toda persona tiene derecho a la vida, no puede sufrir la pena de muerte y tiene derecho a su integridad física y psíquica, de ahí la prohibición de las prácticas eugenésicas y la clonación de seres humanos, la tortura, la esclavitud y el trabajo forzoso.
El Título II, relativo a las libertades, es el más extenso recogiendo una larga lista desde el derecho a la libertad y seguridad, respeto a la vida privada y familiar, protección de datos personales, derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, libertad de pensamiento, conciencia y religión, libertad de expresión e información, libertad de reunión y asociación, libertad de las artes y las ciencias, derecho a la educación, libertad para trabajar y trabajar, libertad para realizar negocios, derecho a la propiedad, derecho al asilo, protección en caso de expulsión, expulsión y extradición.
El Título III, sobre igualdad, enumera la igualdad ante la ley, la no discriminación, el respeto de la diversidad cultural, religiosa y lingüística, la igualdad entre hombres y mujeres, los derechos del niño, de las personas mayores y la integración de personas con discapacidad.

finalmente en lugar de la más tradicional de derechos sociales, recogiendo en sus doce artículos, del artículo 27 al 38, derechos tales como el derecho a la información y a la consulta de los trabajadores en la empresa, el derecho de negociación y de acción colectiva, incluida la huelga, el derecho de acceso a los servicios de colocación, la protección en caso de despido, el derecho a unas condiciones de trabajo justas y equitativas, el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios de interés económico general, la protección del medio ambiente y de los consumidores. Por tanto, su contenido esencial, es el relativo a los trabajadores y sus condiciones, incluida la ayuda y la cohesión social, los denominados clásicamente derechos sociales.

Una atención particular se presta a los niños y a los jóvenes en el artículo 32, con la prohibición del trabajo infantil y la protección de los jóvenes en el trabajo, basado en la Directiva 94/33/CE relativa a la protección de los jóvenes en el trabajo, así como en el artículo 7 de la Carta Social Europea y en los puntos 20 a 23 de la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores[206].

Por su parte, el artículo 33, tras garantizar, basado en el artículo 16 de la Carta Social Europea, la protección de la familia en los planos jurídico, económico y social atiende a la conciliación familiar señalando que:

> "*con el fin de poder conciliar vida familiar y vida profesional, toda persona tiene derecho a ser protegida contra cualquier despido por una causa relacionada con la maternidad*[207]*, así como el derecho a un permiso pagado por maternidad y a un permiso parental con motivo del nacimiento o de la adopción de un niño*".

Se basa, asimismo, en el artículo 8 de la Carta Social Europea, relativo a la protección de la maternidad, y se inspira en el artículo 27 de la Carta Social revisada en lo relativo al derecho de los trabajadores con responsabilidades familiares, a la igualdad de oportunidades y de trato, y en la Directiva 92/85/CEE del Consejo relativa a la

[206] La edad mínima de admisión al trabajo no podrá ser inferior a la edad en que concluye el período de escolaridad obligatoria, sin perjuicio de disposiciones más favorables para los jóvenes y salvo excepciones limitadas. En cuanto a los jóvenes se admitidos a trabajar se señala que deberán disponer de condiciones de trabajo adaptadas a su edad y estar protegidos contra la explotación económica o contra cualquier trabajo que pueda ser perjudicial para su seguridad, su salud, su desarrollo físico, psíquico, moral o social, o que pueda poner en peligro su educación.

[207] El término "maternidad" abarca el período desde la concepción a la lactancia.

aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, y en la Directiva 96/34/CE relativa al Acuerdo marco sobre el permiso parental. Y señala que con el término "maternidad" se entiende el periodo que abarca desde la concepción a la lactancia[208]. Por su parte, el artículo 34 relativo a la seguridad social y ayuda social recoge expresamente la maternidad, junto a la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez.

Y, si bien el sistema de seguridad social constituye un instrumento esencial para facilitar la protección de la salud de todos las personas, la protección de la salud está contemplada en el artículo 35, estableciendo por tanto una distinción entre el derecho a la protección de la salud y el derecho a prestaciones médico-sanitarias, englobadas en el derecho a la seguridad social[209].

La protección de la salud está contemplada en el artículo 35 que señala que:

"*Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana*".

En lógica concordancia con las normas internacionales en la materia ya examinadas, y en estrecha relación con otras disposiciones de la Carta, se trata de un artículo que recoge principios basados tanto en el artículo 168 TFUE, así como en los artículos 11 y 13 de la Carta Social Europea[210].

No obstante, cabe distinguir dos componentes diferentes. En primer lugar, el derecho de toda persona a acceder a la prevención y atención sanitaria, en las condiciones establecidas en cada uno de los Estados. En segundo, recoge el deber transversal de la UE de garantizar un elevado nivel de protección de la salud humana en la definición y ejecución de todas sus políticas.

---

[208] European Union Agency for Fundamental Rights. Disponible en: https://fra.europa.eu/es/eu-charter/article/33-vida-familiar-y-vida-profesional (Consultado el 11 de julio 2023).
[209] LÓPEZ ESCUDERO, M., "Comentario al artículo 35". En Araceli Mangas Martí, *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Comentario artículo por artículo*, Fundación BBVA, pp. 594-605.
[210] European Union Agency for Fundamental Rights. Disponible en: https://fra.europa.eu/es/eu-charter/article/35-proteccion-de-la-salud#explanations (Consultado el 21 agosto de 2023).

Respecto al derecho a la prevención y atención sanitaria, dado que UE carece de competencias en materia sanitaria, corresponde a los Estados concretar el contenido de ese derecho, así como los requisitos para acceder al mismo. Sin embargo, el artículo 35 reconoce este derecho a toda persona por lo que queda configurado como un derecho subjetivo de titularidad universal, sin distinciones de ningún tipo[211], y así debe ser respetado por los Estados. Además, trata conjuntamente la prevención y la atención sanitaria, poniendo de relieve la importancia de la medicina preventiva en cualquier política sanitaria por contribuir a un mejor estado de salud y a un ahorro de costes.

Pero, aunque la UE carece de competencias específicas en esta materia, el Derecho de la UE sí incide en el ejercicio y disfrute de este derecho sobre todo en el supuesto de la libre circulación de personas[212]. Así, para facilitar el acceso a asistencia sanitaria pública en cualquiera de los 27 países de la UE, Islandia, Liechtenstein, Noruega, Suiza o el Reino Unido, en las mismas condiciones y al mismo coste que las personas aseguradas en el país de que se trate, siempre y cuando dicha asistencia resulte necesaria desde el punto de vista médicos se estableció la tarjeta sanitaria europea[213].

Por lo que respecta al segundo componente, garantizar un elevado nivel de protección de la salud humana en la definición y ejecución de todas las políticas de la UE coincide en esencia con el apartado 1 del artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) y se examina a continuación.

---

[211] Ciudadanos, extranjeros, migrantes regulares e irregulares, etc.

[212] Como es el caso del Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (Texto pertinente a efectos del EEE y de Suiza) y el Reglamento (CE) n° 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004 Texto pertinente a efectos del EEE y para Suiza con su última modificación hasta la fecha, el Reglamento (UE) n° 1372/2013 de la Comisión, de 19 de diciembre de 2013 , por el que se modifican el Reglamento (CE) n ° 883/2004 del Parlamento Europeo y del consejo, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

[213] Con vistas a la introducción de la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE), el Reglamento (CE) 631/2004 armonizó los derechos a la asistencia sanitaria durante una estancia temporal para todas las diferentes categorías de asegurados (trabajadores por cuenta ajena, autónomos, estudiantes, desempleados, pensionistas, etc.). El concepto de asistencia sanitaria "*inmediata*" por el concepto de asistencia sanitaria "*necesaria*" en la letra a) del apartado 1 del artículo 22 del Reglamento 1408/71. Se definen también grupos específicos de prestaciones que deben considerarse como "*asistencia necesaria*"; en particular, prestaciones relacionadas con el embarazo y el parto; las prestaciones relacionadas con enfermedades preexistentes y crónicas y la asistencia necesaria para la que se requiere un acuerdo previo con la unidad médica especializada. Disponible en: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=es (Consultado el 3 de septiembre de 2023).

1.4.2.2 La protección de la salud humana en las políticas de la UE: La política sanitaria

En ningún caso la UE define las políticas sanitarias, ni la organización o el suministro de servicios sanitarios y de atención médica, aunque su acción completa las políticas nacionales y permite la cooperación entre países miembros en el campo de la sanidad pública en cumplimiento de lo establecido en los Tratados constitutivos.

En efecto, el artículo 168.1 afirma: "*Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana*".

Por ello, y porque gozar de buena salud es una de las preocupaciones de los ciudadanos europeos, la UE trabaja para lograr un mayor nivel de protección de la salud a través de sus políticas y actividades. La acción de la UE en materia de sanidad consiste en mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades y los peligros para la salud, incluidos los que están vinculados a los estilos de vida de los europeos, así como fomentar la investigación[214]. Cabe subrayar que esa acción complementaria de las políticas nacionales "*se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica*"[215].

Para ello, fomentará la cooperación entre los Estados y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción mientras que los Estados en colaboración con la Comisión, han de coordinar entre sí sus políticas y programas respectivos en los ámbitos del artículo 168.1. Se ha de favorecer igualmente la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

Además, para contribuir a los objetivos del artículo y frente a los problemas comunes de seguridad, el Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento

---

[214]Disponible en: https://eurlex.europa.eu/summary/chapter/public_health.html?locale=es&root_default=SUM_1_CODED%3D29 (consultado el 3 de septiembre de 2023); LLORCA CASTRO, F., "Políticas de Salud en la Unión Europea: ¿Hacia un Sistema Europeo de Salud Pública?", *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2006, vol. 4, no 4, pp. 727-743.; DE LA MATA BARRANCO, I., "Ciudadanía sanitaria europea. La salud y la Unión Europea", *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI,* 2009, vol. 7, nº 4, pp. 541-548.

[215] Artículo 168.1 TFUE que continúa indicando que "*Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias, y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas. La Unión complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención*".

legislativo ordinario y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, pueden adoptar medidas que establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y derivados de la sangre; medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tengan como objetivo directo la protección de la salud pública; medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios así adoptar también medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana y, en particular, a luchar contra las pandemias transfronterizas; medidas relativas a la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, a la alerta en caso de tales amenazas y a la lucha contra las mismas; así como medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros[216].

En todo caso, la acción de la UE en el ámbito de la salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros, por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Las responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios. Por lo tanto, son los Estados los principales responsables de la protección de la salud y de los sistemas sanitarios, aunque sin duda la pandemia de COVID-19 impulsó el protagonismo de la política de salud pública de la UE[217].

---

[216] Apartados 4 y 5 artículo 168 TFUE.

[217] El Tratado de Maastricht de 1992, por el que se creó la Unión Europea, introdujo la salud pública en el Tratado constitutivo. Aunque su ámbito de aplicación era más bien limitado, creó una base jurídica clara para la adopción de medidas de salud pública. La política de salud pública de la Unión tiene su origen en las disposiciones sobre salud y seguridad y, con posterioridad, se desarrolla como resultado de la libre circulación de personas y mercancías en el mercado interior, que exige coordinación en el ámbito de la salud pública. Varios factores, incluida la crisis de la encefalopatía espongiforme bovina («enfermedad de las vacas locas») a finales del siglo XX, colocaron la salud y la protección de los consumidores en un lugar destacado de la agenda política. La creación de agencias especializadas como la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), en 1993, y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), en 2004, mostraron el compromiso cada vez mayor de la Unión con la política sanitaria. La salud pública se ha beneficiado también de acciones en ámbitos políticos tales como el medio ambiente y la alimentación, entre muchos otros. La creación de la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA) en 2006 en virtud del marco REACH para la evaluación y el registro de sustancias químicas y la creación de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) en 2002, constituyeron otros buenos indicadores de los amplios esfuerzos orientados a mejorar la salud de los ciudadanos de la Unión. La

Sus objetivos son proteger y mejorar la salud de los ciudadanos de la Unión; promover la modernización y la digitalización de los sistemas e infraestructuras sanitarios; mejorar la resiliencia de los sistemas sanitarios europeos y equipar a los países de la Unión para mejorar la prevención y la gestión de futuras pandemias.

En 1993, la Comisión publicó una Comunicación sobre el marco de actuación en el ámbito de la salud pública, que establecía ocho ámbitos de acción, como la promoción de la salud, el cáncer, las drogas y las enfermedades raras, precursor de los posteriores programas plurianuales de salud hasta el actual programa "*UEproSalud (2021-2027)*"[218].

La necesidad de coordinar mejor la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades implica abordar las causas subyacentes de la mala salud vinculada al estilo de vida y a los factores económicos y medioambientales, lo que introduce la salud en el resto de las políticas[219]. Es el enfoque de "*La Salud en Todas las Políticas*", por el carácter intersectorial de las cuestiones de salud pública, que pretende integrar los aspectos sanitarios en todas las políticas pertinentes.

Junto a este enfoque, las principales cuestiones objeto de atención son la prevención de enfermedades y fomento de la salud, con el cáncer, las enfermedades transmisibles y las amenazas transfronterizas, las medidas de lucha contra la COVID-19. En 2013, se lanzó una acción común de duración limitada, 2013-2018, sobre Salud y Bienestar Mentales de la UE, que creó un marco europeo para la acción en materia de salud y bienestar mentales. El pasado 7 de junio de 2023, la Comisión adoptó la Comunicación sobre un enfoque global de la salud mental, que ayudará a los Estados miembros y a las partes interesadas a actuar rápidamente para hacer frente a los retos en materia de salud mental, que se entiende como un punto de partida para un nuevo enfoque.

---

pandemia de COVID-19 puso de relieve la necesidad de que la UE dispusiera de una capacidad de respuesta rápida que le permitiera reaccionar ante las amenazas sanitarias importantes de manera coordinada, especialmente en una época en que, dada la rapidez de los transportes mundiales, las enfermedades resultan fácilmente transmisibles. En esta línea, la Comisión creó un nuevo organismo específico, la Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA), en septiembre de 2021.

[218] Reglamento (UE) 2021/522 por el que se establece un programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud («programa UEproSalud») para el período 2021-2027.

[219] Por poner un ejemplo, mitigar las consecuencias del cambio climático también supone tratar los problemas de salud que provoca o agrava, como el número creciente de muertes causadas por olas de calor y catástrofes naturales, y los patrones de infección cambiantes para las enfermedades de origen hídrico y las transmitidas por insectos, caracoles u otros animales de sangre fría.

Los cambios sociales y la transición demográfica, con el envejecimiento de la población y la llegada de migrantes, junto a la regulación de los medicamentos y ensayos clínicos, con el acceso a medicamentos asequibles y la lucha contra la escasez de medicinas, así como la salud en línea o *eHealth*, la prestación de servicios sanitarios transfronterizos y la evaluación de las tecnologías sanitarias son los principales ejes de actuación de la acción de la UE en materia de salud pública[220].

1.5 El derecho a la protección de la salud en España

El título I de la Constitución Española de 1978 es el dedicado a los derechos y deberes fundamentales. Su capítulo tercero recoge el artículo 43, en el que se reconoce el derecho a la protección de la salud, y que se denomina "*De los principios rectores de la política social y económica*".

Por ello, de acuerdo con el artículo 53.3 de la Constitución el reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el mencionado capítulo informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, pero dichos principios sólo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen[221].

El artículo 43 consta de tres apartados y afirma:

"*1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley

[220] KURRER, C., LIPCANEANU, N., "La salud pública". *Ficha temática sobre la UE. Parlamento Europeo*. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/factsheets/es/sheet/49/la-salud-publica (Consultado el 5 de septiembre de 2023); MARCOS MARTÍN, M.T., QUESADA ALCALÁ, C., "Influencia de la Unión Europea en la protección de la salud en España", en *La protección de la salud en tiempos de crisis: nuevos retos del bioderecho en una sociedad plural*, Ana Fernández-Coronado González, Salvador Pérez Álvarez (dir.), 2014, pp. 31-59.

[221] Son igualmente medidas constitucionales de protección de este derecho el Defensor del Pueblo y la prohibición de la adopción de Decretos-Leyes que afecten al derecho a la protección de la salud al igual que a cualquier otro derecho, deber o libertad recogida en el Título I de la Constitución.
Disponible en: https://www.derechoshumanos.net/constitucion/articulo43CE.htm (Consultado el 2 de septiembre de 2023).

establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio."

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio en España de este derecho se regularon por la Ley 14/1986, General de Sanidad y se concretan en: financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso; derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos; descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas; prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados e integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud[222].

1.5.1 El Sistema Nacional de Salud

Así, en España, la gestión de la salud está descentralizada y dividida en sistemas autonómicos de salud, conocidos como Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Cada una de las 17 Comunidades Autónomas y las dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla) tiene su propio sistema de salud, lo que significa que la atención médica y la gestión de los servicios de salud son responsabilidad de las autoridades regionales.

Por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas (CC.AA.) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. Los principios relacionados con la coordinación sanitaria a nivel estatal están recogidos en la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, que además concreta los instrumentos de colaboración y crea como órgano de coordinación el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Posteriormente, la Ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud contempla el Consejo Interterritorial con este mismo carácter de

[222] Ministerio de sanidad, *La protección de la salud en España*; 2008. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf (Consultado el 7 septiembre de 2023).

órgano de coordinación, y profundiza en materia de coordinación y cooperación dentro del Sistema Nacional de Salud.

Las competencias del Estado en materia de sanidad se articulan en tres ámbitos. En primer lugar, las bases y coordinación general de la sanidad; en segundo, la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales y, finalmente, la legislación sobre productos farmacéuticos.

La competencia del Estado relativa a las bases y la coordinación general se concreta en la aprobación de normas que fijen las condiciones y requisitos mínimos, persiguiendo una igualación básica de condiciones en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Incluye la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias.

La segunda competencia implica la vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Además, comporta la cooperación internacional, con otros Estados y con organizaciones internacionales, en cuestiones como el Control epidemiológico, la lucha contra las enfermedades transmisibles, la conservación de un medio ambiente saludable, la elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales, la investigación biomédica y en otros campos relacionados con el campo de la salud.

Finalmente, en relación con los productos farmacéuticos, corresponden al Estado la legislación sobre productos farmacéuticos, la evaluación, autorización y registro de medicamentos de uso humano, de uso veterinario y productos sanitarios, decidir la financiación pública y fijación del precio de los medicamentos y productos sanitarios, garantizar el depósito de sustancias estupefacientes de acuerdo con lo dispuesto en los Tratados Internacionales, importación de medicación extranjera y urgente no autorizada en España, mantener un depósito estatal estratégico de medicamentos y productos sanitarios para emergencias y catástrofes y adquisición y distribución de medicamentos y

productos sanitarios para programas de cooperación internacional[223].

Además, en coordinación con las Comunidades Autónomas y sin menoscabo de sus competencias, la Administración del Estado desarrolla igualmente actuaciones en materia de control sanitario del medio ambiente y de alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos, reglamentación, autorización y registro u homologación de los medicamentos de uso humano y veterinario y, sobre los primeros, ejerce las competencias de inspección y control de calidad, determinación, con carácter general, de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios, fomento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud, formación sanitaria postgrado en centros y unidades docentes acreditados al efecto y establecimiento del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

Por lo que respecta a las Comunidades Autónomas, todas han asumido paulatinamente competencias en esta materia en un proceso de transferencia que se inició en 1981 y culminó en 2002, manteniendo la Administración General del Estado (AGE) la gestión de la sanidad en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Por tanto, las Comunidades Autónomas ejercen sus competencias en la planificación sanitaria, la salud pública y la asistencia sanitaria para lo que han asumido las funciones y servicios, los bienes, derechos y obligaciones relativos a dichas competencias, el personal y los créditos presupuestarios adscritos. Cada una de ellas cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

Para que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta el Estado autonómico, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el

[223] Los principios y criterios sustantivos para fomentar el Uso Racional del Medicamento se encuentran en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación ciudadana. Equidad para garantizar el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos. Calidad para conjugar la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas y orientar los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen. Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, que permita además el intercambio de conocimientos y experiencias[224].

Por otro lado, para una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población se aprobó la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

En su Exposición de Motivos, define la salud como una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa, que proporciona junto con la educación las mejores oportunidades para que una sociedad tenga bienestar. Y considera que salud y educación se relacionan íntimamente y facilitan el deseable bienestar social y el necesario desarrollo económico sostenible. Existe suficiente conocimiento científico para poder asegurar que un alto nivel de salud mejora la productividad en todos los ámbitos analizados, de ahí que la inversión en salud, incluyendo la inversión en las estructuras que aseguran la salud de la población, sea una de las políticas públicas más rentables y, si además respeta la equidad efectiva, esencialmente justa.

Proteger y promover la salud de las personas, tanto a nivel individual como colectiva, debe hacerse desde el riguroso conocimiento científico y con la anticipación necesaria y para ello, señala la Ley, se requiere un sistema de salud pública que aúne y coordine en tres ámbitos de acción: el propio de los dispositivos de salud pública; las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios, y las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud.

[224] Ministerio de sanidad, *La protección de la salud en España*; 2008. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf (Consultado el 7 septiembre de 2023).

La ley, que establece las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas en materia de salud pública, se estructura en un título preliminar, seis títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y cinco disposiciones finales.

El Título preliminar establece en su capítulo I el objeto y ámbito de la ley. En el capítulo II, con el artículo 3 como única disposición, se recogen los principios generales de acción en salud pública. Se trata de los principios de equidad, de salud en todas las políticas, de pertinencia, de precaución, de evaluación, de transparencia, de integralidad y de seguridad.

El Título I consta de tres capítulos y se ocupa de los derechos y deberes de los ciudadanos y de las obligaciones de las Administraciones en salud pública. La ley reconoce el derecho de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, a la información en materia de salud pública, con las limitaciones previstas en la normativa vigente.

El Título II describe las actuaciones de salud pública y consta de nueve capítulos. Los capítulos I y II están dedicados a la regulación de la vigilancia y promoción de la salud, mientras que el capítulo III establece las líneas generales que deben seguir las políticas en materia de prevención de problemas de salud y sus determinantes, que tienen por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población, y atenuar sus consecuencias negativas mediante políticas de carácter sanitario, ambiental, económico, laboral, alimentario o de promoción de la actividad física, entre otras. La coordinación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud está desarrollada en el capítulo IV, estando dedicado el V a la importancia de una gestión sanitaria adaptada a la salud pública, en línea con el informe de la OMS de 2000[225]. El capítulo VI aborda las actuaciones de la salud pública en materia de protección de la salud, que van dirigidas a la prevención de los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener

[225] OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. 53ª Asamblea Mundial de la Salud; 2000.

sobre la salud y el bienestar de las personas[226]. El capítulo VII determina la aplicación en España de la evaluación de impacto en salud, es decir, la combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante la cual un programa o norma pueden ser evaluados en relación con sus efectos y la distribución de los mismos sobre la salud de la población. El capítulo VIII está dedicado a la sanidad exterior y la salud internacional, competencia de la Administración central como se indicó anteriormente, y el IX regula un Sistema de información en salud pública, que posibilita el intercambio de la información necesaria para el mejor desarrollo de las actuaciones en materia de salud pública, con respeto a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. La mención hecha por la Ley 33/2011 a la Ley Orgánica 15/1999, debe entenderse hecha hoy en día a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

El Título III regula la planificación y coordinación de la salud pública, con el objetivo de contribuir a mantener y mejorar la salud de la población a través de una organización que permita coordinar los recursos existentes de una manera eficiente. Se dispone la articulación de la salud pública en España a través de la Estrategia de Salud Pública, que define las actuaciones dirigidas a los principales factores determinantes de la salud e identifica sinergias con políticas de otros departamentos y Administraciones.

Se crea, asimismo, el Consejo Asesor de Salud Pública como órgano colegiado de consulta y participación, adscrito al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en el que están representados los departamentos de la Administración General del Estado, cuyas políticas inciden en la salud y aquéllas otras Administraciones, organismos y organizaciones que aseguren una adecuada gobernanza del sistema.

El Título IV se ocupa del personal profesional y de investigación en salud pública, y se divide en dos capítulos. El primer capítulo habla de la formación y desarrollo profesional, y el segundo de la investigación. Se reconoce el carácter multidisciplinar de la salud pública. Ello supone que los profesionales de salud pública no son necesariamente profesionales sanitarios, tal como se establece en la Ley 44/2003, de 21

[226] En coherencia con lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, la promoción y protección de la salud laboral, así como la prevención de los factores de riesgo en este ámbito, deben ser contempladas en la Cartera de servicios de la salud pública.

de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias; no obstante, su desempeño profesional específico y principal, debe consistir en el desarrollo de las actuaciones descritas en el Título II y circunscritas a la salud pública. El Título V regula la autoridad sanitaria estatal y sus agentes, completándose con el VI, que recoge las infracciones y sanciones, seguido de las disposiciones adicionales, derogatoria y finales.

1.5.1 Los derechos y deberes de los pacientes

Como se ha señalado en el epígrafe anterior, el capítulo I del Título I está dedicado a los derechos de los ciudadanos en materia de salud pública, mientras que en el capítulo II se establecen los deberes de los ciudadanos y en el capítulo III las obligaciones de las Administraciones públicas.

En relación con los derechos de los ciudadanos en materia de salud pública, se recogen cuatro derechos: a la información, de participación, a la igualdad y a la intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad, al tiempo que, como deberes, se recogen el de colaboración y el de comunicación.

El ejercicio del derecho de las personas a la protección de la salud y recibir atención sanitaria se desglosa en una serie de derechos y deberes de los usuarios de los servicios sanitarios, esto es, de los pacientes.

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales ha sido señalado por todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia y, muy en particular, por el Consejo de Europa, con la adopción del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, y que entró en vigor en España el 1 de enero de 2000. El Convenio, como se señaló anteriormente, establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina, y aborda la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias.

Si bien es cierto que la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud fue objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se completan las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales.

En este sentido, la Ley 41/2002 refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto. Así, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ya derogada, calificaba a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión. En la actualidad y tras la entrada en vigor del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, los datos relativos a la salud de los ciudadanos se encuadran entre las categorías especiales de datos, siendo acreedores de un riguroso régimen de protección frente a cualquier tratamiento, especialmente en lo que se refiere a su obtención, custodia y eventual cesión, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Dato Personales y Garantía de los Derechos Digitales

Los derechos básicos de paciente se pueden sintetizar en: derecho a la información sanitaria y asistencial y a la información epidemiológica; derecho a la intimidad; respeto de la autonomía del paciente; derecho de acceso a la historia clínica; derecho a decidir sobre su salud con consentimiento informado, esto es libre y voluntario tras recibir información; derecho a la intimidad y privacidad; derecho a que se respete su voluntad (pudiendo manifestar de forma anticipada los cuidados y tratamientos de salud que desea

recibir, para que su voluntad se cumpla si llega un momento en el que no puede expresar personalmente sus deseo a través del denominado "*documento de instrucciones previas*"); y derecho a reclamar y a sugerir.

El deber principal del paciente es facilitar los datos sobre su estado de salud de manera leal y verdadera así colaborar en la obtención de esa información, especialmente cuando sea necesaria por razones de interés público o para la asistencia sanitaria. Deberá, lógicamente, respetar las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, la protección de la salud y la lucha contra las amenazas a la salud pública y colaborar en la consecución de los fines de tales medidas. Y, por último, debe usar adecuadamente las instalaciones y servicios sanitarios, según a las normas generales de utilización y las establecidas por los centros, servicios y establecimientos y mantener el respeto debido al personal de los centros, servicios y establecimientos, y a los otros pacientes, familiares y acompañantes.

CAPÍTULO II. PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

2.1 Concepto de salud mental

La definición clásica de salud realizada por la OMS, ya mencionada en el Capítulo previo, la describe como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad[227]. Esta definición, cuestionada por numerosos autores debido a su carácter utópico e inaccesible, recoge, no obstante, de forma certera, la dimensión psicosocial de la salud. De esta forma, queda explicitado que los padecimientos mentales y las adversidades sociales constituyen, también, problemas de salud. O, dicho de otro modo, "*no hay salud sin salud mental*", como reza el eslogan de la OMS, que pretende enfatizar la importancia de la salud mental para el desarrollo individual, comunitario y de los diferentes países[228].

Según afirma también la OMS, la salud mental es "*la habilidad por la cual los individuos reconocen sus propias habilidades y son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades*"[229]. De forma equivalente a la definición ofrecida para la salud, podríamos referir que la salud mental no es únicamente la ausencia de trastornos mentales, sino que recoge también las capacidades y competencias de las personas y las comunidades para vivir sus vidas de una forma satisfactoria que les permita alcanzar sus objetivos[230]. Por tanto, la salud mental es una parte esencial de la salud y el bienestar que sustenta la capacidad humana, personal y de las comunidades, para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma y significado al mundo que nos rodea.

La OMS define los trastornos mentales como "*una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes*"[231]. Existen muy diversos trastornos mentales, y, en la mayoría de los

[227] OMS, Constitución. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 1947; p. 1-2.
[228] OMS, *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2005.
[229] OMS, *Invertir en salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2004.
[230] MELIÁN A, CABANYES J., "Salud mental. Orientaciones para el equilibrio psíquico". En Cabanyes J, Monge M, editores. *La salud mental y sus cuidados*. 4-a ed. Pamplona: EUNSA; 2010, pp. 125-39.
[231] Nota de prensa. OMS. Accesible en: https://www.who.int/es. Consultada el 20 de septiembre de 2023.

casos, no responden al modelo etiológico de causa-efecto, viéndose altamente influidos por variables psicosociales y factores determinantes de salud.

Por su parte, la denominación de "*problemas de salud mental*", a veces utilizada por algunos autores como sinónimo de "*trastornos mentales*", es un término menos preciso en el cual se desdibujan los límites clínicos, al incluir también las discapacidades psicosociales y otros estados mentales que asocian angustia intensa, disfuncionalidad o riesgo autolesivo.

En algunos supuestos, los trastornos mentales pueden comportar la discapacidad de aquellos sujetos que los padecen. En este sentido se expresa la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada por Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 con el fin de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente[232]. Su artículo 1 afirma que "*Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*", equiparado los distintos tipos de deficiencias. Asimismo, la Convención a lo largo de su articulado acoge el concepto de salud enunciado por la OMS, al igual que el de salud mental, en el sentido de acoger las capacidades y competencias de las personas y las comunidades para vivir sus vidas de una forma satisfactoria que les permita alcanzar sus objetivos al hacer referencia a los distintos derechos[233].

El término "*salud mental*" abarca a los trastornos mentales y a los problemas de salud mental, pero no únicamente a estos, pues no se limita a los diagnósticos clínicos, sino que incluye las distintas condiciones físicas, psicológicas y sociales que influyen en

[232] España es parte desde 2007. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. «BOE» núm. 96, de 21 de abril de 2008. También lo es de su Protocolo facultativo que reconoce la competencia del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad para recibir y considerar las comunicaciones presentadas por personas o grupos de personas sujetos a su jurisdicción que aleguen ser víctimas de una violación por ese Estado Parte de cualquiera de las disposiciones de la Convención, o en nombre de esas personas o grupos de personas.

[233] Especial relevancia ha tenido el cambio de paradigma en cuanto a las inmovilizaciones forzosas, los internamientos de las personas con trastornos mentales, un ámbito que excede objeto de este trabajo.

los procesos de salud y enfermedad. En cierto modo, se puede relacionar el trastorno mental con el concepto de enfermedad, y su necesaria atención sería una regla de mínimos, mientras que la salud mental forma parte de la salud integral, siguiendo una regla de máximos, que busca el mayor nivel de bienestar posible que cada ser humano pueda alcanzar.

Se ha señalado ya que la OMS reconoce la importancia de los determinantes sociales en la salud. En el caso de la salud mental, habla concretamente de los determinantes de la salud mental, al afirmar que existen numerosos determinantes individuales, sociales, y estructurales (factores psicológicos y biológicos individuales, factores genéticos, habilidades emocionales, uso de sustancias, exposición a situaciones económicas, sociales, geopolíticas o ambientales desfavorables, etcétera), que, combinados entre sí, mediante una exposición a lo largo de la vida, puede suponer una protección frente a afecciones de salud mental o, por lo contrario, pueden socavarla. Cada factor de riesgo o de protección tiene, en sí mismo, una capacidad predictiva limitada (la mayoría de las personas expuestas a un factor de riesgo no desarrollan un trastorno mental, y algunas personas pueden desarrollar trastornos mentales sin que se identifique un factor de riesgo conocido), pero existe una evidencia abrumadora acerca de que la exposición a los mismos, y su frecuente interrelación (por ejemplo, la asociación de adversidad social y económica con experiencias adversas infantiles, peores relaciones de cuidado o mayor riesgo de exposición a sustancias) contribuye a mejorar o deteriorar la salud mental de las personas. Si bien los riesgos pueden producirse en todas las etapas de la vida, aquellos determinantes de la salud mental que ocurren en los periodos sensibles del desarrollo (especialmente, en la primera infancia), son particularmente perjudiciales para la salud mental infantil y a lo largo de la vida. También los factores de protección (habilidades sociales, características emocionales del individuo, interacciones sociales positivas, nivel educativo, condiciones laborales, cohesión social, etcétera) son particularmente eficaces para promover la resiliencia frente a los estresores vitales cuando tienen lugar durante las etapas de desarrollo.

Por ello, las estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental se centran, principalmente, en la identificación de los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental para poder intervenir sobre ellos, con el objetivo de reducir los riesgos, aumentar los factores de protección asociados a la resiliencia, y crear

entornos favorables para la salud mental. Para ello, se requiere a menudo la adopción de medidas multisectoriales, que no se limitan al sector de la salud (por ejemplo, implicando a los sectores de educación, trabajo, justicia o vivienda), pero, en las cuales, el sector de la salud tiene siempre un papel relevante de coordinación y colaboración.

La problemática de la indefinición del concepto de "*salud mental*" y las diversas teorías manejadas sobre su génesis (desde el modelo puramente biomédico, que la contempla como un producto del cerebro, pasando por el modelo psicológico más académico, conductista y de aprendizaje, hasta los modelos que apuntan a sus raíces sociales y de desigualdad económica) aún no ha sido resuelta. Como refieren Diego A. Restrepo y Juan C. Jaramillo, hasta el momento actual, el concepto de "*salud mental*" en salud pública ha permitido, sobre todo, su referencia como un tema relevante que debe ser investigado y abordado con políticas específicas[234]; ya que no existe una categoría estricta y bien delimitada, cimentada sobre un modelo teórico sólido y homogéneo, a la cual podamos adscribir la "*salud mental*". En cualquier caso, admitiendo el empleo general del constructo "*salud mental*", su importancia, dentro del campo de la salud pública, ha sido consistentemente ratificada por numerosos estudios que muestran la elevada carga de enfermedad que suponen los trastornos mentales en todo el mundo[235].

2.2 Prevalencia mundial de los trastornos mentales

En los últimos años se ha constatado un aumento de la prevalencia de los trastornos mentales a nivel global, de forma que, en muchos países, la necesidad de asistencia de la población en materia de salud mental excede en la actualidad a los recursos disponibles para la misma[236]. Los costes en salud y económicos, así como de desarrollo individual y comunitario, de los problemas de salud mental son ingentes.

[234] RESTREPO, O., DIEGO, A., JARAMILLO, E., JUAN, C., "Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2012, vol. 30, nº 2, pp. 202-211.
[235] PATEL, V., SAXENA, S., LUND, C., et al., "The *Lancet* Commission on global mental health and sustainable development." The *Lancet*, 2018, vol. 392, pp. 1553-1598.
[236] AUERBACH, RP., MORTIER, P., BRUFFAERTS, R., ALONSO, J., BENJET, C., CUIJPERS, P., DEMYTTENAERE, K., EBERT, DD., GREEN, JG., HASKING, P., MURRAY, E., NOCK, MK., PINDER-AMAKER, S., SAMPSON, NA., STEIN, DJ., VILAGUT, G., ZASLAVSKY, AM., KESSLER, RC., WHO WMH-ICS Collaborators. "WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders", *Journal of Abnormal Psychology*, 2018, vol. 127, nº 7, pp. 623-638.

Además de su elevada prevalencia, se unen las características epidemiológicas de los trastornos mentales, la mayoría de los cuales se inician en la adolescencia o en la primera juventud[237].

Se considera que, en 2019, aproximadamente 1 de cada 8 personas en el mundo padecía un trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos[238]. Diversos estudios señalan que la emergencia de la pandemia de COVID-19 ha aumentado la prevalencia global de trastornos de ansiedad y depresión[239]. A nivel mundial, muchas personas que padecen trastornos mentales; especialmente, aquellas con trastorno mental grave, no cuentan con acceso a una atención adecuada, pudiendo sufrir, además, discriminación y violaciones de los derechos humanos[240].

El fracaso de los modelos que pretenden la asunción del sistema sanitario de la atención, el tratamiento y la recuperación de los trastornos mentales se ha hecho evidente. Del mismo modo, la crisis sanitaria generada a raíz de la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de la salud mental poblacional y la imposibilidad para dar una respuesta adecuada a los padecimientos psíquicos y los trastornos mentales únicamente desde la consulta médica, sin la intervención de otros sectores sociales. Desde el inicio de la pandemia, la salud mental de la población general se ha deteriorado considerablemente, con un aumento generalizado de los trastornos depresivos y de ansiedad, los trastornos de conducta alimentaria, así como de las conductas suicidas y los suicidios consumados[241]. Específicamente, la infancia y los adultos jóvenes (que

[237] OLMI, M., RADUA, J., OLIVOLA, M., CROCE, E., SOARDO, L., SALAZAR DE PABLO, G., IL SHIN, J., KIRKBRIDE, JB., JONES, P., KIM, JH., CARVALHO, AF., SEEMAN, MV., CORRELL, CU., FUSAR-POLI, P., "Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies", *Molecular Psychiatry,* 2022, vol. 27, nº 1, pp. 281-295.

[238] Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/ (Consultado el 14 de mayo de 2022).

[239] OMS, *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud*; 2022. Accesible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 (Consultado el 17 de noviembre de 2022).

[240] ONOCKO-CAMPOS, R., DAVIDSON, L., DESVIAT, M., "Mental health and human rights: Challenges for health services and communities", *Salud Colectiva,* 2021, vol. 17, p. 3488.

[241] DEVOE, DJ., HAN, A., ANDERSON, A., KATZMAN, DK., PATTEN, SB., SOUMBASIS, A., FLANAGAN, J., PASLAKIS, G., VYVER, E., MARCOUX, G., DIMITROPOULOS, G., "The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review", *International Journal of Eating Disorders*, 2023, vol. 56, nº 1, pp. 5-25; FAROOQ, S., TUNMORE, J., WAJID ALI, M., AYUB, M., "Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review", *Psychiatry Research,* 2021, vol. 306, pp.114-228.

padecieron especialmente los resultados de las medidas de confinamiento adoptadas para frenar el contagio de la enfermedad), así como los profesionales sanitarios (expuestos a una sobrecarga laboral, emocionalmente penosa, sin la protección adecuada para salvaguardar su propia salud), han sido los grupos poblacionales más afectados[242]. Las mujeres que atravesaron sus embarazos, partos y postpartos en pandemia también vieron notablemente aumentados sus índices de ansiedad y depresión, además de sufrir las consecuencias de protocolos hospitalarios irrespetuosos con sus partos y contrarios a las recomendaciones de la OMS[243], realidad que se abordará en el Capítulo VI, dedicado a la atención sanitaria en la etapa periparto.

Respecto a la atención integral a la salud materna y, específicamente, la atención a la salud mental perinatal, conviene reiterar que el bienestar en las etapas precoces de la vida se ha demostrado como una importante estrategia de salud pública a largo plazo, al disminuir la carga de enfermedades mentales y físicas a lo largo de la vida, suponiendo por tanto una vía privilegiada para prevenir, a medio plazo, la aparición de problemas de salud mental a nivel poblacional. Una de las estrategias básicas para la prevención y promoción de salud mental es garantizar un buen estado de salud mental materna y el bienestar madre-bebé en la primera etapa de la vida.

2.3 La protección internacional del derecho a la salud mental

Como ya se ha expuesto en el Capítulo anterior, y se ha reiterado en epígrafes anteriores, el derecho a la salud mental está reconocido como un derecho humano

[242] JONES, EAK., MITRA, AK., BHUIYAN, AR., "Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, nº 5, p. 2470; GAWRYCH, M., "Mental health of medical workers during COVID-19 pandemic - literature review", *Psychiatria Polska*, 2022, nº 2, pp. 289-296.

[243] FILIPPETTI, ML., CLARKE, ADF., RIGATO, S., "The mental health crisis of expectant women in the UK: effects of the COVID-19 pandemic on prenatal mental health, antenatal attachment and social support", *BMC Pregnancy Childbirth,* 2022, vol. 22, nº 1, p. 68; LEBEL, C., MACKINNON, A., BAGSHAWE, M., TOMFOHR-MADSEN, L., GIESBRECHT, G., "Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic", *Journal of Affective Disorders*, 2020, vol. 277, pp. 5-13; WAGNER, E., BIEŃ, K., ŁOMŻA, A., GRUNWALD, A., KIMBER-TROJNAR, Ż., LIBERA, A., LESZCZYŃSKA-GORZELAK, B., "Stress of Prematurity in the Experience of the COVID-19 Pandemic-Current State of Knowledge", *Life (Basel)*, 2023, vol. 13, nº 8, p.1757; MINOOEE, S., CUMMINS, A., "Childbirth during the COVID-19 pandemic", *JBI Evidence Synthesis*, 2022, vol. 20, nº 3, pp. 723-724; PAVLIDIS, P., EDDY, K., PHUNG, L., FARRINGTON, E., CONNOLLY, M., LOPES, R., WILSON, AN., HOMER, CSE., VOGEL, JP., "Clinical guidelines for caring for women with COVID-19 during pregnancy, childbirth and the immediate postpartum period", *Women and Birth*, 2021, vol. 34, nº 5, pp. 455-464.

fundamental, ya que, como se ha explicado anteriormente, constituye una parte esencial de la salud y el bienestar de las personas, además de un elemento básico para el desarrollo individual, de las comunidades e, incluso, del desarrollo socioeconómico.

Pero también, como se ha señalado, el concepto de salud mental supera y va más allá del de ausencia de trastornos mentales. Así, por un lado, se encuentra la atención y protección que deben recibir personas que padecen trastornos mentales, y por otro, la promoción y protección de la salud mental de todos.

Como se indicó en la introducción, el objeto de este trabajo no es el estudio de personas con trastornos mentales o de mujeres con trastornos mentales que acceden a la maternidad sino la atención a distintos aspectos de salud mental a lo largo de la maternidad. No obstante, a los efectos de una aproximación lo más completa y de la conformación de un adecuado contexto, en el siguiente epígrafe se examina escuetamente la protección internacional de las personas con trastornos mentales.

2.3.1 La protección internacional de las personas con trastornos mentales

En relación con la protección específica de las personas con trastornos mentales, cabe destacar la resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991[244] relativa a los "*Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*".

En dicho documento se entiende por "atención de la salud mental" el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta. Además, recoge una serie de principios, partiendo del principio de no discriminación, incluyendo de forma expresa la no discriminación por razón de enfermedad mental. Así, recoge entre las libertades y derechos básicos que "*Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que ser parte del sistema de asistencia sanitaria y social"* y que "*Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana, debiendo respetarse todos sus derechos*".

[244]Asamblea General de la ONU. Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

Recoge además expresamente la protección específica a los menores y a la vida en comunidad.

Cabe destacar que la Asamblea General de la ONU se ve en la necesidad de afirmar como principio 4 que "*La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente*", lo que, cuando menos, pone de manifiesto la falta de atención adecuada hasta la fecha hacia la salud mental[245]. Recoge igualmente el examen médico basado en el consentimiento, salvo procedimiento preestablecido por la ley; la confidencialidad, la importancia de la comunidad y la cultura, las normas de atención, tratamiento[246], con referencia "*a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos*", medicación, consentimiento para el tratamiento seguidos de toda una serie de principios para pacientes recluidos en instituciones psiquiátricas, sus derechos, deberes y recursos, la delicada cuestión del internamiento no voluntario, de la atención a los personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

En definitiva, estos Principios figuran entre los estándares o directrices internacionales más completos y detallados para proteger a las personas con afecciones

[245] Continúa el principio 4 que la determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental; que el hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental y que ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

[246]Principio 9.3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos. Principio 9.4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

de salud mental. Proporcionan directrices para establecer o evaluar los sistemas nacionales de salud mental y pueden utilizarse para interpretar las normas generales de derechos humanos en el contexto de la salud mental.

Mucho se ha avanzado desde la adopción de estos Principios, en 1991, que tuvo el acierto de poner de manifiesto la vulnerabilidad de las personas que viven con afecciones de salud mental, víctimas de enormes prejuicios, situaciones de discriminación y violaciones de sus derechos fundamentales[247]. Al respecto, no puede olvidarse que, a lo largo de la historia, se ha negado a las personas con discapacidad (y, en particular, a aquellas con afecciones de salud mental) la posibilidad de tomar decisiones y ejercer el control de manera personal e individual en todas las esferas de su vida. De ahí la ya señalada relevancia de la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 2006, que representó un cambio de paradigma respecto de este colectivo de personas, ya que abandonó la antigua concepción del modelo médico de la discapacidad, tanto física como mental, para pasar a un modelo social, que entiende que en gran medida las causas de las discapacidades son sociales y que reconoció la protección especial que deben garantizar los Estados Partes a las personas con discapacidad, pues establece todos sus derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales con las especificidades que esta población requiere. Es por tanto un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social y económico que reafirma que todas las personas con todo tipo de discapacidad, incluidas las personas con afecciones de salud mental, deben gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. El artículo 12 de la Convención es particularmente importante, ya que reconoce la personalidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida[248].

[247] En 1993 fueron aprobadas las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad se elaboraron sobre la base de la experiencia adquirida durante el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992), fundamentadas en la Carta Internacional de Derechos Humanos y en la Convención sobre los derechos del Niño y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos.

[248] Además, establece la obligación de los Estados Partes de adoptar las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica, así como las "s*alvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos*". Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia. Debe recogerse asimismo

En las nuevas "*Orientaciones sobre los servicios de salud mental comunitarios: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos*" de la OMS, se afirma además que la atención de la salud mental debe sustentarse en un enfoque basado en los derechos humanos, tal como se recomienda en el "*Plan de Acción integral sobre Salud Mental 2020-2030*" de la OMS, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2021. Las nuevas orientaciones, dirigidas principalmente a los responsables de la organización y gestión de la atención de la salud mental, se detalla lo que se necesita en ámbitos como la legislación, las políticas y la estrategia en materia de salud mental, la prestación de servicios, la financiación, el desarrollo del personal y la participación de la sociedad civil para que los servicios de salud mental se ajusten a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Finalmente, y como aportación más reciente, cabe indicar que, el pasado 9 de octubre de 2023, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos lanzaron conjuntamente una nueva publicación titulada "*Salud mental, derechos humanos y legislación: orientaciones y prácticas*"[249], con la que afirman pretenden ayudar a los países a reformar su legislación para poner fin a las violaciones de los derechos humanos y mejorar el acceso a una atención de salud mental de calidad puesto que las violaciones de los derechos humanos y las prácticas coercitivas en la atención de salud mental, que se sustentan en la legislación y las políticas vigentes, siguen siendo demasiado frecuentes.

Y, si bien se centran fundamentalmente en que, en todo el mundo, muchos servicios de salud mental continúan recurriendo a la hospitalización y el tratamiento sin consentimiento, condiciones de vida insalubres, la violencia física y el maltrato psicológico, lo cierto es que busca promover con carácter general legislaciones nacionales

---

la Observación General nº 5 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre las personas con discapacidad (1994) que analiza las obligaciones de los Estados respecto a la igualdad de derechos para los hombres y las mujeres con discapacidad en la ley, los derechos relativos al trabajo, la seguridad social, la protección de la familia y las madres de niños y niñas con discapacidad, la libertad de circulación, el goce de salud física y mental, la educación y la participación enla vida cultural y el goce de los beneficios del progreso científico, así como la ya examinada Observación General nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000).

[249] OMS y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos, *Mental Health, Human Rights and Legislation. Guidance and Practice*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1. (Consultado el 6 de noviembre de 2023).

más respetuosas con el respeto de los derechos humanos de las personas que han de recurrir a los servicios de salud mental.

2.3.2 La labor de la Organización Mundial de la salud protección y promoción de la salud mental

El papel pionero de la OMS en relación con la salud mental ya ha sido subrayado, puesto que desde el inicio de su existencia lo incluyó en el concepto de salud adoptado por la Organización y que marca el contenido del derecho humano que ha de ser protegido universalmente[250].

Sin embargo, a pesar de esta inicial preocupación, no fue hasta el siglo XXI que la OMS comenzó a prestar verdaderamente atención a la salud mental.

Así, fue en 2001 cuando su informe anual sobre la salud en el mundo se centró por primera vez de forma monográfica en la salud mental, teniendo en cuenta nuevos conocimientos y nuevas esperanzas, lo que supuso un refuerzo de los principios adoptados una década antes por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Y ese mismo año vio igualmente la primera publicación del "*Atlas de Salud Mental*", actualizado en varias ocasiones, la última en octubre de 2021[251].

Se trata de un informe que proporciona una visión general global de la situación de la salud mental en términos de recursos, políticas y servicios en diferentes países. Ofrece datos y estadísticas valiosos para comprender la carga de enfermedad mental en todo el mundo y cómo los países abordan estos problemas y pone de manifiesto las enormes diferencias existentes entre las distintas regiones del mundo y entre los diferentes países.

Con ello, la OMS reconocía la necesidad de adoptar medidas para reducir la carga y mejorar la capacidad de los Estados Miembros para responder al reto de la prevalencia de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en todo el mundo. Además de comportar importantes costos, las violaciones de los derechos humanos de quienes padecen estos trastornos se consideraron agravantes del problema, estimándose

[250] Precisamente, el lema adoptado para el Día Mundial de la Salud mental, el pasado 10 de octubre de 2023 fue "*Salud mental, Salud mundial. Un Derecho Universal*".
[251] OMS, *Mental Health atlas 2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.

como insuficientes, desigualmente distribuidos y usados de modo ineficiente los recursos proporcionados para este fin. Y, en 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud respaldó el "*Programa Mundial de Acción en Salud Mental*" de la OMS, con lo que la salud mental quedaba por fin incluida en la agenda global de salud pública.

Otro importante paso adoptado en 2008 fue el "*Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)*", el programa de acción de la OMS elaborado especialmente para países con ingresos bajos y medios-bajos con el fin de que amplíen y mejoren los servicios destinados a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias[252]. Su principal objetivo es reforzar los compromisos de los gobiernos, organizaciones internacionales y otras partes interesadas para aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de las enfermedades mentales y neurológicas, contribuyendo a lograr la cobertura sanitaria universal integrando la atención de salud mental en los servicios sanitarios no especializados. Y, en 2019, la OMS puso en marcha la "*Iniciativa especial sobre salud mental (2019-2023*)[253]: *cobertura sanitaria universal para la salud mental*", destinada a garantizar el acceso asequible a la atención de calidad, a 100 millones más de personas con trastornos de salud mental, en 12 países prioritarios. Esta estrategia se centra en promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, proporcionar atención y rehabilitación basada en derechos, y fortalecer la gobernanza y el liderazgo en el ámbito de la salud mental, con el objetivo último de que todas las personas alcancen el más alto nivel de salud mental y bienestar.

Por otro lado, en respuesta a la resolución adoptada por la Asamblea Mundial de la OMS en mayo de 2012 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países[254] ,

[252] La esencia de este programa son las asociaciones concebidas para reforzar y acelerar los esfuerzos y aumentar las inversiones a fin de proporcionar servicios a quienes no cuentan con ninguno.
[253] OMS, *WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-(2019-2023) (Consultado el 8 de septiembre 2023). Se puso en marcha en 2019 para su aplicación a lo largo de 5 años, en 12 países, con un coste de 60 millones de dólares. Los seis países pioneros que se incorporaron a la iniciativa fueron Bangladesh, Filipinas, Jordania, Paraguay, Ucrania y Zimbabue. Desde entonces, Argentina, Ghana y Nepal han pasado a formar parte de la Iniciativa Especial para la Salud Mental de la OMS, cuyo objetivo es garantizar el acceso a los servicios de salud mental a 100 millones de personas más en las seis regiones de la OMS. Cada país ha emprendido ya una evaluación inicial para hacerse una idea general de las necesidades de salud mental, los servicios disponibles, las oportunidades y los principales retos para la ampliación.
[254] La 65ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65, 4 en mayo de 2012.

se aprobó el "*Plan de Acción integral sobre salud mental 2013-2020*". La resolución solicitaba a la Directora General que, en consulta con los Estados Miembros, preparase un plan de acción integral sobre salud mental que abarcase los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas. Con un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Todo el Plan de Acción está centrado en el principio, que considera mundialmente aceptado, de que "*no hay salud sin salud mental*". El Plan es de alcance mundial y tiene por objeto proporcionar orientaciones para los planes de acción nacionales. En él se aborda la respuesta del sector social y de otros sectores pertinentes, así como las estrategias de promoción y prevención, con independencia de la magnitud de los recursos.

En el año 2022, la OMS actualizó su "*Plan estratégico sobre salud mental 2013-2020*", después de que, en el "*Atlas de Salud Mental 2020*", mostrara que los países habían obtenido resultados insuficientes en relación con los objetivos de dicho plan de acción[255]. Su actualización quedó refrendada en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud bajo el nombre "*Plan estratégico integral sobre salud mental 2013-2030*", cuyo objetivo es mejorar la salud mental por medio de una mayor eficacia de los gobiernos, manteniendo las principales recomendaciones en relación a la promoción de bienestar y salud para todas las personas, pero incidiendo en la importancia de la promoción de la salud mental, la prevención en los grupos de población de riesgo y la necesidad de garantizar una cobertura universal para la atención en salud mental desde un marco comunitario, e insistiendo en la importancia de fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y la investigación en materia de salud mental. Los Estados Partes de la OMS se han comprometido a aplicar este plan.

Ese mismo 2022, vio la luz el "*Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*", en el que se afirma que la mejora de la salud mental de la población de un país supondría progresos significativos, e instando a los Estados a acelerar su aplicación[256].

[255] OMS, *Mental health atlas 2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
[256] OMS, *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general-World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all*. Ginebra: Organización Mundial de la

Para ello, recomienda concentrarse en las siguientes vías de transformación:

- aumentar el reconocimiento del valor de la salud mental por parte de las personas, las comunidades y los gobiernos, comprometiendo en su favor a todas las partes interesadas y todos los sectores de la sociedad;
- actuar sobre las características físicas, sociales y económicas de los medios familiares, escolares, laborales y comunitarios, con los objetivos de proteger mejor la salud mental y prevenir las afecciones de salud mental;
- fortalecer la atención de salud mental para que todas las necesidades en este ámbito sean cubiertas por una red comunitaria, por medio de servicios de apoyo accesibles, asequibles y de calidad.

El informe recoge relatos de distintas personas, a lo largo del mundo, que han tenido una experiencia directa en relación con los trastornos mentales, en la línea de favorecer la escucha y el reconocimiento de las experiencias individuales para poder abordar adecuadamente los problemas de salud mental, planteamiento que se ha querido replicar en el presente trabajo, en los Capítulos sobre los supuestos específicos. En el prefacio del informe, se pueden leer las siguientes palabras:

> "*Sus relatos muestran hasta qué punto parece eficaz el apoyo a la salud y el apoyo social, cómo pueden dar lugar a la recuperación y de qué manera cada persona los percibe de una forma diferente. Nos hablan del sufrimiento, la estigmatización y la exclusión social que se producen donde no existen entornos y servicios que protegen y apoyan la salud mental y que ofrecen una atención asequible y de calidad. En definitiva, estos relatos nos recuerdan que el hecho de invertir en salud mental y de transformarla significa invertir en las personas. Toda persona tiene derecho a la salud mental. Toda persona merece que se le dé la oportunidad de prosperar*"[257].

El informe justifica la necesidad de transformar la atención a la salud mental por

Salud; 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860. (Consultado el 15 de agosto de 2023).

[257] Párrafo extraído del prefacio del informe, redactado por Dévora Kestel, Directora Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Organización Mundial de la Salud, OMS, *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general- World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860. (Consultado el 15 de agosto de 2023).

tres motivos fundamentales: la necesidad de impulsar la salud pública, la obligación de proteger los derechos humanos y el beneficio de apoyar el desarrollo.

Dentro de las recomendaciones para la reforma de la atención a la salud mental, señala dos vías fundamentales: promover la salud mental para todos y proteger a los expuestos a riesgos (incidiendo, entre otros aspectos, en la importancia de la protección de niños y adolescentes), y prestar atención a la salud mental dentro de la comunidad, de forma integrada con la atención a la salud general y sin limitar esta responsabilidad al sector de la salud.

En su capítulo 6, sobre la promoción y prevención para el cambio en la salud mental, se recoge que "*transformar la salud mental significa reforzar la promoción y prevención multisectorial para todos*". Se señala que la prevención de la mortalidad por suicidio es una prioridad internacional, siendo el objetivo su reducción en un tercio para el año 2030. Se recoge también la importancia de los lugares de trabajo para generar oportunidades o riesgos para la salud mental, insistiendo en la obligación de los gobiernos de aplicar una legislación conforme a los derechos humanos en materia laboral y de salud ocupacional (aspecto que, como veremos posteriormente en este trabajo, está muy presente en toda la salud materno-infantil). Pero, al ámbito que nos ocupa, el capítulo 6 del informe hace una especial referencia a la población infantil y adolescente. Reconoce que "*la primera infancia, la infancia y la adolescencia son edades de vulnerabilidad y de oportunidades en materia de salud mental*". Hace referencia a los factores, tanto protectores como de riesgo, que los cuidados y las primeras experiencias infantiles tienen en la salud mental de las personas a lo largo de la vida: "*Los entornos de crianza, cuidado y aprendizaje de apoyo pueden ser enormemente protectores de la salud mental futura. Por otro lado, las experiencias adversas en la infancia aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales*".

Propone cuatro estrategias para reducir los riesgos y promover los factores de protección a la salud mental en la atención a la infancia:

- elaborar e implementar legislaciones y políticas que promuevan y protejan la salud mental;
- apoyar a las figuras de cuidado para que puedan prestar una atención afectuosa a la infancia;

- poner en marcha programas escolares que incluyan intervenciones contra el acoso;
- mejorar los entornos en las comunidades y los espacios digitales.

Si bien la importancia para la salud mental de las personas de recibir unos adecuados cuidados infantiles está cada vez más presente en los diferentes documentos e informes elaborados por la OMS, clásicamente esta organización ha tendido a incluir las recomendaciones sobre la atención a la salud mental perinatal dentro de las guías para la atención a la salud materna y materno-infantil, y no dentro de las directrices globales de salud mental.

La línea actual tendente a integrar la atención a la salud mental dentro de la atención general en salud, recomendada también por la OMS, ha favorecido que, efectivamente, el abordaje de la salud mental perinatal se incluya dentro de la atención a la salud materno-infantil, como un componente esencial de la misma, de la cual no puede ser desligada (parafraseando el lema de la OMS: "*no hay salud materno-infantil sin salud mental perinatal*"). El reconocimiento público de la importancia de la salud mental y su correcta atención en esta importantísima etapa de la vida, tanto para las mujeres que son madres como para sus bebés, es, en realidad, muy reciente. No ha sido hasta el año 2022 cuando la OMS ha publicado su primera guía específicamente dedicada a la salud mental perinatal, denominada "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*", en la cual, como su propio nombre indica, desarrolla sus recomendaciones sobre atención a la salud mental perinatal dentro de la atención a la salud materno-infantil.

Este documento, así como las recomendaciones para la atención materna durante el embarazo, el parto y la etapa postnatal, las recomendaciones para la atención a la lactancia y las recomendaciones sobre desarrollo infantil temprano, se analizarán en el Capítulo siguiente, dedicado específicamente a la salud mental perinatal.

2.3.3 La labor Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Tal y como se recogió en el Capítulo anterior, la importancia de un enfoque de salud basado en derechos humanos llevó a la Comisión de Derechos Humanos a

establecer en 2002 un Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, con un mandato ampliado y refrendado por el Consejo de Derechos Humanos, ante el que presenta informes anuales.

Así, en sintonía con la evolución examinada en relación con la salud mental, uno de los primeros informes, el presentado en 2005[258], estuvo dedicado a la discapacidad mental y el derecho a la salud, afirmando ya entonces que una de cada cuatro personas padecerá de un trastorno mental en alguna fase de su vida, y apuntando el incremento de la incidencia de trastornos mentales. En las conclusiones afirma lo ya indicado en anteriores epígrafes; esto es, que la discapacidad mental se ha desatendido en numerosos frentes y que muchos Estados no han dedicado recursos suficientes en su presupuesto a los servicios de atención y apoyo psiquiátricos y no han elaborado políticas, leyes y programas adecuados. Esa incipiente atención inicial reducida a los trastornos mentales se pone por ejemplo de manifiesto en el Informe de 2006, centrado en el acceso a los medicamentos y a la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad, sin referencia alguna a la salud mental, salvo la de la propia definición de salud, si bien afirma que:

> "*El derecho al más alto nivel posible de salud entraña que las mujeres tienen derecho a servicios relacionados con el embarazo y el período posterior al nacimiento y a otros servicios e información sobre la salud sexual y la salud reproductiva*"[259].

Mientras que en el informe presentado en 2009 y dedicado al consentimiento informado, lo examina en relación con ciertos grupos vulnerables, entre los que incluye a las mujeres, y señala que:

> "*Está demostrado que muchas veces se excluye completamente a las mujeres de la adopción de decisiones en la atención de salud. A menudo, cuando se les prestan cuidados prenatales, se las obliga a someterse a pruebas de infección por el VIH de "rutina", sin el asesoramiento y el tratamiento correspondientes. Se sigue aplicando esterilización o anticoncepción forzosas a mujeres, dañando su salud física y mental y vulnerando su derecho a la libre determinación en materia*

[258] Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt E/CN.4/2005/51.14 de febrero de 2005.
[259] P.13 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental A/61/338, 13 de septiembre de 2006.

de reproducción, a la integridad física y a la seguridad. Muchas veces no se deja a las mujeres tiempo bastante, ni se les proporciona información suficiente, para dar su consentimiento a procedimientos de esterilización, o no se les dice que se les ha sometido a ellos o descubren más tarde que han sido esterilizadas"[260].

Sí se recoge alguna mención expresa a las repercusiones en la salud mental en el informe, que examina la relación entre el derecho a la salud y la penalización de tres formas de comportamiento sexual privado, adulto y consensual: el comportamiento y la orientación sexual homosexual, el trabajo sexual y la transmisión del VIH. En concreto, en relación con los efectos de la penalización del comportamiento homosexual, orientación sexual e identidad de género, el Relator Especial estima que la penalización afecta adversamente al disfrute del derecho a la salud de quienes practican relaciones homosexuales consensuales:

"*al hacer que la sociedad los perciba como "anormales" y delincuentes*. *Ello daña gravemente la autoestima, con consecuencias importantes y, a veces, trágicas en la forma como los afectados procuran atención sanitaria y en su salud mental. Se calcula que las tasas de suicidio entre los jóvenes que practican este tipo de relaciones son de tres a siete veces más altas que entre los que se identifican como heterosexuales, con similares guarismos entre los adultos*".

Ello, junto a los riesgos de violencia, malos tratos y estigmatización. Por otra parte, señala igualmente que alrededor del 45 % de los trabajadores sexuales encuestados que operaban en la ilegalidad evidenciaba una salud mental deficiente, contra el 12 % de los "*legales*"[261].

Se incorpora un cierto componente de la salud mental como bienestar en el informe sobre salud sexual y reproductiva, presentado en 2011, que define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no simplemente la ausencia de afecciones, disfunciones o enfermedades[262].

[260] P. 55 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/64/272. 10 de agosto de 2009.
[261] P.38 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/64/272. 10 de agosto de 2009.
[262] P.10 Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. La promulgación o el mantenimiento de leyes que penalicen el aborto

Las leyes penales que castigan y restringen el aborto inducido generan invariablemente efectos nocivos para la salud física, al ser causa de muertes evitables, morbilidad y mala salud, y "*para la salud mental, entre otras cosas porque las mujeres afectadas se arriesgan a caer en el sistema de justicia penal*"[263].

Y, asimismo, se reconoce la inclusión de la salud mental en relación con la salud ocupacional, un ámbito en el que gozó de temprana relevancia al adoptar la Organización Internacional del Trabajo una definición de salud en términos muy amplios en relación con el trabajo para abarcar no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y que están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo. En el informe de 2012[264] se afirma que resulta fundamental adoptar una perspectiva de género en la formulación y aplicación de las leyes y políticas en materia de salud ocupacional.

Con estas incipientes referencias, el primer informe que dedica un apartado a la salud mental y bienestar emocional es el presentado por el Relator Dainius Pūras[265] en 2015, tras su acceso al cargo en agosto de 2014, con una exposición clara de la situación y la deficiente atención a la salud mental, denunciando la marginación y estigmatización, de la atención de la salud mental derivada de la división histórica, tanto en las políticas como en las prácticas, entre la salud mental y física, así como los enormes escollos a los que se enfrenta el enfoque moderno de la salud mental pública[266]. "*Tras más de una década desde la publicación histórica del Informe sobre la salud en el mundo 2001, la salud mental sigue siendo objeto de actitudes obsoletas y servicios inadecuados*", afirma para continuar señalando que uno de los obstáculos significativos a la aplicación de los principios modernos de la salud mental pública es la falta de voluntad política a la hora

puede constituir una violación de la obligación de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud.

[263] P.21 Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental A/66/254, 3 agosto de 2011.

[264] A/HRC/20/15Asamblea General 10 de abril de 2012. Igualmente se encuentran referencias especificadas a la salud mental en el informe dedicado a los conflictos.

[265] Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras A/HRC/29/332 de abril de 2015.

[266] Se calcula que los problemas de salud mental y las discapacidades mentales constituyen el 14% de la incidencia total de enfermedades. Sin embargo, en contraste con lo que sucede con la salud física, a la salud mental se le atribuye un nivel de prioridad inadecuadamente bajo y se le asignan recursos humanos y financieros insuficientes.

de reconocer el lugar central que ocupa la salud mental en la realización plena del derecho a la salud y en la aplicación del principio de paridad entre la salud física y la salud mental[267].

Recoge, además, las dos afirmaciones básicas del enfoque moderno de la salud mental pública. En primer lugar, que "*sin salud mental no hay salud*"; y, en segundo, que la buena salud mental significa mucho más que la ausencia de enfermedades mentales. La concepción moderna de salud mental abarca un buen bienestar emocional y social y unas relaciones sanas y pacíficas entre los grupos y las personas en las que exista un vínculo mutuo de confianza, tolerancia y respeto por la dignidad de cada uno. Por ello, considera que la promoción de una buena salud mental debería constituir una prioridad transversal aplicable a la agenda para el desarrollo sostenible, ya que resulta de interés para muchos de sus elementos, como la protección de la dignidad y las personas de cara a lograr una vida sana y de economías sólidas e inclusivas, promover sociedades seguras y pacíficas e instituciones sólidas, y catalizar la solidaridad mundial para el desarrollo sostenible.

Al respecto, afirma:

> "*Al invertir en la buena salud mental de los niños y los jóvenes, no solo se realiza una contribución sustancial al desarrollo sostenible de nuestras economías, para lo que son necesarias unas buenas capacidades emocionales y cognitivas, sino que también se hace frente a las causas profundas de la intolerancia y la exclusión social, y se promueven sociedades sanas y cohesivas*."

Finalmente, aboga por la importancia crucial de la salud mental en las políticas modernas de salud, habida cuenta de la alta incidencia de los problemas de salud mental y los trastornos mentales, abandonando las tradiciones obsoletas y aplicando el enfoque moderno de la salud pública. Asume los cinco componentes obligatorios de la atención en la comunidad para las personas con discapacidades psicosociales agudas de las recomendaciones de la OMS: el acceso a medicamentos psicotrópicos, la psicoterapia, la rehabilitación psicosocial, la rehabilitación laboral y el empleo, y las viviendas

[267] Utiliza el elevado número de suicidios e intentos de suicidio como un indicador de que es preciso tratar en profundidad la cuestión de la salud mental de las personas y la población.

subvencionadas. Sin embargo, son muchos los países en los cuales varios de esos componentes no se aplican[268].

En un informe posterior, presentado en 2019[269], el Relator Especial profundiza en el papel fundamental que desempeñan los determinantes sociales y subyacentes de la salud en la promoción de la realización del derecho a la salud mental, señalando importantes oportunidades y dificultades relacionadas con un enfoque basado en los derechos humanos en cuanto a la adopción de medidas sobre los factores determinantes necesarios para la promoción de la salud mental.

Sostiene que la buena salud mental y el bienestar no pueden definirse por la ausencia de un problema de salud mental, sino por el entorno social, psicosocial, político, económico y físico que permite a las personas y a las poblaciones vivir una vida digna, con pleno disfrute de sus derechos y en el marco del aprovechamiento equitativo de sus posibilidades. El Relator Especial destaca la necesidad y la obligación de los Estados de establecer y mantener entornos propicios que incorporen un enfoque de la salud mental basado en los derechos y que valoren la vinculación social y el respeto mediante relaciones no violentas y sanas en los planos individual y social, promoviendo una vida digna y de bienestar para todas las personas a lo largo de toda su existencia.

Factores como el acceso a la asistencia sanitaria, la alimentación, la vivienda, la educación y el trabajo, así como otros elementos sociales y psicosociales, afectan a la salud mental. En particular, importa la calidad de las relaciones sociales. Las conexiones entre individuos, familias y comunidades a lo largo de la vida, entre generaciones, entre el gobierno y la población, entre distintas naciones y entre el hombre y la naturaleza son fundamentales para la salud mental. Estas relaciones están determinadas por las estructuras de los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, los entornos sanitarios y la sociedad en general, y por ello están vinculadas a problemas como las relaciones abusivas, la violencia y las disparidades sociales, entre otros.

Dentro de sus recomendaciones, el Relator Especial destaca la necesidad y la

[268] Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras. A/HRC/29/33 Consejo de Derechos Humanos. 2 de abril de 2015.
[269] A/HRC/41/34 Asamblea General 12 de abril de 2019.

obligación de los Estados de crear y mantener entornos propicios que incorporen un enfoque de la salud mental basado en los derechos. Estos entornos deben valorar la conexión social y el respeto a través de relaciones no violentas y saludables, y promover una vida digna y de bienestar para todas las personas a lo largo de su vida. Los Estados deben permitir unas relaciones sanas y positivas basadas en la confianza, el respeto y la tolerancia. Deben crear oportunidades para la solidaridad, el apoyo mutuo y la confianza. Esto significa promover la inclusión comunitaria, entornos libres de violencia y la participación en la diversidad cultural. También significa erradicar la xenofobia, despenalizar la pobreza y comportamientos como el consumo de drogas y la diversidad sexual. También implica reorientar la atención a la salud mental, alejándola de las instituciones residenciales y orientándola hacia alternativas no coercitivas que aborden el bienestar integral, situando en el centro a las personas, la definición que hacen de sus experiencias y sus decisiones.

Finalmente, destaca la necesidad de apoyar a las familias para mejorar la calidad de las relaciones entre padres e hijos y reitera su llamamiento a eliminar el cuidado institucional de los niños, y profundiza en la necesidad de abordar el acoso escolar y prevenir la depresión y el suicidio. Pide enfoques modernos de salud pública que valoren y fomenten las relaciones no violentas y eviten una medicalización excesiva.

2.3.4 La protección de la salud mental en el ámbito regional europeo.

En este epígrafe se abordará muy sucintamente la labor tanto del Consejo de Europa como de la UE en el ámbito de la protección de la salud mental como marco de referencia general, pero sin desarrollar en profundidad su contenido, puesto que la atención hacia los internamientos, sus condiciones, así como los tratamientos sin consentimiento de personas que padecen trastornos mentales, son una cuestión esencial de derechos humanos que, no obstante, excede por completo del objeto de estudio de esta investigación. Por lo que respecta a la UE, se hará especial incidencia en el actual punto de inflexión que se está produciendo en relación con la salud mental.

2.3.4.1 Consejo de Europa y salud mental

Con 47 Estados europeos Partes del Convenio Europeo de Derechos y Libertades Fundamentales, y con el primer instrumento internacional vinculante en el campo de la

bioética (el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina) con 30 ratificaciones, podría afirmarse que Europa es la región del mundo que ha prestado mayor preocupación y atención por la salud mental. Sobre todo, si se tienen en cuenta las sentencias dictadas por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y las conclusiones del Comité para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos y degradantes[270].

Así, el por ejemplo, el 24 de septiembre de 1976 el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobaba la Resolución (76) 40 sobre la organización de los servicios preventivos de salud mental, el 29 de noviembre de 1978, la Resolución (78) 6l sobre el papel del psicólogo como miembro del equipos médico para el cuidado de los padres, los niños y los adolescente, o el 22 de febrero de 1883, la recomendación sobre la protección leal de las personas que sufren alguna enfermedad mental ingresadas como pacientes involuntarios.

Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, adoptó la Recomendación 818 (1977) sobre la Situación de los Enfermos Mentales, destacando la importancia que asigna a los objetivos de mantener la salud, el bienestar, así como los derechos personales de los enfermos, por un lado, y la protección y el bienestar de las sociedades democráticas como un todo por otro. En la misma se recomienda a los Estados revisar su legislación respecto a confinamientos de enfermos mentales; establecer tribunales que puedan intervenir en las altas de confinamientos injustificados, garantizar el derecho a ser escuchado y a su defensa legal en caso de procesos penales; modificar la legislación civil para que el internamiento no conlleve incapacidad legal, asegurar el derecho al voto y su ejercicio; crear un grupo de expertos en psicopatología para redefinir la enfermedad mental, reducir la dependencia de hospitales psiquiátricos; humanizar el cuidado a estos pacientes; capacitar a los profesionales de la salud mental, promover la rehabilitación y garantizar la confidencialidad de la documentación clínica de las instituciones psiquiátricas.

[270] BARRIOS FLORES, LF., "Derechos Humanos y salud mental en Europa", *Norte de Salud Mental*, 2010, vol. 8, nº. 36, pp. 55-67.

Por otro lado, en abril de 1985 tuvo lugar la Conferencia de Ministros de Salud europeos con el lema "*Mental Health in the Future, Analysis Of The Main Results of The European Health Committee's Ework Over The Last Twenty-Five Years*"[271]. El punto 6 del documento final fue el dedicado a la protección y promoción de la salud mental e incluyó tres subapartados: la organización de los servicios preventivos de salud mental; la prevención de los problemas relacionados con el alcohol, con alguna referencia al tabaco; y la prevención de los problemas relacionados con las drogas. En el primero, relativo a la organización en la que se incluía el cuidado, se recoge el respeto a una serie de estándares y líneas directrices. La primera es que debía desarrollarse una prevención activa de las enfermedades mentales sobre la base de la investigación sobre su etiología, y especialmente, en las condiciones de vida y de trabajo, la relación entre familia y trabajo, la planificación urbana, la implicación de la comunidad y los factores somáticos, incluidos los genéticos.

El interés siguió en la misma línea, siendo un paso importante la adopción, en 1994, por parte de la Asamblea, de la Recomendación 1235 (1994) sobre Psiquiatría y Derechos Humanos, en la que la a Asamblea observa que no hay un estudio de conjunto sobre la legislación y ejercicio respecto a la Psiquiatría de los Estados miembros del Consejo, aunque sí cooperación sobre la base de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y del Trato o Castigo Inhumano o Degradante. Por ello, considera que los Estados Miembros del Consejo de Europa deben aprobar medidas legales que garanticen el respeto por los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos e invita al Comité de Ministros a aprobar una nueva recomendación basada en el criterio de recurrir al ingreso obligatorio solamente en casos excepcionales y si existe un serio peligro para el paciente o para terceros, o si la ausencia de internamiento pudiera llevar a un deterioro o prevenir que el paciente recibiera un tratamiento adecuado. En caso de un ingreso obligatorio, la decisión ha de ser adoptada por la autoridad judicial, respetando los principios de la Convención sobre bioética, con posibilidad de apelación y entregando un código de los derechos el paciente, prestando igualmente atención a la situación de las personas detenidas.

[271] Consejo de Europa. Disponible en: https://search.coe.int/cm/Pages/. (Consultado el 14 de octubre de 2023).

Transcurrida una década, y tras la publicación del informe del Comité de Dirección de Bioética, el Libro Blanco sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen un trastorno mental, especialmente ingresadas de forma involuntaria en un centro psiquiátrico[272] (que le sirvió de base el Comité de Ministros aprobaba la Recomendación (2004) 10 sobre Protección de Derechos Humanos y Dignidad de Personas con Trastornos Mentales), contempla el principio de no discriminación, los derechos civiles y políticos, la provisión de servicios sanitarios, confidencialidad, investigación, principios de su tratamiento, situaciones específicas[273], haciendo especial mención al ingreso y tratamiento involuntarios y a las personas con trastornos mentales que cometen delitos penales.

En el mismo sentido, la recopilación de la Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en relación con la salud mental, publicada en 2022[274], recogió esencialmente las sentencias relativas a los Derechos de las personas en relación con internamiento y tratamiento involuntarios en centros de salud mental en relación con los artículos 3, 5 y 8 del Convenio; esto es, prohibición de la tortura, derecho a la libertad y seguridad (privación de libertad por sentencia de tribunal competente) y respeto a la vida privada y familiar. Por tanto, se mantiene centrado todavía en proteger los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

A pesar de lo indicado, en mayo de 2021, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, junto al Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Relatora Especial sobre el derecho a la salud física y mental y Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, solicitaron al Consejo de Europa que retirase el proyecto de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo por mantener un enfoque de políticas y prácticas de salud mental basado en la coacción e incompatible con los principios y estándares

[272] Consejo de Europa, DI R/JUR (000)2 White Paper" *on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment*. Estrasburgo, 3 de enero de 2000.
[273] Así dos artículos dedicados a con las mujeres hay un artículo dedicado a la procreación y otro relativo al fin del embarazo que afirman que padecer enfermedad no es justificación para limitar ni impedir su capacidad de procreación ni para terminar con su embarazo.
[274] Conseil de l 'Europe / Cour européenne des droits de l'homme, Research Unit. Informe: Rights of persons in relation to involuntary placement and treatment in mental healthcare facilities, 2022.

contemporáneos de derechos humanos[275].

> "*Cuando hay esfuerzos en todo el mundo para reformar la política de salud mental, nos sorprende que el Consejo de Europa, una importante organización regional de derechos humanos esté planeando adoptar un tratado que revertiría los desarrollos positivos en Europa, y que provocaría un efecto disuasivo en otras partes del mundo*"[276].

Esto dijeron los expertos, dado que la abrumadora evidencia del Foro Europeo de la Discapacidad, "*Mental Health Europe*" y otras organizaciones, así como el creciente consenso dentro de las Naciones Unidas, incluida la OMS, muestran que la admisión forzosa en instituciones médicas y los tratamientos coercitivos en las instituciones provocan efectos nocivos tales como dolor, trauma, humillación, vergüenza, estigmatización y miedo a las personas con discapacidad psicosocial. Además, instaron a los Estados a que apoyaran la propuesta y al Consejo de Europa a que dejase de legitimar la institucionalización forzada y el uso de la coacción contra las personas con discapacidad, incluyendo las personas mayores con discapacidad

Tras el llamamiento realizado, en junio de 2022, el Comité de Ministros suspendió la adopción del Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo hasta finales del año 2024.

Finalmente, hay que señalar que el "*Plan de Acción estratégica sobre los derechos humanos y las tecnologías en biomedicina (2020-2025)*", que descansa sobre cuatro pilares temáticos[277], recoge un apartado relativo a la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental y afirma que:

---

[275] La abrumadora evidencia del Foro Europeo de la Discapacidad, "*Mental Health Europe*" y otras organizaciones, así como el creciente consenso dentro de las Naciones Unidas, incluida la Organización Mundial de la Salud, muestran que la admisión forzosa en instituciones médicas y los tratamientos coercitivos en las instituciones provocan efectos nocivos tales como dolor, trauma, humillación, vergüenza, estigmatización y miedo a las personas con discapacidad psicosocial, afirmaron los expertos subrayando que el enfoque coercitivo de la salud mental perjudica a las personas con discapacidad y no se debe retroceder para autorizar este enfoque obsoleto. Las personas con discapacidad psicosocial tienen derecho a vivir en la comunidad y a rechazar el tratamiento médico.

[276] Disponible en: https://www.ohchr.org/es/2021/05/un-rights-experts-call-council-europe-stop-legislation-coercive-mental-health-measures (Consultado el 14 de agosto 2023).

[277] Tres de ellos son los aspectos esenciales de derechos humanos que se ven afectados por los nuevos desarrollos esto es a gobernanza de las tecnologías, la equidad en la asistencia sanitaria y la integridad física y mental. El cuarto pilar es transversal y se refiere a la cooperación y la comunicación. Disponible en: https://rm.coe.int/plan-d-action-strategique-final-f/1680a2c5d1 (Consultado el 14 noviembre 2023).

"*la cuestión de la salud mental es uno de los mayores retos a los que se enfrentarán los sistemas sanitarios en el futuro. La atención a la salud mental no debe tratarse de forma diferente a la atención a la salud física, y en ambos casos debe adoptarse un enfoque basado en los derechos humanos*".

Sin embargo, la preocupación esencial sigue siendo que se promuevan los derechos y la autodeterminación de todos los pacientes, incluidas las personas con problemas de salud mental, y que puedan participar activamente, en la medida de lo posible, en todas las decisiones relativas a su tratamiento y atención[278].

En definitiva, en el Consejo de Europa, el tratamiento otorgado a la salud mental se centra en los supuestos de ausencia de salida de enfermos con problemas de salud mental y protección de sus derechos, pero no en el derecho a la salud mental, lo que probablemente obedezca al tipo de protección otorgado al derecho a la salud, excluido de los derechos recogidos en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales.

2.3.4.2 Hacia un enfoque global de salud mental en la Unión Europea

El pasado 7 de junio de 2023, la Comisión Europea publicó una Comunicación sobre un enfoque global sobre la salud mental que pone de manifiesto el reconocimiento de la importancia de la salud en el ámbito de la UE como parte integral de la salud en general, con un impacto en todos los aspectos de la vida de una persona, incluso en la familia, los amigos y los compañeros de trabajo[279].

---

[278] Y recogiendo como acciones la elaboración de un instrumento jurídico para proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales frente a los ingresos y tratamientos involuntarios. La privación de libertad como consecuencia de un ingreso y tratamiento involuntarios vulnera el derecho de la persona a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos o degradantes (artículo 3), el derecho a la libertad (artículo 5) y el derecho a la intimidad (artículo 8), establecidos en el Convenio Europeo de Derechos Humanos.

[279] La Comisión Europea ha apoyado acciones y proyectos que mejoran la salud mental de las personas en la UE durante los últimos veinticinco años. Ya en 2005, se había reconocido que la promoción de la salud mental, y la prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los problemas de salud mental son una prioridad para la OMS y sus Estados Miembros, para la Unión Europea y para el Consejo de Europa en la reunión que en enero de ese año, Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental, en Helsinki mantuvieron los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS, allí reconocieron que la salud mental y el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida y productividad de las personas, las familias, la comunidad y las naciones, permitiéndolas desarrollar una vida plena y ser ciudadanos activos y creativos. Además, consideraron que el principal objetivo en materia de salud mental es mejorar el bienestar de las personas, incidiendo en sus capacidades y recursos,

Partiendo de la definición de la OMS, considera la salud mental como parte integrante de la salud y la define como estado de bienestar en el que las personas desarrollan sus propias habilidades y pueden hacer frente a los momentos de estrés de la vida y contribuir a su vida en comunidad. Incide, además, en su dimensión social/comunitaria al considerarla como una condición previa para una economía productiva y una sociedad inclusiva, y va más allá de cuestiones individuales o familiares[280].

Con ello, se expresa el progresivo protagonismo que ha ido adquiriendo la salud mental en la UE hasta conformarse como una prioridad. Así, el informe "*Health at a Glance: Europe*" 2018 indicaba que unos 84 millones de personas en toda la UE tenían problemas de salud mental con un coste estimado en más del 4 % del PIB (más de 600.000 millones de euros) en los 27 países de la UE y el Reino Unido. Pero la pandemia y el período posterior a ella incrementaron la carga sobre los servicios de salud mental, de forma que el informe de 2020 tuvo que reconocer su impacto en el bienestar mental de los ciudadanos, con pruebas de mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión, considerando que los jóvenes y los grupos con menores recursos corren un mayor riesgo, mientras que las perturbaciones en la atención sanitaria de las personas con trastornos de salud mental preexistentes constituyeron una parte significativa del impacto negativo que la pandemia en la salud mental[281].

Por su parte, el informe "*Health at a Glance: Europe*" de 2022 destaca que casi uno de cada dos jóvenes europeos declara tener necesidades de salud mental no satisfechas, al tiempo que la proporción de jóvenes que comunican síntomas de depresión en varios países de la UE aumentó en más del doble durante la pandemia. Además, el

---

reforzando su resiliencia y aumentando los factores externos de protección. Desde entonces, se trabajó en favor de la salud mental en la UE. En 2013, se lanzó la Acción Conjunta sobre Salud Mental y Bienestar que, posteriormente, dio lugar al Marco de Acción Europeo sobre Salud Mental y Bienestar, publicado en 2016. El objetivo era ayudar a los Estados miembros a revisar sus políticas en esta materia y crear un instrumento para el desarrollo de una estrategia para afrontar los problemas de salud mental por parte de la Unión Europea y los Estados miembros.

[280] "*La salud mental o los problemas de salud no son compartimentos estancos, sino que se ven condicionados por factores personales y externos. Refleja la situación de nuestra sociedad, nuestra economía, nuestro medio ambiente e incluso la situación mundial a nuestro alrededor, y se ve influenciada por ellas*". Bruselas, 7.6.2023 COM (2023) 298 final Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones: Sobre Un Enfoque Global de la Salud Mental.

[281] Disponible en: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2020_en (Consultado el 17 de septiembre de 2023).

46% de los ciudadanos de la UE han tenido un problema emocional o psicosocial en los últimos doce meses, y el 89% de los ciudadanos de la UE están de acuerdo en que promover la salud mental es tan importante como promover la salud física.

Si bien reconoce que muchos países han aplicado medidas para proteger y cuidar la salud mental de los jóvenes, la magnitud de los retos actuales justifica la adopción de nuevas medidas, puesto que los datos ponen de manifiesto que la situación de la salud mental en la población de la UE es un problema crítico que necesita soluciones urgentes para garantizar el bienestar de los ciudadanos europeos y prevenir más sufrimiento y suicidios. Así lo manifestó el informe del subgrupo de salud mental de la UE de febrero 2023[282], que reconoció que los Estados Miembros deben considerar la promoción y la prevención de los problemas de salud mental como uno de los retos más urgentes a abordar por la UE, seguidos del apoyo y la mejora del acceso al tratamiento y la atención de los problemas de salud mental. Por ello, se requiere de una reorientación de las prioridades hacia la prevención, con el fin de abordar los factores de riesgo conductuales y los determinantes sociales, medioambientales y comerciales, y de adoptar medidas más ambiciosas en materia de promoción de la salud mental y de prevención de las enfermedades mentales. El informe también destacó que los trastornos mentales y de comportamiento son la segunda causa más común de muerte entre los jóvenes en la UE, que una de cada seis personas padecía enfermedades mentales antes de la pandemia de COVID-19 en la UE, un número que ha aumentado en los últimos años tras los efectos de la pandemia y el estado de conflictos en el mundo, y que ha impactado de forma desproporcionada sobre los jóvenes y las mujeres.

De ahí la importancia de la Comunicación de la Comisión que, tras apoyar en los últimos veinticinco años acciones y proyectos que mejoran la salud mental de las personas[283], representa un nuevo punto de partida puesto que, tras una amplia consulta

[282] El subgrupo de salud mental de la Unión Europea es una entidad dependiente de la Comisión, compuesto por expertos en salud mental de los Estados miembros de la UE, así como por otras partes interesadas relevantes, que se ocupa de los problemas de salud mental en la UE, publica informes y realiza investigaciones para entender mejor la situación de la salud mental en la UE y proponer soluciones. El subgrupo reconoce que los problemas de salud mental son un desafío crítico que requiere soluciones urgentes. Por lo tanto, promueve la prevención de los problemas de salud mental y el apoyo a las personas que los padecen. Además, este subgrupo trabaja en estrecha colaboración con los Estados miembros de la UE y otras partes interesadas para desarrollar políticas y estrategias eficaces en el ámbito de la salud mental.
[283] Se ha hablado ya de las acciones y proyectos que la Comisión Europea ha desarrollado para mejorar la salud mental de las personas en la UE durante los últimos veinticinco años.

con los Estados las partes interesadas y los ciudadanos, se ha desarrollado un enfoque global, orientado a la prevención, incorporando a las múltiples partes interesadas en materia de salud mental.

Así, se parte del presupuesto que los retos actuales en materia de salud mental pueden afectarnos a todos y requieren acciones concertadas y el pleno compromiso de todos los agentes implicados, ya que la salud mental es una parte fundamental de la salud de las personas que permite hacer uso de las propias habilidades, enfrentarse a las situaciones de estrés de la vida, socializar, trabajar y contribuir a la vida comunitaria, vinculando salud mental con derechos humanos. En concreto, con el artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE relativo a la protección de la salud y al derecho que tiene toda persona a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales.

> "*Según el pilar europeo de derechos sociales, toda persona tiene derecho a un acceso oportuno a asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad. Una sociedad sana debe en parte consistir en que las personas sepan que se puede encontrar ayuda y tener acceso a apoyo y tratamientos asequibles de alta calidad. Uno de los principales objetivos de política pública debe ser garantizar que nadie se quede atrás, que los ciudadanos tengan igualdad de acceso a servicios de prevención y salud mental en toda la UE, y que la reintegración y la inclusión social guíen la acción colectiva para abordar los problemas de salud mental. Se necesitan orientaciones eficaces, coordinación, apoyo reforzado y acciones específicas para acercar a Europa a ese objetivo*"[284].

Por ello, el nuevo enfoque reconoce que la salud mental no se limita a la salud y, por lo tanto, implica en gran medida ámbitos como la educación, la digitalización, el empleo, la investigación, el desarrollo urbano, el medio ambiente y el clima, y afirma que todas las instituciones y niveles de gobierno pueden y deben desempeñar su papel para superar las barreras que impiden la buena salud mental, y que se requieren esfuerzos

[284] Bruselas, 7.6.2023 COM (2023) 298 final Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones: Sobre Un Enfoque Global de la Salud Mental.

coordinados, dentro y fuera del sistema sanitario, para movilizar a la sociedad en su conjunto y adoptar un planteamiento orientado hacia el transcurso de la vida, haciendo hincapié en la igualdad y la no discriminación.

Sobre la base de las anteriores iniciativas, la propuesta de la Comunicación se basa en políticas, enfoques y acciones ya existentes[285], planteando veinte iniciativas emblemáticas, guiadas por tres principios rectores.

El primer principio es el de la prevención adecuada y eficaz; el segundo, el acceso a una asistencia sanitaria y un tratamiento psiquiátricos de alta calidad y asequibles; y, el tercero, la reinserción en la sociedad tras la recuperación, todo ello siguiendo un planteamiento holístico, por cuanto los factores que afectan a la salud mental son muy variados. Estos principios rectores fundamentan todos los aspectos de la iniciativa de la Comisión y quedan reflejados en sus distintos apartados.

Ante de entrar en las iniciativas, conviene indicar que la Comisión plantea oportunidades de financiación por valor de 1.230 millones de euros, procedentes de distintos programas prexistentes[286], que han de ayudar directa e indirectamente a los Estados miembros a adoptar un enfoque global de la salud mental que se puede considerar como un aspecto positivo de una voluntad real de actuación en el ámbito de la salud mental a nivel de la UE.

De acuerdo con la Comunicación, los esfuerzos se centrarán en ocho ámbitos generales. En primer lugar, se busca integrar la salud mental en todas las políticas de la

[285] Así, se cuenta en la UE con el Plan de Trabajo Anual de 2020 del Tercer Programa de Salud, cuyas metas son reformar el sistema de salud mental, centrándose en el refuerzo de los servicios comunitarios centrados en el cliente, un programa nacional de prevención del suicidio a varios niveles y un programa de intervención gradual para luchar contra la depresión, desarrollado a través de la colaboración europea; con el programa "UEproSalud, 2021-2027" que supone un apoyo financiero de la UE en el ámbito de la salud mental. En concreto, la Comisión ha movilizado 9 millones de euros para este programa con la meta de ayudar en materia de salud mental, especialmente para personas que huyen de Ucrania y necesitan apoyo postraumático y, finalmente, la iniciativa "*Más sanos juntos*", lanzada en 2022, que tiene como objetivo ayudar a los países de la UE a identificar y aplicar políticas y acciones eficaces para reducir la carga de las principales enfermedades no transmisibles y mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos. Cabe mencionar también la Resolución del Parlamento Europeo de 5 de julio del 2022 sobre salud mental en el mundo laboral digital.

[286] A través del programa del programa UEproSalud, de los programas Horizonte 2020 y Horizonte Europa. Además, se afirma que las autoridades nacionales, regionales y locales también pueden utilizar la financiación de la política de cohesión, particularmente el Fondo Social Europeo Plus (FSE+) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), para fortalecer la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria mediante la inversión en, por ejemplo, infraestructuras y equipos pertinentes, asistentes personales, equipos móviles, líneas de ayuda y trabajadores sociales así como el Instrumento de Apoyo Técnico (IAT).

Unión, por cuanto se reconoce que el sistema sanitario no puede, por sí solo, superar los obstáculos a la buena salud mental, puesto que un enfoque global implica reconocer:

> "*la influencia de los factores biológicos y psicológicos, así como la importancia de la familia, la comunidad, la economía, la sociedad, el medio ambiente y la seguridad. Estos factores incluyen el papel de la combinación de trabajo y cuidados, el entorno escolar y laboral, el mundo digital y los determinantes sociales (por ejemplo, los niveles de violencia experimentados, el género, el comportamiento y la educación), económicos (por ejemplo, la inestabilidad, la inflación, la pobreza y el desempleo) y comerciales (por ejemplo, la presión de las prácticas comerciales agresivas) de la salud".*

Por ello, todas las actuaciones en estos distintos ámbitos[287] están encaminadas también a promover la buena salud mental, siendo emblemática la "*Iniciativa europea de desarrollo de capacidades en materia de salud mental*", por la cual, además de la asignación económica en 2023 (en el marco del programa UEproSalud, para apoyar a los Estados miembros en el desarrollo de capacidades para un enfoque que promueva la salud mental en todas las políticas junto con la OMS[288]), en el año 2024, la Comisión pondrá en marcha un conjunto de herramientas para un enfoque multidisciplinar del desarrollo de capacidades en materia de salud mental.

En segundo lugar, la promoción de una buena salud mental por la vía de la

[287] Los relativos a la igualdad, con las cinco estrategias de igualdad en 2020 y 2021 para avanzar hacia una Unión de la Igualdad, poniendo el acento en el riesgo de que la discriminación provoque el deterioro de la salud mental; la infancia, considerada una etapa crucial de la vida para determinar la salud mental en el futuro, como se subraya en la Estrategia de la UE sobre los Derechos del Niño, que exige un enfoque global para prevenir y proteger a los niños de cualquier forma de violencia; el Año Europeo de la Juventud 2022 que se centró en restablecer una perspectiva positiva para los jóvenes e incluyó actividades de apoyo a la salud mental y el bienestar de los jóvenes; el Año Europeo de las Competencias que promueve durante 2023 la inversión en formación y el perfeccionamiento profesional para aumentar las oportunidades vitales y mejorar la adaptabilidad de las personas y los trabajadores a los cambios, lo que es pertinente para la promoción de un enfoque global de la salud mental. Y entre todos esos ámbitos, los objetivos y medidas del Pacto Verde Europeo que promueven un medio ambiente limpio, la renaturalización y restauración de los espacios y la ecologización urbana, que se considera, sobre la base de las investigaciones recientes, que influyen positivamente en la salud física y mental o la Ley de Servicios Digitales crea un amplio conjunto de obligaciones de diligencia debida aplicables a los intermediarios en línea para subsanar los riesgos relacionados con el uso de servicios digitales, incluidos los riesgos relacionados con la salud mental, especialmente en niños y jóvenes.

[288] En 2023, la Comisión asignará 11 millones euros además de asignar 10 millones euros para apoyar el papel de las partes interesadas en la promoción de la salud mental en las comunidades, con énfasis en los grupos vulnerables, en particular los niños y jóvenes y las poblaciones de migrantes o refugiados.

prevención y la detección temprana, puesto que se afirma que la promoción de una buena salud mental, la prevención de los problemas de salud mental y la intervención temprana son más eficaces y rentables que el tratamiento. A ella están dedicadas cinco de las veinte iniciativas recogidas en la Comunicación. Se trata de la "*Iniciativa Europea de Prevención de la Depresión y el Suicidio*"[289], y la Iniciativa "*Más sanos juntos: salud mental*", para reforzar el capítulo de salud mental de la iniciativa de la UE sobre enfermedades no transmisibles "*Más sanos juntos*"[290]. También, la denominada "*Puerta de acceso*" para las personas que experimentan problemas de salud mental con la creación de un repositorio de las mejores prácticas de los Estados miembro, con el fin de aprender unos de otros y orientar a las personas hacia una asistencia eficaz, invitando a los Estados a crear sitios web nacionales para que las personas tengan un punto de referencia a fin de mejorar el acceso al tratamiento, al apoyo y a la asistencia. Se incluye, además la elaboración de un "*Código Europeo de Salud Mental*", con el objetivo de empoderar a las personas que experimentan problemas de salud mental para que puedan cuidar mejor su propia salud mental y la de sus familias y cuidadores, proporcionando un conjunto de recomendaciones basadas en pruebas que se promoverán activamente y estarán disponibles en línea. Finalmente, se recoge la iniciativa de desarrollar un ecosistema conjunto para la investigación sobre el cerebro, con el fin de unir a investigadores y partes interesadas, para facilitar y coordinar las actividades y maximizar las inversiones en investigación de la UE y de los Estados miembros.

En este punto, resulta especialmente significativa la primera referencia que en la Comunicación se realiza a la salud materno-infantil. Al respecto, se señala:

> "*Los resultados económicos más sólidos en cuanto a la eficacia de las inversiones en este enfoque corresponden a la intervención temprana centrada en la salud materna e infantil, los niños y adolescentes, la salud mental en el lugar de trabajo, y la prevención del suicidio y las autolesiones*"[291].

[289] La Comisión dedicará 6 millones EUR a reducir el riesgo de que las personas experimenten graves problemas de salud mental apoyando el desarrollo y la aplicación de políticas de prevención de la depresión y el suicidio en los Estados miembros sobre la base del intercambio de mejores prácticas (2023).
[290] La Comisión asignará 8,3 millones EUR con el objetivo de apoyar las acciones de los Estados miembros en materia de promoción de la salud mental, creación de entornos y políticas de apoyo, mejora de la inclusión social y lucha contra la estigmatización y la discriminación asociadas a los problemas de salud mental.
[291] Punto b, segundo párrafo de la Comunicación.

Y en efecto, a lo largo del documento se atiende, como se explicará a continuación, la situación de niños y adolescentes, de los riesgos psicosociales en el trabajo y de la atención a los más necesitados, entre los que incluye a las mujeres.

Así, el tercero de los ámbitos es impulsar la salud mental de los niños y los jóvenes durante sus años más vulnerables y formativos, con un trasfondo de presiones y retos en aumento. Es importante que se atienda específicamente a niños y adolescentes como grupo de riesgo, por sus particulares características que requieren de una atención especializada. De este modo, se busca proteger a los niños y adolescentes de los efectos nocivos de las redes sociales (por ejemplo, pornografía, ciberacoso y dismorfia corporal) y los juegos de azar, especialmente, tras la COVID-19; organizar programas y actividades de prevención para promover la salud mental en las escuelas e introducir la educación en salud mental en las escuelas, promoviendo los conocimientos psicológicos básicos y un mejor reconocimiento de la salud mental y orientación sobre cómo y dónde obtener ayuda; así como prestar atención a las circunstancias que pueden causar una mala salud mental en niños y adolescentes (tales como el acoso escolar, las familias rotas, problemas económicos en el hogar, los malos tratos, y otros factores personales y sociales que pueden contribuir al bienestar mental).

Cuatro son las iniciativas en este ámbito. En primer lugar, la creación de una red de salud mental infantil y juvenil que permita intercambiar información, apoyo mutuo y divulgación a través de los embajadores de la juventud. En segundo lugar, la elaboración de un conjunto de herramientas centrado en la prevención y la intervención temprana de las situaciones de riesgo para los niños, que aborde las interrelaciones entre la salud mental y física y los determinantes clave de la salud, con especial atención a los riesgos del acoso en entornos educativos. En tercer lugar, el desarrollo de herramientas para niños y jóvenes que permitan abordar activamente estilos de vida saludables, así como desarrollar estrategias de prevención de problemas de salud mental en estrecha cooperación con niños y jóvenes, la denominada "*primera iniciativa emblemática de la juventud*". Finalmente, en relación con el mundo digital, bajo el título de "*pantallas saludables, juventud sana*", se continuará con la aplicación de la estrategia "*Una internet mejor para los niños*"; con orientaciones prácticas para las autoridades sobre la mejora de la protección de los niños en el mundo digital, complementadas con un seguimiento de los efectos de la transformación digital en el bienestar de los niños. Además, en esta

línea se plantea un Código de Conducta sobre un Diseño Adaptado a la Edad, que facilitará la Comisión sobre la base de las nuevas normas de la Ley de Servicios Digitales, para reforzar el trabajo realizado en el marco del Código de Conducta para la Lucha contra la Incitación Ilegal al Odio en Internet, en virtud de la Ley de Servicios Digitales. Además, en consonancia con la Estrategia de la UE sobre los Derechos del Niño, la Comisión afirma que presentará en 2024 una iniciativa sobre sistemas integrados de protección de la infancia, con consulta a los niños en su preparación, también en lo relativo a la dimensión de la salud mental, mediante la plataforma de participación infantil de la UE. La voz de los niños debe ser escuchada y, para ello, son necesarias herramientas e iniciativas específicas.

El cuarto ámbito es el denominado "*ayuda a los más necesitados*", dado que los problemas de salud mental están asociados a muchas formas de desigualdad y debe prestarse especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad, siendo las madres solteras en situación de pobreza uno de los ejemplos recogidos de personas que pueden pertenecer a uno o más grupos vulnerables al mismo tiempo.

Las personas mayores y los problemas de soledad, la discriminación por motivos de orientación sexual, identidad de género, expresión de género o características sexuales, los pacientes de cáncer[292], las personas con discapacidad, las víctimas de delitos (en particular, las que hayan sufrido daños considerables debido a la gravedad del delito o a sus características personales, como las víctimas del terrorismo, las víctimas de trata de seres humanos, las víctimas de delitos motivados por el odio)[293], las víctimas menores de edad, los refugiados y las personas desplazadas, las personas sin hogar, la población gitana (que puede estar expuesta a un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental, dada su situación a menudo difícil, derivada de los bajos ingresos socioeconómicos, el entorno y la exclusión, la falta de acceso a la educación y el empleo, las malas condiciones

[292] A los que está dedicada una de las dos iniciativas emblemáticas "*la Misión sobre el cáncer: plataforma para jóvenes supervivientes de cáncer*" proporcionado a estos una plataforma para ayudarles a mejorar su salud mental y apoyando el trabajo colaborativo entre los Estados miembros para prestar apoyo psicológico a los pacientes de cáncer, a sus cuidadores y a sus familias.

[293] La otra iniciativa emblemática de este ámbito es en relación con la protección de las víctimas de delitos, tratar de mejorar el acceso de las víctimas de delitos al apoyo psicológico y de salud mental mediante la revisión de la Directiva por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos.

de alojamiento, la segregación y la discriminación) y las personas que viven en zonas rurales o remotas son, junto a las mujeres, los grupos más necesitados.

En relación con las mujeres, se afirma que tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión que los hombres debido a multitud de factores, tales como la biología, las circunstancias de la vida y los factores de estrés culturales[294], considerándose especialmente vulnerables las víctimas de violencia, por lo que se buscará la mejora de su protección y apoyo[295]. Para prevenir las prácticas nocivas contra las mujeres y las niñas, y diseñar estrategias para combatirlas, se creó la Comisión red de la UE sobre la prevención de la violencia de género y la violencia doméstica. Además, se recoge la violencia física y sexual, y las amenazas que sufren las víctimas de la trata de seres humanos como desencadenantes de problemas de salud.

Finalmente, el punto relativo al objeto de esta tesis y la primera referencia clara en un documento de la Unión Europea a la salud mental materno-infantil. Al respecto, se afirma que: "*Deben abordarse la depresión posnatal y otros problemas de salud mental que puedan surgir durante el embarazo y posteriormente, a fin de proteger la salud mental tanto de los niños como de las mujeres*". Y, para ello, aunque no está recogido en ninguna de las dos iniciativas emblemática, la Comisión cuenta con el proyecto "*HappyMums*", financiado por la UE, que pretende explorar los mecanismos fisiológicos que permitan intervenciones clínicas eficaces con base científica. Señala, igualmente, que deben abordarse retos como la desigualdad en el acceso al empleo, los contratos no fijos y la desigualdad de retribución, así como el reparto desigual de las responsabilidades domésticas y familiares, y las presiones y la dependencia económicas que experimentan las mujeres. Para ello, la Comisión buscará que los Estados miembros transpongan y apliquen plena y correctamente la legislación de la UE sobre la igualdad de oportunidades e igualdad de trato para mujeres y hombres en asuntos de empleo y ocupación, sobre la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores,

[294] Afirmación que sustenta en el informe de la OMS de 2000, "*Women's Mental Health: An Evidence Based Review*". Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf?sequence=1. (Consultado el 11 de diciembre de 2023).

[295] En aplicación de las obligaciones que la UE ha asumido, en virtud del Convenio de Estambul y de la futura Directiva de la Unión sobre la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, que se examinarán en el siguiente apartado.

y sobre la transparencia salarial.

Uno de los ámbitos al que tradicionalmente la UE ha prestado más atención es la salud mental en el trabajo, en la que se busca progresar mediante la sensibilización y la mejora en la prevención. Así, abordar los riesgos psicosociales en el trabajo es el quinto ámbito que desarrolla en su documento. Dos son las iniciativas emblemáticas. Por un lado, la denominada "*Iniciativa a nivel de la UE sobre los riesgos psicosociales*", por la que la Comisión llevará a cabo una revisión por pares de los enfoques legislativos y de ejecución con vistas a presentar una iniciativa a nivel de la UE sobre los riesgos psicosociales a medio plazo. Por otro, la realización de campañas en los lugares de trabajo[296].

Los otros grandes ámbitos son el fortalecimiento de los sistemas de salud mental y mejora del acceso a tratamientos y cuidados con la Iniciativa para aumentar el número de profesionales en la UE y mejorar su formación[297], el apoyo técnico a las reformas en materia de salud mental en diversos sectores y la recopilación de datos sobre salud mental, con la realización a partir de 2025 de la encuesta europea de salud mediante entrevista (EHIS); la lucha contra la estigmatización y la discriminación con una iniciativa para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores formales o informales, incluidos los pacientes de cáncer y el fomento de la salud mental a escala mundial con dos iniciativas emblemáticas: la primera, destinada a la personas afectadas por la guerra de agresión rusa contra Ucrania, y la segunda, de apoyo a la difusión del paquete de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia humanitaria.

En definitiva, en palabras de la Comisaria responsable de Salud y Seguridad

[296] Campaña "*Trabajos saludables*" de la EU-OSHA a escala de la UE: "*Trabajo seguro y saludable en la era digital*", con énfasis en la salud mental en el trabajo (2023-2025); Campaña "*Trabajos saludables*" de la EU-OSHA a escala de la UE en materia de riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo, con énfasis en los sectores profesionales nuevos y desatendidos, incluidos los sectores de la agricultura y la construcción, así como los grupos de trabajadores poco cualificados, migrantes o jóvenes (2026/2027/2028).

[297] A partir de 2023, la Comisión reforzará la formación del personal sanitario y otros profesionales, como los profesores y los trabajadores sociales. También se pondrá en marcha un nuevo programa de intercambio transfronterizo para profesionales de la salud mental a través de un apoyo financiero específico en el marco del programa UEproSalud (9 millones EUR). Esto debería permitir contar con unos 2.000 profesionales formados en toda la UE de aquí a 2026 y una media de 100 intercambios al año.

Alimentaria[298]:

> "*No hay salud sin salud mental y no puede haber una Unión Europea de la Salud si no podemos acceder, de forma equitativa, a la prevención, el tratamiento y la atención sanitaria de nuestros problemas psíquicos, en el momento en que lo necesitemos*".

La publicación de la Comunicación implica el comienzo de una nueva etapa en materia de salud mental con un enfoque global orientado a la prevención, acabar con la estigmatización y la discriminación para que las personas que lo requieran puedan pedir ayuda y recibir el apoyo que necesiten.

Así, en la línea de ese comienzo de una nueva etapa en materia de salud mental en la UE señalar que, tras la comunicación de la Comisión, tanto el Parlamento Europeo como el Consejo de la Unión Europea se han ocupado de la salud mental.

En efecto, el pasado 7 de noviembre de 2023, el Parlamento Europeo aprobó unas recomendaciones para la priorización de las estrategias en salud mental dentro de todas las políticas de la Unión Europea, al considerar la salud mental como parte integral de la salud de una persona[299]. Con este primer informe del Parlamento sobre salud mental, se insta a la UE a tomar más medidas para abordar estos factores, "*invirtiendo en prevención, apoyo y tratamiento adecuado para las personas que padecen enfermedades mentales y reforzando la resiliencia de la salud mental para todos*", ya que, se afirma, las políticas de salud, a menudo, descuidan abordar la salud mental. Algo que ha tildado de "*preocupante*", considerando el aumento constante de las condiciones de salud mental.

[298] Stella Kyriakides, comisaria - 07/06/2023.

[299] Al igual que hiciera la Comisión, el Parlamento también señala que la salud mental y el bienestar están condicionados por una combinación de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos y genéticos, y que cualquier persona en cualquier momento de su vida puede volverse más susceptible a una peor salud mental. Pide a los Estados que prioricen y mejoren el acceso a los servicios de salud mental, iniciativas que combatan el estigma, la exclusión y la discriminación de personas con problemas de salud mental y que mejoren el acceso a los servicios. Por otro lado, una de las grandes peticiones que recoge el informe es la necesidad de más inversión e investigación en salud mental, además de abordar la correlación entre las enfermedades no transmisibles y la salud mental. En este sentido, y teniendo en cuenta la evolución demográfica de la UE, habrá de prestarse atención especial a la soledad, la demencia y el Alzheimer. Considera igualmente clave el refuerzo del mercado de medicamentos de la UE para garantizar un acceso igualitario y asequible a medicamentos y tratamientos innovadores y aliviar la escasez de medicamentos; el fomento y aceleración de las asociaciones público-privadas para fortalecer la innovación; o la mejora de la investigación, incluida la interconexión entre las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En el informe insta a la Comisión a preparar un plan estratégico de carácter integral e integrado a largo plazo, basándose en los principios recogidos en la Comunicación y a los gobiernos nacionales para que desarrollen las correspondientes estrategias nacionales con plazos claros, presupuestos adecuados, objetivos concretos e indicadores para supervisar el progreso[300].

En cuanto al Consejo de la Unión Europea, tras la Reunión de Alto Nivel sobre Salud Mental que tuvo lugar en Avilés, en el marco de la Presidencia española del Consejo de la Unión Europea, se anunció que España elevaría al Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea (EPSCO) la aprobación de un marco estratégico común sobre Salud Mental, fruto de los trabajos que se vienen desarrollando durante la Presidencia española del Consejo de la UE en esta materia[301].

Y, en efecto, el 30 de noviembre de 2023 se aprobaron las Conclusiones del Consejo sobre la salud mental[302], que comienzan afirmando que la mejora de la salud mental es un imperativo individual, social y económico, con referencia al artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea[303].

En las Conclusiones se invita tanto los Estados miembros como a la Comisión a emprender distintas acciones.

En el caso de los Estados, se les insta a priorizar las políticas y servicios integrados que se ocupan de la salud mental y el bienestar, y a elaborar planes de acción o estrategias

[300] Publicado en prensa. Gaceta Médica. *El informe que insta a integrar la salud mental en todas las políticas, aprobado por el Parlamento Europeo*, 7 de noviembre de 2023. Disponible en: https://gacetamedica.com/politica/el-informe-que-insta-a-integrar-la-salud-mental-en-todas-las-politicas-aprobado-por-el-parlamento-europeo. (Consultado el 30 de noviembre 2023).

[301] Publicado en prensa. La Moncloa. *La Moncloa elevará al Consejo de Europa la aprobación de un marco estratégico en Salud Mental*, 14 de noviembre de 2023. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2023/141123-minones-marco-ue-salud-mental.aspx. (Consultado el 30 noviembre 2023).

[302] Consejo de la Unión Europea. Bruselas, 30 de noviembre de 2023.15971/23.Conclusiones del Consejo sobre la salud mental.

[303] Y que en sentido similar a la Comisión reconoce que los problemas de salud mental están asociados a numerosas formas de desigualdad, como, por ejemplo, las personas en situación de vulnerabilidad, las minorías, los grupos marginados y las personas en situaciones socioeconómicas desfavorecidas, como las que dependen de los servicios de cuidados de larga duración, las personas que sufren soledad y aislamiento social, los niños y los jóvenes, las personas mayores, las mujeres, las personas LGTBI, los pacientes de cáncer, las personas con discapacidad, los refugiados, los migrantes, los presos y las personas sin hogar. Y que los problemas de salud mental están relacionados con factores determinantes de la salud (como el acceso a la asistencia sanitaria, factores biológicos y psicológicos, la nutrición y la actividad física, el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales), así como con factores medioambientales, urbanísticos, climáticos, sociales, culturales, económicos y comerciales.

para abordar las cuestiones más prevalentes y urgentes. Entre ellas, aplicar un enfoque de salud mental en todas las políticas que supere el ámbito de la salud e incluya, como factores pertinentes, cuestiones de otros sectores clave, tales como el empleo, la educación, la digitalización (incluidos los efectos de la inteligencia artificial), la protección social, la seguridad financiera, la investigación, la vivienda, la planificación urbanística, el acceso a la cultura, los medios de comunicación y la comunicación, el medio ambiente y el clima. Especialmente relevante son los señalamientos a reconocer los determinantes sociales, medioambientales y económicos de la salud mental; a mejorar la educación sobre alfabetización en salud mental desde edades tempranas; a promover la salud mental y el bienestar en diferentes contextos a lo largo de la vida (con especial énfasis en el fortalecimiento de los factores de protección de una buena salud mental y la resiliencia en materia de salud mental, tales como la participación en el deporte y la cultura); a prevenir los problemas mentales (incluidas la prevención del suicidio, la autolesión y la depresión) en diferentes contextos; a mejorar los sistemas y servicios de salud mental para responder a las necesidades expresadas por las personas que sufren problemas de salud mental, para alcanzar una cobertura sanitaria universal de calidad; a mejorar el acceso oportuno y equitativo a una atención en materia de salud mental eficaz y segura, así como su coordinación, promoviendo el diagnóstico precoz y la asistencia integrada a través de servicios de salud mental basados en la comunidad y orientados a la recuperación; a promover prácticas de atención y servicios de salud mental basadas en datos contrastados, así como tratamientos basados en directrices que incluyan la prevención de la polifarmacia, siempre que sea posible; a promover la prevención, la detección precoz y el cuidado de las personas con comportamientos suicidas y sus consecuencias; a desarrollar acciones para hacer frente a la soledad en la población general, haciendo y en los grupos de riesgo a este respecto. Pero, además, continúa sus recomendaciones instando a velar por la aplicación efectiva de la legislación nacional y de la UE vigente para garantizar la seguridad y la salud en el trabajo y promover la salud mental, la prevención y la gestión de los riesgos psicosociales y reforzar los recursos de salud mental en el lugar de trabajo; a promover acciones para mantener o reforzar la salud mental de los profesionales de los servicios sanitarios; a promover la salud mental, el desarrollo de capacidades de aprendizaje social y emocional, la detección precoz y el cribado en entornos educativos para apoyar, gestionar y promover la salud mental de los

niños y los jóvenes; a promover el acceso a servicios especializados de salud mental para niños en edad escolar; a apoyar el desarrollo y el establecimiento de equipos profesionales interdisciplinarios en el ámbito de la salud mental, integrando todas las disciplinas clave para ofrecer un enfoque holístico de la promoción, la prevención, el tratamiento y los cuidados; a recopilar periódicamente datos e información recientes y comparables; a reforzar las acciones encaminadas a reintegrar a las personas en la sociedad y prevenir en la medida de lo posible las recaídas tras la desinstitucionalización o la reintegración. Además, se invita a estudiar la creación de un equipo multidisciplinar en cada Estado miembro, responsable de velar por que la salud mental se tenga en cuenta en todas las políticas, a fin de hacer un seguimiento de la aplicación de las políticas de salud mental con indicadores.

A la Comisión, se le pide que apoye las políticas de los Estados miembros y en su aplicación de la Comunicación sobre un enfoque global de la salud mental; que presente un documento de síntesis sobre las iniciativas emblemáticas presentadas en la Comunicación de la Comisión sobre un enfoque global de la salud mental con calendario para la ejecución de cada iniciativa emblemática y el presupuesto financiero asignado; que refuerce la salud mental en todas las políticas garantizando sinergias en el seno de la Comisión y que haga un seguimiento y analice la eficacia y los resultados de la ejecución de las iniciativas emblemáticas definidas en la Comunicación de la Comisión. También se la insta a fomentar la comprensión de los problemas de salud mental; a sensibilizar y promover el intercambio de buenas prácticas, a prestar atención especial a los grupos vulnerables y socioeconómicamente desfavorecidos; a promover y visibilizar posibilidades de financiación y ejecute los programas de intercambio y formación multidisciplinar para profesionales sanitarios y de asistencia social y otros profesionales en contacto con personas en diferentes situaciones, a fin de apoyar y promover sus capacidades en materia de salud mental y la calidad de los cuidados, así como para fortalecer su resiliencia en materia de salud mental.

A ambos, Estados y Comisión, se les solicita que, además de continuar cooperando en la lucha contra la estigmatización:

> "*fomenten el diseño y la aplicación de acciones y recomendaciones en forma de un plan de acción de la UE sobre la base de la promoción del bienestar de todos*

los grupos de población del espectro completo de edades, la prevención de los problemas de salud mental y la mejora de la resiliencia en materia de salud mental".

Resulta significativo que, pese a las numerosas recomendaciones realizadas en el ámbito de la salud mental, en los documentos de la Unión Europea, la atención a la salud mental en el espectro de edad de los menores de 5 años y del grupo social mujeres que voluntariamente han llegado a la maternidad hasta la fecha sólo ha sido recogida en la Comunicación de la Comisión con la referencia la eficacia de la inversión y la necesidad de "*abordar la depresión posnatal y otros problemas de salud mental que puedan surgir durante el embarazo y posteriormente*".

2.4 Perspectiva de género en salud mental: salud mental y mujer

La perspectiva de género en salud es un campo de trabajo que, todavía, no ha encontrado suficiente arraigo en la práctica clínica general. La desigualdad de las mujeres en el acceso a una atención sanitaria en condiciones de igualdad, si bien es uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (el ODS 5), es una realidad presente, incluso, en aquellos países desarrollados con sistemas de salud avanzados, como es el caso de España.

Son muchos los factores que influyen en esta desigualdad sanitaria. Por una parte, la propia socialización de género de las y los profesionales sanitarios aumenta el riesgo de que éstos psicologicen los síntomas somáticos de las mujeres, con un infra-diagnóstico de enfermedades, y una mayor tendencia a recetar a éstas tratamientos antidepresivos y ansiolíticos para el manejo de sus padecimientos. Por otro lado, la medicina androcéntrica ha tomado el cuerpo del hombre como universal, de tal forma que las manifestaciones clínicas en este son consideradas como las esperables[304]. Un ejemplo típico es el caso del infarto de miocardio, en el que la presentación clásica de dolor en el brazo izquierdo es propia de los hombres, mientras que en las mujeres es más frecuente el malestar abdominal. Dado que en la formación médica se estudia la presentación típica del hombre (dolor opresivo en el pecho irradiado al brazo izquierdo) como la universal, cuando llegue

[304] VELASCO, S., *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud.* Minerva Ediciones, Madrid, 2009.

una mujer a un servicio de urgencias con malestar abdominal, es más probable que el médico que la atienda no se plantee la hipótesis diagnóstica de infarto, al no tener las manifestaciones que considera esperables. Del mismo modo, la mayor parte de los estudios de fármacos se han realizado sobre muestras poblacionales de hombres y sobre ellos se han establecido las dosis efectivas y los efectos secundarios, sin tener en cuenta las variaciones que puede haber en las mujeres, debido, por ejemplo, a cambios en el metabolismo producidos por sus ciclos hormonales fisiológicos.

Otro campo, que merece un estudio aparte, es el referido a la atención sanitaria a los procesos ginecológicos y reproductivos de las mujeres. Históricamente, la atención médica proporcionada a las mujeres durante sus procesos reproductivos –fundamentalmente, desde la especialidad de obstetricia– se ha centrado, sobre todo, en los aspectos más físicos de los mismos, mostrando un interés limitado por los procesos psíquicos implicados en la reproducción[305]. De hecho, en la atención médica a los embarazos y los partos tienen lugar, con frecuencia y a escala mundial, tratos deficientes, irrespetuosos e incluso maltrato, como ha reconocido la OMS[306]. El trato incorrecto a las mujeres durante sus embarazos y partos se asocia con sintomatología postraumática, problemas afectivos y perturbaciones en la vinculación con sus bebés, suponiendo un importante problema de salud a nivel poblacional[307].

En el caso de la salud mental, la perspectiva de género resulta especialmente importante.

[305] OLZA, I., FERNÁNDEZ LORENZO, P., GONZÁLEZ URIARTE, A., HERRERO AZORÍN, F., CARMONA CAÑABATE, S., GIL SANCHEZ, A., AMADO GÓMEZ, E., DIP, M. E., "Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2021, vol. 41, nº 139, pp. 23-35.

[306]OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf (Consultado el 18 de mayo de 2023).

[307]PAIZ, JC., DE JEZUS CASTRO, SM., GIUGLIANI, ERJ., DOS SANTOS AHNE, SM., AQUA, CBD., GIUGLIANI, C., "Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression", *BMC Pregnancy Childbirth*, 2022, vol. 22, nº 1, p. 664; KHSIM, IEF., RODRÍGUEZ, MM., RIQUELME GALLEGO, B., CAPARROS-GONZALEZ, RA., AMEZCUA-PRIETO, C., "Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review", *Diagnostics (Basel),* 2022, vol. 12, nº 11, 2022, p. 598.

Las mujeres presentan momentos de mayor vulnerabilidad para padecer un trastorno mental en relación a sus ciclos vitales y reproductivos[308]. Estos momentos fundamentales son: la adolescencia, el embarazo y el postparto, y la etapa perimenopáusica. Las etapas que comprenden la búsqueda del embarazo, la gestación, el parto, el puerperio y la primera crianza constituyen el denominado periodo perinatal, y están altamente influenciadas por cambios, fisiológicos y procesos neurobiológicos propios, así como por la complejidad psíquica, la transición social y la necesidad de apoyos que implica adoptar los roles y las conductas maternales de cuidado[309]. Ya el médico griego Hipócrates, que nació en el año 460 a.C., describió algunas de las complicaciones psiquiátricas que puede suponer en las madres el nacimiento de un hijo, describiendo casos de delirium en mujeres que padecían una sepsis puerperal[310].

Diversos autores han afirmado la existencia de una relación bidireccional entre las complicaciones obstétricas y el desarrollo de psicopatología perinatal. De este modo, las complicaciones obstétricas son un factor de riesgo para desarrollar síntomas de malestar psíquico, mientras que la existencia de psicopatología preexistente al embarazo aumenta la probabilidad de que se produzcan complicaciones obstétricas durante el mismo[311]. Además, la gestación y la maternidad son situaciones de riesgo psicosocial para las mujeres, debido a una mayor exclusión laboral por razón de maternidad (con consecuencias económicas), al incremento de la probabilidad de padecer violencia de género y a una amplificación de los efectos negativos de la ausencia de redes de apoyo[312]. Muchas mujeres experimentan emociones desagradables frente a los cambios físicos, sociales y personales que implica la maternidad. Esto se une a que los cambios neurobiológicos que se producen durante la gestación, destinados a maximizar la

[308] BALTA, G., DALLA, C., KOKRAS, N., "Women's Psychiatry". *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2019, nº1192, pp. 225-249.
[309] DE VICENTE, A., CASTILLA, C., VILLAMARÍN, S., BERDULLAS, S., "La maternidad: mucho más que una revolución emocional", *Revista Infocop,* 2016, nº73, pp. 4-5; LIU, N., YANG, H., HAN, L., MA, M., "Oxytocin in Women's Health and Disease", *Frontiers in Endocrinology* (Lausanne), 2022, nº 13, p. 786271.
[310] MALDONADO, M., LARTIGUE, T., "Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto", Maldonado M, Brockington I, editores. *La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal*, Organización Panamericana de la Salud, 2011, pp. 1-17.
[311]GREKIN, R., O'HARA, M.W., "Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis", *Clinical Psychology Review*, 2014, nº 34, pp. 389-401.
[312]DE QUINTO A, HOSPIDO L, SANZ C., "The Child Penalty in Spain", Banco de España Eurosistemas, *Documentos ocasionales*, nº 2017, 2020.

interpretación de la comunicación no verbal propia de los bebés, inducen un mayor procesamiento emocional de la información en las mujeres embarazadas, facilitando el desarrollo de sintomatología ansiosa o afectiva[313]. En la actualidad, los estudios de prevalencia señalan que aproximadamente un 20% de las mujeres presentarán un trastorno mental a lo largo del periodo perinatal, siendo especialmente prevalentes los trastornos de ansiedad y los episodios depresivos[314]. Además, en mujeres con antecedentes previos de problemas de salud mental, existe un alto riesgo de empeoramiento o recaída.

El impacto duradero de la salud mental materna en la salud mental y física de los hijos ha sido ampliamente señalado en la literatura científica. Como se verá en el Capítulo V, dedicado al embarazo, son muchos los estudios que han señalado las repercusiones negativas en salud para los hijos de madres que han sido sometidas a estrés crónico durante el embarazo, con una mayor incidencia de aborto espontáneo, parto prematuro, preeclampsia materna, crecimiento intrauterino retardado (CIR) y bajo peso al nacimiento, así como la denominada "*programación fetal para el estrés*", por la cual los hijos de madres que sufrieron alto estrés durante sus embarazos tienen mayor incidencia de trastornos emocionales y conductuales a lo largo de la vida[315]. Se suma a esto la evidencia científica que sostiene que la presencia de síntomas de ansiedad y depresión durante el embarazo y el postparto repercute negativamente en el proceso de vinculación madre-bebé, necesario para el desarrollo físico, social y emocional del menor[316]. El malestar psíquico de las madres se ha asociado a una disminución de la sensibilidad materna en la etapa postnatal, lo que redunda en una menor capacidad para detectar las señales de sus bebés y responder a ellas de manera adecuada, consistente y contingente.

---

[313] BYRNE, SP., MAYO, A., O'HAIR, C., ZANKMAN, M., AUSTIN, GM., THOMPSON-BOOTH, C., MCCRORY, EJ., MAYES, LC., RUTHERFORD, HJV., "Facial emotion recognition during pregnancy: Examining the effects of facial age and affect", *Infant Behavior and Development*, 2019, nº 54, pp.108-113.
[314] FLORES, M., GALINDO, N., CÓRDOVA, A., LEFF, P., CRUZ, C., MANCILLA, J., "Depression and anxiety during pregnancy: clinical aspects", *Current Psychiatry Research and Reviews,* 2013, nº 9, pp. 325-30.
[315] MALDONADO, M., SAUCEDA, J., "Fenómenos de "Programación in utero": alto nivel de estrés psicosocial y desnutrición durante el embarazo". En: Maldonado M, Brockington I, editores. *La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal,* Organización Panamericana de la Salud, 2011, pp. 21-35.
[316] DUBBER, S., RECK, C., MÜLLER, M., GAWLIK, S., "Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy", *Archives of Women's Mental Health*, 2015, vol. 18, nº 2, pp. 187-195.

Además del sufrimiento de las madres que, padeciendo un trastorno mental, no reciben la atención necesaria y deben pese a todo ejercer la difícil tarea de la crianza, la dificultad en la vinculación con sus criaturas puede tener importantes repercusiones de salud sobre las mismas.

Por una parte, los problemas en la vinculación afectiva de la madre hacia su bebé a causa de una mala salud mental pueden provocar rechazo hacia el mismo, negligencia emocional o física, maltrato emocional o físico, o, en los casos más extremos, la ocurrencia de filicidio[317].

Por otra parte, los trastornos de vínculo en la infancia se asocian a dificultades en el desarrollo del infante, a un mayor riesgo de padecer enfermedades médicas y a una mayor probabilidad de sufrir otros trastornos mentales a lo largo de la vida[318].

El establecimiento de vínculos saludables entre las madres (y otras figuras de cuidado) y sus bebés favorece que éstos presenten seguridad en el apego, y, por tanto, sean capaces tanto de desplegar conductas exploratorias del entorno como de buscar refugio y consuelo en sus cuidadores, con modelos operativos internos asociados a una mejor salud mental, una mayor calidad de vida y una mayor capacidad de afrontamiento de las situaciones adversas a lo largo de la vida[319].

Sin embargo, y hasta épocas muy recientes, la salud mental de las mujeres durante las etapas de embarazo, parto y posparto había sido tradicionalmente desatendida por parte de los sistemas sanitarios. Esta circunstancia puede resultar, en apariencia, paradójica, teniendo en cuenta que, tanto en la asistencia médica como en la psicológica, ha existido una tendencia histórica a considerar los malestares de las mujeres como

[317] ERICKSON, N., JULIAN, M., MUZIK, M., "Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother-infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk", *International Review of Psychiatry*, 2019, vol. 31, nº 3, pp. 245-263; BROCKINGTON, I., "Suicide and filicide in postpartum psychosis", *Archives of Women's Mental* Health, 2017, vol. 20, nº 1, pp. 63-69.
[318] LIMA AR, MELLO MF, MARI JDE J., "The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood", *Current Opinion in Psychiatry*, 2010, vol. 23, nº 4, pp. 383-7; ANNO, K., SHIBATA, M., NINOMIYA, T., IWAKI, R., KAWATA, H., SAWAMOTO, R., KUBO, C., KIYOHARA, Y., SUDO, N., HOSOI, M., "Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study", *BMC Psychiatry*, 2015, vol. 15, p.181.
[319] SCHMOEGER, M., DECKERT, M., WAGNER, P., SIRSCH, U., WILLINGER, U., "Maternal bonding behavior, adult intimate relationship, and quality of life", *Neuropsychiatry*, 2018, vol. 32, nº 1, pp. 26-32.

patologías mentales. Los mecanismos sociales de relegación a la mujer al trabajo reproductivo encontraron también su reflejo en la articulación de las teorías médicas, que contribuyeron a establecer los estados gestacionales y la maternidad como situaciones ideales para las mujeres. Así, el propio Aristóteles consideraba que las perturbaciones mentales y físicas de las mujeres procedían del desplazamiento del útero –"*hyster*", de donde procede el término "histeria" – a lo largo del cuerpo, generando síntomas en función de la localización anatómica en la que se encontraba en cada momento, y aseguraba que la única forma de curarlas era saciando ese útero mediante una gestación[320]. Los tratados clásicos de psicopatología recogían mejorías sintomatológicas de los padecimientos de las mujeres por medio de la materialización de la maternidad. Probablemente, a esta desatención hayan contribuido tanto el desconocimiento de los profesionales de la salud mental sobre los problemas mentales asociados a la maternidad (en España, la formación en perinatal no ha estado contemplada dentro de los programas formativos oficiales de especialización de psiquiatría hasta el desarrollo, en el año 2023, del programa formativo de la especialidad de nueva creación de psiquiatría de la infancia y la adolescencia), como las reticencias de las madres a explicitarlos, entre otros posibles motivos, por temor a sufrir un juicio social.

Los estudios crecientes acerca de la prevalencia de los trastornos mentales perinatales (TMP) y su influencia decisiva en el desarrollo de la infancia han demostrado la necesidad de implementar esfuerzos para prevenir, detectar y tratar los problemas de salud mental de las mujeres y sus bebés. En los últimos años, se está produciendo una expansión de la especialización en psiquiatría y psicología de la maternidad, caracterizadas por la complejidad de los procesos psicológicos y fisiológicos implicados, por el abordaje diádico (no hay una única paciente, sino una unidad funcional: la díada madre-bebé) y por las dificultades de manejo farmacológico que suponen los estados de gestación y lactancia maternal. Esta complejidad y especificidad de la atención a la salud mental en el ámbito de la maternidad se ha concretado en el surgimiento de la denominada

[320] SERRANO PONTÉS, A., MARTÍN MARTÍN, M., MANCILLA PÉREZ, L., "La desconocida historia de la Histeria", *Gomeres: salud, historia, cultura y pensamiento*, 2017, disponible en http://index-f.com/gomeres/?p=2158. (Consultado el 2 de febrero de 2022).

salud mental perinatal (SMP), que se abordará minuciosamente con posterioridad a lo largo del presente trabajo.

2.4.1 La protección internacional de la salud mental de las mujeres

En el año 2000, la OMS publicó su informe "*Women's Mental Health: An Evidence Based Review*", una revisión basada en la evidencia que repasa la situación de la salud mental de las mujeres en las diferentes regiones del mundo[321], sin que haya tenido lugar ninguna actualización hasta el momento.

En el prefacio del informe, se señala el reconocimiento progresivo de la importancia de integrar el enfoque de género para el desarrollo de políticas y programas de salud mental. Explica que, para la elaboración del documento y el examen de la evidencia sobre la mala salud mental de las mujeres, se ha adoptado un marco conceptual de los determinantes sociales de salud. Señala que la OMS considera que la evaluación de las diferencias entre hombres y mujeres debe realizarse desde la perspectiva de género, lo que no excluye las diferencias biológicas o sexuales entre ambos, pero considera que los roles sociales y culturales, así como las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, juegan un papel fundamental a la hora de promover o socavar la salud mental. Estas inequidades crean, mantienen y exacerban la exposición de las mujeres a los factores de riesgo para su salud mental (siendo dos de los factores de riesgo fundamentales la pobreza y la violencia contra las mujeres), lo que explica las diferentes prevalencias de depresión entre las mujeres y los hombres, muy superior en las primeras.

En la introducción, se indica la importancia de cambiar el foco de los estilos de vida y los factores individuales para situarlo en los factores económicos, legales y ambientales que afectan a la vida de las mujeres y limitan sus oportunidades, constituyendo importantes determinantes de salud. Se incide en que la identificación y la modificación de los factores sociales que influyen en la salud mental de las mujeres es la

[321] OMS, *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf?sequence=1. (Consultado el 11 de diciembre de 2023); DELVECCHIO GOOD, MJ., "Women and Mental Health", *Gender and equality, Essentials of Global Mental Health*, ed. Samuel Okpaku, Cambridge,University Press, 2014. Disponible en https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/mental.htm (Consultado 14 noviembre 2023).

única posibilidad real de realizar prevención primaria sobre algunos problemas de salud mental en ellas y reducir su incidencia.

El cuerpo del documento se divide en cuatro partes.

En la primera parte se discuten brevemente las diferencias en la posición social de los géneros, y el impacto del cambio en políticas económicas y en el desarrollo humano a partir de una perspectiva global de género. De este modo, provee del contexto necesario para considerar los factores de riesgo específicos para las mujeres que serán discutidos en las secciones posteriores.

La segunda parte hace una revisión basada en la evidencia sobre las teorías que explican la depresión en las mujeres. Se señala que los distintos roles de género y la posición social derivada de los mismos se relacionan tanto con experiencias emocionales positivas y de bienestar, como con mayor riesgo para padecer una mala salud mental. La evidencia recogida señala que el rol de género y la posición social de las mujeres afecta negativamente a su salud mental. Se recoge también la evidencia hasta el momento sobre la relación entre los problemas en materia de salud reproductiva que padecen las mujeres y diversos factores sociales, económicos y culturales. En lo que respecta a este trabajo, interesa sobre todo la evidencia que recoge sobre la conexión existente entre la adversidad infantil y el desarrollo de depresión en la vida adulta.

Las partes tres y cuatro están dedicadas a la evaluación del impacto de la pobreza y de la violencia como factores de riesgo específicos para la salud mental de las mujeres. La pobreza y la violencia interfieren con la promoción del bienestar, con el óptimo desarrollo humano y con el uso de habilidades mentales, y son incompatibles con la justicia y con la equidad.

En la tercera parte, se realiza un análisis exhaustivo sobre la pobreza y la posición social de la mujer como factores de riesgo de especial incidencia en la salud mental de las mujeres. Dentro de todos los factores estructurales analizados, destaca por su interés para este trabajo el punto dedicado a la identidad y la ética del cuidado. En él, se señala que existe un amplio cuerpo de evidencia que recoge que el empleo remunerado se asocia con mejores niveles de salud mental en las mujeres, apoyando la hipótesis de que desempañar varios roles favorece la salud mental de las mujeres frente al desempeño de

un rol restrictivo. Sin embargo, recoge también el informe, esto no significa que el estatus parental conlleve las mismas consecuencias para las mujeres trabajadoras que para los hombres trabajadores. De hecho, la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidados (no remunerado) es realizado por mujeres, tengan éstas o no un empleo remunerado. Y, si bien el trabajo remunerado se ha asociado consistentemente con una mejor salud mental de las mujeres, la sobrecarga de trabajo (remunerado y no remunerado) que padecen muchas mujeres supone frecuentemente un socavamiento de su salud mental.

Existe también evidencia de que el rol parental y la situación laboral de las mujeres interactúan entre sí afectando a la salud mental de las madres: los estudios señalan que las mujeres con trabajo a tiempo completo e hijos en edad preescolar tendían a presentar mayores dificultades psicológicas. El informe apunta a que se producen conflictos entre dos fuentes identitarias para estas mujeres: ser mujer trabajadora y ser considerada una "*buena madre*", circunstancia ésta última sometida a grandes presiones sociales, asociadas sobre todo a la disponibilidad materna. El problema de la disponibilidad materna resulta especialmente complicado para las madres monoparentales trabajadoras, que presentaban peores resultados psicosociales, más enfermedad, más discapacidad y peores reportes de salud. El informe indica la necesidad de estudiar en mayor profundidad los problemas de salud de las mujeres que desarrollan trabajos a tiempo completo y crían en soledad. Se señala la importancia de investigar y determinar cómo las condiciones laborales pueden mejorar y flexibilizarse para responder a las necesidades de las mujeres (y de los hombres) que además tienen hijos a su cargo.

La cuarta y última parte explora en profundidad el problema de la violencia contra las mujeres. En lo que respecta al interés de este trabajo, destaca la mención que realiza sobre la violencia en las prácticas sanitarias, reconociendo que existen prácticas sanitarias que pueden ser violentas y causar daños psicológicos, como síntomas depresivos y estrés postraumático. Hace referencia a la atención a la salud reproductiva, en la cual hay una gran exposición de las mujeres, por lo que resulta imprescindible mantener un cuidadoso escrutinio que permita garantizar su protección, y recomienda investigar las prácticas de parto extendidas en los países desarrollados y su adherencia a las recomendaciones de la OMS. Recoge la evidencia que asocia las cesáreas con malos resultados de salud mental materna (incluyendo la depresión postnatal al año del nacimiento), y recomienda continuar investigando los posibles daños psicológicos asociados a otras prácticas, como

la realización de episiotomías, cuyas consecuencias en salud mental habían sido prácticamente ignoradas por la investigación científica hasta el momento de elaboración del informe.

Para este trabajo también resulta relevante la evidencia que recoge de la mayor vulnerabilidad de las mujeres embarazadas para padecer violencia contra ellas, siendo la violencia en el embarazo una fuente potencial de daño grave físico y psicológico tanto para la madre como para el feto. Además, los embarazados no planificados y no deseados son más frecuentes entre las mujeres que viven situaciones de violencia. El informe describe los distintos tipos de violencia contra las mujeres, sus consecuencias y el fenómeno de la revictimización, y señala la asociación existente entre ser víctima de violencia y padecer diversos cuadros psicopatológicos (como ansiedad, depresión o estrés postraumático), entre otros asuntos.

Concluye el informe con las siguientes afirmaciones:

> "*La salud mental de las mujeres está inextricablemente unida a su estatus en la sociedad. Se beneficia de la igualdad, y sufre con la discriminación. Se deben realizar todos los esfuerzos para mejorar dicho estatus, para remediar los abusos de derechos humanos derivados de la violencia de género y para aumentar el control de las mujeres sobre los determinantes de su salud mental*"[322].

Por tanto, se puede afirmar que en el plano internacional se reconoce que los trastornos mentales pueden afectar de forma diferente a hombres y mujeres, que ambos pueden desarrollar la mayoría de los mismos trastornos y afecciones mentales, pero manifestados con síntomas diferentes.

En cuanto a la salud materna, de acuerdo con la OMS[323], en todo el mundo, alrededor del 10% de las mujeres embarazadas y el 13% de las que acaban de dar a luz sufren un trastorno mental, principalmente depresión. En los países en desarrollo este porcentaje es aún mayor: el 15,6% durante el embarazo y el 19,8% después del parto. Un

[322] OMS, "Women's Mental Health: An Evidence Based Review". *World Health Organization*, 2000. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf?sequence=1. (Consultado el 14 de diciembre de 2023).

[323] https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health (consultado 14 noviembre 2023).

metaanálisis reciente ha demostrado que alrededor del 20% de las madres de los países en desarrollo sufren depresión clínica tras el parto. Esta cifra es muy superior a las anteriores sobre prevalencia, procedentes en su mayoría de países de renta alta. El suicidio es una importante causa de muerte entre las mujeres embarazadas y puérperas. La psicosis es mucho menos frecuente, pero también puede conducir al suicidio y, en algunos casos, incluso dañar al recién nacido. La depresión causa un enorme sufrimiento y discapacidad y reduce la respuesta a las necesidades del niño. Las pruebas indican que tratar la depresión de las madres mejora el crecimiento y desarrollo del recién nacido y reduce la probabilidad de diarrea y malnutrición entre ellos.

En todo el mundo, los problemas de salud mental materna se consideran un importante reto de salud pública. Aunque la mortalidad materna sigue estando en el centro de los indicadores de salud materna, para la Agenda 2030, la OMS está considerando la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y proponiendo también indicadores relacionados con la Esperanza de Vida Saludable (EVS). Esto implica una mayor atención a las condiciones de salud mental en la prestación integrada de servicios para la salud materna e infantil. Esta necesidad no sólo se percibe en los países de renta alta. De hecho, algunas instituciones académicas y de salud pública de países de ingresos bajos y medios ya han puesto en marcha programas integrados de salud mental materna.

Por ello, la OMS se plantea como objetivos en materia de salud mental materna reforzar la defensa de la salud mental de las madres y asumir un liderazgo mundial en este ámbito; prestar apoyo a los Estados miembros en materia de servicios de salud mental y asistencia social basados en pruebas, rentables y orientados a los derechos humanos en entornos comunitarios para la detección precoz y el tratamiento de los trastornos mentales maternos; proporcionar estrategias para la promoción del bienestar psicosocial, la prevención y la promoción de los trastornos mentales de las madres durante el embarazo y después del parto; apoyar la integración de los programas con iniciativas de salud materna e infantil, así como programas de salud reproductiva, e integrarlos en estrategias de la OMS sensibles a las cuestiones de género y orientadas a la equidad y los derechos humanos; y reforzar los sistemas de información, las pruebas y la investigación relacionados con la salud mental de las madres.

2.4.2 Violencia de género y salud mental de las mujeres

La lucha contra la violencia de género es, probablemente, el avance más significativo en la protección de la salud física y mental de la mujer desde la adopción de la CEDAW en 1979.

La expresión violencia de género, que obedece a la traducción del inglés "*gender-based violence*" o "*gender violence*", comenzó a difundirse a raíz de la Conferencia sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995 bajo los auspicios de la ONU. Por su parte, ONU Mujeres la define como los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género con origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Si bien las mujeres y niñas sufren violencia de género de manera desproporcionada, los hombres y los niños también pueden ser blanco de ella[324].

2.4.2.1 Ámbito internacional universal

No obstante, con anterioridad a Beijing, en 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas había aprobado, a instancias del Consejo Económico y Social, el primer documento específico relativo a la violencia contra las mujeres y niñas, la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer[325]. En ella, la Asamblea afirma, por un lado, que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales que impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades; y, por otro, expresa su preocupación por el largo e histórico descuido de la protección y fomento de esos derechos y libertades. La violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la

[324] PARICIO DEL CASTILLO, R., "La violencia de género contra mujeres y niñas, una violación de derechos humanos y un problema de salud pública", en *La CEDAW 40 años después: ¿los derechos líquidos de la mujer?*, PID2021-122788OB-I00, en prensa, 2023.
[325] ONU, Asamblea General, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, A/RES/48/104.

mujer, y constituye uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre.

De acuerdo con la Declaración, se entiende por violencia contra la mujer todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. Por lo tanto, destaca dos ámbitos: el público y el privado, y tres tipos de daños o sufrimiento: físico, sexual o psicológico[326].

A punto de cumplirse el trigésimo aniversario de aquella histórica Declaración de la Asamblea General, la violencia contra las mujeres y las niñas sigue siendo una de las violaciones de los derechos humanos más extendidas y generalizadas del mundo. Se calcula que, a nivel global, 736 millones de mujeres, casi una de cada tres, han sido víctimas de violencia física y/o sexual al menos una vez en su vida y que el 86% de mujeres y niñas viven en países sin sistemas de protección legal contra la violencia de género. En 2021, unas 45.000 mujeres y niñas murieron a manos de sus parejas u otros familiares en todo el mundo. Esto significa que, por término medio, más de cinco mujeres o niñas son asesinadas cada hora por alguien de su propia familia[327]. Además, el 91% de las víctimas de trata con fines de explotación sexual detectadas son mujeres.

Sirvan estas referencias para vislumbrar algo el alcance de un fenómeno, de una lacra que nos afecta a todos y que, lejos de disminuir, se ha intensificado en diferentes entornos, incluidos el lugar de trabajo y los espacios en línea, y que se ha visto agravada por los efectos postpandemia, los conflictos y el cambio climático frente a la que se

[326] Es la definición, algo más desarrollada, en la que se basa ONU Mujeres para definir la violencia contra las mujeres y las niñas como todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o mental para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. La violencia contra las mujeres y niñas abarca, con carácter no limitativo, la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia o de la comunidad, así como la perpetrada o tolerada por el Estado.

[327] Disponible en: https://www.un.org/es/observances/ending-violence-against-women-day (consultado el 12 de noviembre de 2023). En 2020, de cada 10 víctimas de la trata de seres humanos detectadas en el mundo, cuatro eran mujeres adultas y dos niñas, sometidas a violencia física o extrema por los victimarios en una proporción tres veces superior a la de los hombres. Como último dato, al menos 200 millones de mujeres y niñas de 15 a 49 años han sido sometidas a la mutilación genital femenina en los 31 países en los que se concentra esta práctica genital femenina, ONU Mujeres. "*Tipos de violencias contra las mujeres y las niñas*", disponible en; https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence (consultado el 12 de noviembre de 2023).

emplean escasos e insuficientes recursos. Según Naciones Unidas, tan solo un 5% de la ayuda gubernamental mundial va destinada a la violencia de género y se invierte menos del 0,2% en su prevención.

Si bien los instrumentos internacionales se refieren a la de violencia en singular, lo cierto es que son muchos y muy diversos los distintos tipos de violencia que se dan contra las mujeres, tanto en el ámbito privado como en el público. Desde la OMS se define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual, psíquica, que incluyen privaciones o descuido. Además, la clasificación de la OMS divide la violencia en tres categorías generales, en función del autor del acto de violencia. En primer lugar, la violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones), en segundo, la violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco) y finalmente la violencia colectiva (social, política y económica).

Sin embargo, desde ONU Mujeres y específicamente en relación con la violencia contra mujeres y niñas se distinguen esencialmente siete tipos de violencia, en algunos de los cuales se pueden identificar distintas manifestaciones[328]. Se trata en primer lugar del ámbito privado, en segundo del feminicidio, en tercero de la violencia sexual para seguir con la trata de personas, la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y la violencia en línea o digital[329].

En cuanto a su protección, además de la violación y otras formas de violencia sexual prohibidas por el Derecho Internacional Humanitario aplicable a los conflictos armados internacionales y no internacionales, la Carta internacional de los derechos humanos, como se examinó en el Capítulo anterior, consagró el principio de no discriminación, entre otros motivos, por razón de sexo, al igual que la CEDAW de 1979.

[328] ONU Mujeres, "*Tipos de violencias contra las mujeres y las niñas*", disponible en: https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence (consultado el 12 de noviembre de 2023).
[329] Que no se desarrollan por superar el objeto de estudio de este trabajo.

Sin embargo, la CEDAW carece de un artículo específico para condenar la violencia contra la mujer, aunque contiene disposiciones que establecen la obligación de los Estados en este ámbito. Así resulta relevante que su artículo 1 defina la discriminación contra la mujer como:

> "*toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera*".

En este ámbito ha sido especialmente relevante la labor del Comité CEDAW que, con el fin de examinar los progresos realizados en la aplicación de la Convención, fue creado en 1982. En 1992, publicó la Recomendación General nº 19, dedicada expresamente a la violencia contra la mujer, y en la que la violencia contra la mujer es considerada "*una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre*".

En este camino, siguió la ya referida Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer aprobada por la Asamblea General en 1993, que aporta la definición de violencia contra la mujer e identifica cuáles son los distintos tipos de violencia, concibiéndola, en términos de violación de derechos humanos y libertades fundamentales. Ese mismo año, la Declaración y Programa de Acción de Viena reconoció que la eliminación de la violencia contra las mujeres en la vida pública y privada era una obligación de derechos humanos, al tiempo que la entonces Comisión de Derechos Humanos condenó la violencia de género por primera vez en 1994. Ese mismo año, nombró a una Relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) supuso la aprobación de una Plataforma de Acción, en la que se incluían doce áreas de actuación, una de ellas específicamente de violencia contra la mujer[330].

[330] El texto de la Plataforma confirma y asume la definición sobre la violencia contra la mujer propuesta en la Declaración de 1993 así como los tipos y formas de violencia, en los que incluye una lista detallada de casos de violencia dentro de las familias. Pero, además, la Plataforma se refirió a la situación de violencia durante los conflictos armados, en los que mujeres y niñas se encuentran en situación de mayor

Finalmente, en 2017, con ocasión del 25ª aniversario de la Recomendación General nº 19, el Comité CEDAW la actualizó publicando la Recomendación General nº 35, en la que se señala que la prohibición de la violencia de género contra las mujeres ha evolucionado hasta convertirse en un principio de derecho internacional consuetudinario, que obliga a todos los Estados.

Además, al igual que hiciera la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres, prevé el concepto de "*diligencia debida*" como una obligación de los Estados, en virtud de la cual los Estados tienen el deber de adoptar medidas positivas para prevenir y proteger a las mujeres de la violencia, castigar a los autores de actos violentos e indemnizar a las víctimas de la violencia. El principio de diligencia debida es crucial, ya que proporciona el vínculo que falta entre las obligaciones de derechos humanos y los actos de los particulares.

En el año 2019, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias emitió un informe denominado "*Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*", en el cual se analiza la cuestión del trato inadecuado y la violencia ejercida sobre las mujeres en los servicios de salud reproductiva[331]. El informe hace especial incidencia en la atención al parto y la denominada violencia obstétrica, reconociendo de este modo su existencia, y analiza los problemas estructurales que deben abordarse para erradicar las prácticas violentas en la atención sanitaria de las mujeres.

Así, en el apartado correspondiente a las conclusiones y las recomendaciones a los Estados Partes, se recoge lo siguiente:

> "*Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto*

vulnerabilidad; a la esterilización y el aborto forzado como modos de violencia; al tráfico de mujeres; así como a las especiales y complejas circunstancias de muchas mujeres que pertenecen a grupos minoritarios y que a veces se encuentran en situaciones de mayor riesgo de violencia.

[331] ONU, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva. 2019. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement. (Consultado el 1 de octubre de 2023).

nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas."

A continuación, responsabiliza a los Estados y señala la necesidad de que estos tomen las medidas pertinentes para terminar con las prácticas contrarias a los derechos humanos de las mujeres en su atención a la salud reproductiva:

"*Los Estados deben afrontar: a) los problemas estructurales y los factores subyacentes en los sistemas de atención de la salud reproductiva que reflejan la existencia de estructuras socioeconómicas discriminatorias ancladas en las sociedades; b) la falta de una educación y formación adecuada de todos los profesionales de la salud sobre los derechos humanos de las mujeres; c) la falta de personal cualificado y el consiguiente gran volumen de trabajo que se genera en los centros de salud; y d) las limitaciones presupuestarias. Los Estados deben asignar suficientes fondos, personal y equipos a las salas y los servicios de maternidad de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, que exige que los Estados dediquen la mayor cantidad posible de recursos a la salud sexual y reproductiva, incluidos los programas de salud materna y atención del parto*."

Señala la importancia del consentimiento informado para prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer, realiza recomendaciones para la prevención de la violencia obstétrica (con recomendaciones como garantizar el acompañamiento de la mujer durante el parto de la persona que ella elija, aplicar las recomendaciones de la OMS para propiciar una atención materna respetuosa, o la publicación anual de los datos de episiotomías, cesáreas y partos vaginales), y señala la necesidad de garantizar las vías de rendición de cuentas (mediante, por ejemplo, medidas que garanticen la responsabilidad profesional, la investigación exhaustiva e imparcial de las denuncias interpuestas por las mujeres, o la sensibilización de jueces, abogados y la sociedad en general sobre los derechos humanos de las mujeres en la atención a sus partos), así como de eliminar leyes discriminatorias y nocivos estereotipos de género.

2.4.2.2. Ámbito regional europeo

Si bien el primer tratado internacional para prevenir, castigar y erradicar la violencia contra la mujer que fue la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), adoptado en esa ciudad brasileña en 1994, por la limitación geográfica de los casos de estudio de este trabajo, se examina la labor en el ámbito regional europeo con la adopción del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, suscrito en Estambul el 11 de mayo de 2011, y que entró en vigor de forma general y para España el 1 de agosto de 2014. Se trata del primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer y la violencia doméstica, el Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica[332].

Es el resultado final de años de creciente interés y trabajo por parte de las instituciones del Consejo de Europa[333], y el tratado internacional de mayor alcance para

[332] Con anterioridad, se había adoptado el 3 de mayo de 2005 el Convenio del Consejo de Europa sobre la eliminación de la trata de seres humanos y en vigor desde el 1 de febrero de 2008 que es el primer Tratado europeo en este ámbito que aborda de una manera integral tanto la protección de las víctimas de trata y de sus derechos como la prevención de la trata y la persecución de los autores. España firmó el Tratado el 9 de julio de 2008 y lo ratificó el 2 de abril de 2009, entrando en vigor el 1 de agosto de 2009.

[333] El Consejo de Europa comenzó a considerar específicamente la materia de la violencia contra la mujer en 1985 con la aprobación de una Recomendación del Comité de Ministros de 26 de marzo de 1985, sobre la violencia dentro de la familia, en la que se planteó el doble enfoque, de prevención y represión, que implica medidas de política social y medidas jurídicas. Además, ha celebrado dos conferencias en las que explícitamente ha habido pronunciamientos políticos respecto a la violencia contra la mujer: la III Conferencia Ministerial de Igualdad, convocada en Roma en 1993, en la que se hizo una condena explícita de todas las formas de violencia contra la mujer y se consiguió el compromiso de elaborar unas pautas para los planes nacionales que los Estados se obligaban a elaborar en torno a esta materia (de la que surgiría el Plan de Acción contra la violencia hacia las mujeres, publicado el 25 de junio de 1997 y la Recomendación 1325 (1997), relativa a la trata de mujeres y la prostitución forzada) y la II Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del Consejo de Europa, celebrada en 1997 en Estrasburgo, en la que se alcanzó el compromiso de combatir la violencia y toda forma de explotación sexual de las mujeres y se acordó debatir la posibilidad de elaborar un instrumento jurídico específico para garantizar la igualdad y, en consecuencia, para la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer. La Recomendación adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002 sobre la protección de la mujer contra la violencia, aunque no es jurídicamente vinculante, es un instrumento internacional en el que se propone una estrategia global y coordinada para prevenir la violencia contra la mujer y proteger a las víctimas, incluyendo todas las formas de violencia contra la mujer y recomendando a los Estados miembros que reconozcan su "*obligación de ejercer la diligencia debida para evitar, investigar y castigar todo acto de violencia, ya sean cometidos por el Estado o por particulares, y a proporcionar protección a las víctimas*". Otras Resoluciones y recomendaciones de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre la materia se han sucedido a lo largo de los últimos diez años: sobre violencia contra la mujer, mutilación genital femenina, sobre los llamados "*crímenes de honor*", sobre los matrimonios forzados e infantiles y sobre agresiones sexuales relacionadas con las "*drogas de la violación*".

hacer frente a esta grave violación de los derechos humanos, estableciendo una tolerancia cero con respecto a la violencia hacia la mujer que se reconoce como una violación de los derechos humanos y como una forma de discriminación, considerando responsables a los Estados si no responden de manera adecuada.

Los principales aspectos del Convenio, que lo fundamentan, son prevenir la violencia; proteger a las víctimas y entablar acciones judiciales contra los agresores; sensibilizar y hacer un llamamiento a toda la sociedad (especialmente, a los hombres y niños, para que cambien de actitud y rompan con una cultura de tolerancia y negación que perpetúa la desigualdad de género y la violencia que la causa); destacar la importancia de una actuación coordinada de todos los organismos y servicios oficiales pertinentes y la sociedad civil; y la recogida de datos estadísticos y de investigación sobre todas las formas de violencia contra la mujer.

El Convenio contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada. Esto implica que los Estados deberán introducir en sus sistemas jurídicos estos delitos. Es, pues, un instrumento jurídico internacional que contiene una serie de herramientas legales para la protección de la mujer frente a cualquier forma de violencia, la contribución a la eliminación de cualquier forma de discriminación por razón de género y la promoción de la cooperación internacional con el objetivo de erradicar esta forma de violencia, obligando a los Estados Partes a la asunción de compromisos y la adopción de medidas concretas contra la violencia física y sexual, psicológica o económica ejercida sobre la mujer, los matrimonios forzados, la mutilación genital y los crímenes de honor, además de hacer hincapié no sólo en los instrumentos jurisdiccionales punitivos y reparadores, sino en instrumentos de prevención y educación. Para el seguimiento de los compromisos adquiridos con la ratificación, el Convenio prevé la creación del Grupo de Expertos en la lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (GREVIO), que ha de estar integrado por un mínimo de 10 y un máximo de 15 miembros de países diferentes y con una participación equilibrada tanto en términos de género como

a nivel disciplinar, con un mandato de cuatro años[334].

La estrecha relación entre Consejo de Europa y UE se pone una vez más de manifiesto en este ámbito por cuanto el pasado 10 de mayo de 2023, el Parlamento Europeo dio luz verde del PE para la adhesión de la UE al Convenio de Estambul[335], lo que contribuirá a reforzar la protección, puesto que la UE no dispone de ninguna norma específica que aborde la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica de manera integral y que incluya todas las formas de violencia contra la mujer[336]. Ciertos tipos de violencia sí han sido objeto de desarrollo normativo, como es el caso, por ejemplo, de la trata de seres humanos[337]. El 8 de marzo de 2022, la Comisión Europea propuso una nueva Directiva sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, cuyo objeto es garantizar un nivel mínimo de protección contra este tipo de violencia en

[334] En la actualidad, ya cuenta con 15 miembros, al haber aumentado el número de Estados Partes. https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/grevio.

[335] Tal adhesión había sido propuesta por la Comisión en 2016 sin que llegara a realizase por las reticencias de algunos Estados. El dictamen del TJUE del 6 de octubre de 2021 confirmó que la Unión Europea puede ratificar el Convenio de Estambul sin contar con el acuerdo de todos los Estados miembros, es decir, que podía decidir en este caso por mayoría cualificada. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/news/es/press-room/20230505IPR85009/violencia-de-genero-luz-verde-del-pe-a-adhesion-de-la-ue-a-convenio-de-estambul (Consultado el 14 de octubre de 2023).

[336] Artículo 2 del TUE en relación con los valores en lo que se fundamenta la UE; apartado 3 del artículo 3 relativo a los objetivos que afirma que "*La Unión combatirá la exclusión social y la discriminación y fomentará la justicia y la protección sociales, la igualdad entre mujeres y hombres, la solidaridad entre las generaciones y la protección de los derechos del niño*". Por su parte, el artículo 8 del TFUE establece que, en todas sus acciones, la Unión se fijará el objetivo de eliminar las desigualdades entre el hombre y la mujer y promover su igualdad. Finalmente, el artículo 23 de la CDFUE está dedicado a la igualdad entre mujeres y hombres que deberá garantizarse en todos los ámbitos, inclusive en materia de empleo, trabajo y retribución. Además, el Parlamento Europeo expresó en 1986 por primera vez su preocupación por la violencia contra a mujer, aprobando a partir de entonces una serie de resoluciones relativas a resoluciones sobre las agresiones a las mujeres, la pornografía, las violaciones de las libertades y derechos fundamentales de las mujeres y la trata de personas, que culminó con la Resolución del Parlamento Europeo sobre la violación de los derechos de las mujeres, de 14 de abril de 1997, seguido de la Resolución sobre "*Una campaña europea sobre tolerancia cero ante la violencia contra la mujer*" y poco después, la UE se comprometía a realizar un seguimiento anual de la Plataforma de Acción surgida en la Conferencia de Pekín.

[337] Directiva 2011/36 del 5 de abril de 2011 del Parlamento y del Consejo, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas, el acoso sexual con la Directiva 2002/73 de 23 de septiembre de 2002 del Parlamento y del Consejo, por la que se reforma la Directiva 76/207/CEE, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo el "*acoso sexual*". Cabe destacar igualmente la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012 por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, de forma que los derechos de las víctimas de violencia de género estén garantizados en todas las fases del proceso penal que forma parte del denominado "*Paquete para Víctimas*" junto al Reglamento UE 606/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de junio de 2013, sobre el reconocimiento mutuo de las medidas de protección en materia civil.

toda la UE. La nueva norma tipificará como delito actos la mutilación genital femenina y la ciberviolencia, entendida como el intercambio no consensuado de imágenes íntimas, el ciberacecho, el ciberacoso y la incitación a la violencia o al odio por medios cibernéticos. Y busca garantizar que las víctimas dispongan de acceso a la justicia, derecho a reclamar una indemnización, acceso a líneas telefónicas de ayuda y a centros de ayuda de emergencia para las víctimas de violación. El 9 de junio de 2023, el Consejo acordó su posición sobre la propuesta de Directiva para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.

Finalmente, es necesario igualmente resaltar la estrategia para la igualdad de género, para el periodo comprendido entre 2020 y 2025, que adoptó la Comisión europea en 2020 en la línea iniciada con el Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres en la UE, de 2006-2010[338]. La Estrategia 2020-2025 persigue prevenir y luchar contra la violencia de género, apoyar y proteger a las víctimas y exigir responsabilidades a los delincuentes. Sus objetivos fundamentales son: poner fin a la violencia de género, combatir los estereotipos de género, colmar las brechas de género en el mercado de trabajo, lograr la participación en pie de igualdad en los distintos sectores de la economía, abordar la brecha salarial y de pensiones entre hombres y mujeres, reducir la brecha de género en las responsabilidades asistenciales y alcanzar el equilibrio entre mujeres y hombres en la toma de decisiones y la actividad política. La Estrategia adopta un planteamiento dual de integración de la perspectiva de género combinada con actuaciones específicas y descansa en la interseccionalidad como principio horizontal para su aplicación. Aunque la Estrategia se centra en la actuación dentro de la UE, es acorde con la política exterior de la UE en materia de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres.

[338] Que incluyó por primera vez un apartado dedicado a la erradicación de todas las formas de violencia de género, la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados, la seguridad, la libertad, la dignidad y la integridad física y emocional; seguida del Pacto por la Igualdad de Género 2011-2020 adoptado por el Consejo Europeo de 7 de marzo de 2011, con previsiones específicas para la prevención de las distintas formas de violencia sobre la mujer, indicando entre otras la adopción, aplicación y supervisión de estrategias a escala nacional, la implicación de los hombres y el refuerzo de la prevención y de la Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015, que contó entre sus cinco pilares el de "*dignidad, integridad y fin de la violencia sexista*".

2.5 Bioética y ética de los cuidados dentro de la perspectiva de los derechos humanos: un abordaje necesario para la protección de la salud mental en las primeras etapas de la vida

La relación entre la bioética y el derecho es íntima y bidireccional. Las normas jurídicas se constituyen a partir de la visión ética de sus sociedades, repercutiendo directamente en sus principios reguladores generales, así como sus normas particulares. El desarrollo de los derechos humanos ha servido de marco para un mayor impulso de la bioética; que, a su vez, plantea conflictos éticos, en el campo de la salud y la biomedicina, que pueden y deben ser legislados[339].

Desde una perspectiva amplia, el bioderecho abarca el conjunto de materias jurídicas relacionadas con la vida en el planeta, incluyendo todas sus manifestaciones: reinos de seres vivos, ecosistemas y evolución. Sin embargo, cada vez se tiende más a hacer una equivalencia entre el bioderecho y el derecho biomédico, que busca generar un marco legal que garantice el respeto de la ética hacia la vida, con especial dedicación a la vida humana. Por tanto, el bioderecho, como disciplina emergente, busca, ante todo, reconocer y garantizar jurídicamente los derechos relacionados con la vida humana y sus consecuencias éticas, bajo el marco de los derechos humanos. Los avances científicos y tecnológicos, así como las rápidas transformaciones socioculturales, están generando conflictos éticos y jurídicos, antaño impensables, que requieren de una regulación jurídica que garantice la protección de los derechos humanos. La necesidad de dar el paso desde la bioética al bioderecho a nivel internacional es, a estas alturas, imperativa e inaplazable.

Por otro lado, y como ya se ha analizado en el Capítulo I, la perspectiva de los derechos humanos se encuentra intrínsecamente unida a la atención a la salud, dentro de la cual se incluyen tanto la salud mental como la salud materno-infantil. Sólo puede realizarse una correcta atención a la salud de las personas garantizando que ésta se produce en riguroso alineamiento a los derechos humanos. A su vez, el desarrollo y la evaluación continua de las buenas prácticas sanitarias conforme a los derechos humanos implica, necesariamente, un ejercicio de reflexión ética sobre las mismas.

[339] ROMEO CASABONA, CM., "El Bioderecho y la Bioética, un largo camino en común", *Genética y Humanismo*, 2017, nº 3.

2.5.1 Regularización internacional de la bioética

La reflexión ética resulta imprescindible en la atención a la salud y el ejercicio de la práctica médica, puesto que las buenas intenciones y la aplicación de un aparente "*sentido común*" no sólo han demostrado ser insuficientes, sino que, en ocasiones, se perfilan como auténticos generadores de conflictos[340]. La primera definición sobre la bioética fue acuñada en los años 70 por el oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter, describiéndola como la disciplina que versa sobre el estudio de la moralidad de los comportamientos humanos en el campo de las ciencias de la vida[341]. Desde entonces, la bioética se ha desarrollado, fundamentalmente, con la intención de generar un puente entre los saberes humanísticos y el desarrollo científico-tecnológico, asesorando al personal sanitario en los conflictos que surgen en su práctica profesional. Sin embargo, no se debe reducir la bioética a normas prácticas de actuación en materia de salud: su objetivo último es la integración de los campos del conocimiento de la ética y la biología, trascendiendo, con mucho, las labores cotidianas de la práctica médica. En la bioética confluyen el saber científico y el filosófico para concretar una cultura de la supervivencia, estudiando las implicaciones éticas de los avances científicos, la atención en materia de salud y enfermedad, y el ejercicio de las profesiones relacionadas.

Así queda recogido en el denominado Documento de Erice, preparado por un grupo de profesores de bioética y de medicina legal para un curso celebrado en Erice (Italia), en febrero de 1991, que tuvo gran repercusión, y en el cual se desarrollan las competencias y las relaciones existentes entre tres disciplinas diferenciadas, pero íntimamente conectadas: la bioética, la deontología y la medicina legal[342]. En dicho documento, se recogen los cuatro ámbitos de actuación de la bioética: los problemas éticos de la profesión sanitaria, los problemas éticos emergentes en la investigación sobre el ser humano, los problemas sociales relativos a las políticas sanitarias nacionales e internacionales (salud laboral y políticas demográficas y de planificación familiar), y los

[340] GAMBOA BERNAL, GILBERTO A., "Bioética y Atención Pediátrica", *Persona y Bioética*, 2006, vol. 10, nº 2, pp. 108-120, 2006.
[341] ACOSTA SARIEGO, JA., "La bioética de Potter a Potter". En: José R. Acosta Sariego. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002, pp. 13-23.
[342] Grupo de Erice, "Bioethical problems", *Medicina y Moral*, vol. 4, pp. 561-567. Documento de Erice sobre las relaciones de la Bioética y de la Deontología médica con la medicina legal. 1991.

problemas relacionados con los ecosistemas y el resto de seres vivos (microorganismos, plantas y animales).

Posteriormente, en el año 1997, 21 Estados Partes del Consejo de Europa suscribieron en Oviedo el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano Respecto de las Aplicaciones de la Biología y la Medicina, también denominado Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, o Convenio de Oviedo, que en España fue ratificado el 20 de octubre de 1999[343], y del cual se ha hecho mención ya en el Capítulo I del presente trabajo. Dicho convenio consta de tres secciones: una primera científica, una segunda jurídica, y la tercera relativa a la ética. En él, se establecen normas y garantías para reforzar el consentimiento informado, y se consagra la libre decisión de las personas en materia de salud, tras haber sido debidamente informadas, además del respeto a la privacidad. También se reconoce al Tribunal Europeo de Derechos Humanos como el organismo competente para emitir dictámenes posibles violaciones o vulneraciones de derechos humanos en materia biomédica.

El Convenio de Oviedo consta de cuatro protocolos adicionales, en los cuales se prohíbe la clonación de seres humanos (1998)[344] y se desarrollan los principios éticos para los trasplantes de órganos y tejidos de origen humano (2002)[345], la investigación biomédica (2005)[346] y los análisis genéticos con fines médicos (2008)[347].

Además, en octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO aprobó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que obliga a los Estados miembro a su cumplimiento[348]. Tal y como se recoge en el prefacio del texto:

> "*Al abordar los problemas éticos que plantean la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas en sus vertientes relacionadas con el ser humano, la*

[343] BOE. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.
[344] Consejo de Europa, *Protocolo adicional al Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina por el que se prohíbe la clonación de seres humanos,* 7 de enero de 1998.
[345] Consejo de Europa. *Protocolo adicional sobre trasplante de órganos y tejidos de origen humano, Estrasburgo,* 24 de enero de 2002.
[346] Consejo de Europa. *Protocolo adicional sobre investigación biomédica,* Estrasburgo, 25 de enero de 2005.
[347] Consejo de Europa. *Protocolo adicional sobre tests genéticos con fines médicos,* Estrasburgo, 27 de noviembre de 2008.
[348] UNESCO (octubre 2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Paris. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa. (Consultado el 12 de septiembre de 2023).

Declaración, como se infiere del propio título, fundamenta los principios en ella consagrados en las normas que rigen el respeto de la dignidad de la persona, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Por el hecho de inscribir la bioética en los derechos humanos internacionales y de garantizar el respeto por la vida de las personas, la Declaración reconoce la interrelación existente entre la ética y los derechos humanos en el terreno concreto de la bioética".

En la Declaración, se recoge que todas las decisiones adoptadas o las prácticas realizadas relativas a la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías relativas a los seres humanos, deben respetar los siguientes principios: dignidad humana y derechos humanos, potenciar los beneficios y minimizar los riesgos, autonomía y responsabilidad individual, consentimiento, respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, privacidad y confidencialidad, igualdad, justicia y equidad, no discriminación y no estigmatización, respeto de la diversidad cultural y del pluralismo, solidaridad y cooperación, responsabilidad social y salud, aprovechamiento compartido de los beneficios, protección de las generaciones futuras y adopción de decisiones y protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

De este modo, por medio del Convenio de Oviedo del Consejo de Europa, y de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en la atención a la salud, el Estado español está obligado a respetar y hacer que se respeten los principios de autonomía y consentimiento con información, siempre con respeto a la dignidad de la persona, la privacidad, la justicia y la igualdad. Por tanto, es la persona atendida quien está en el centro de los cuidados y quien debe poder tomar las decisiones que respectan a su salud.

Mención especial merece, también, el principio de "*protección a las generaciones futuras*" que recoge la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, que se ofrece referida, sobre todo, a las decisiones en investigación genética, pero que en el campo de la salud perinatal adquiere gran relevancia, puesto que las decisiones en salud y la atención sanitaria ofrecida a las mujeres en esta etapa pueden comprometer la salud de sus bebés; quienes, en definitiva, conformarán las generaciones futuras.

2.5.2 La ética de los cuidados

El reconocimiento de la naturaleza interdependiente del ser humano y su ciclo vital, caracterizado por la presencia de etapas en las que presenta una gran vulnerabilidad, con necesidades específicas de apoyos, ha generado una corriente de estudio sobre los problemas morales y las relaciones humanas denominada "*ética de los cuidados*". La ética de los cuidados se centra en atender las necesidades de las personas de una forma prolongada en el tiempo, y no únicamente en un momento puntual de problema o conflicto. Además, se sustenta en la compasión, y propone soluciones a los conflictos procurando no dañar la trama de relaciones humanas, considerando la naturaleza dialógica e interactiva de las mismas.

Hasta bien avanzado el siglo XX, los modelos éticos dominantes respondían a la denominada ética de la justicia; que, basada en el principio de la universalidad, pretendía defender derechos universales e imparciales con una aplicación orientada al ámbito público. El estudio del desarrollo evolutivo de la moralidad a lo largo de la infancia, según la consideración de la ética como el conocimiento y seguimiento de las normas y derechos, y basado en la teoría del desarrollo infantil por estadios de Piaget, llevó al investigador Lawrence Kohlberg a concluir que las niñas mostraban más dificultades que los niños para llegar a los niveles más elevados de desarrollo moral[349]. La psicóloga Carol Gilligan, discípula de Kohlberg, cuestionó estos resultados desde una perspectiva feminista, elaborando en los años 80 lo que se ha denominado como "*ética del cuidado*"[350]. Según los estudios realizados por Gilligan, las diferencias en el desarrollo moral entre niños y niñas no era una cuestión de grado, sino de cualidad, presentando ambos géneros patrones diferentes, de tal forma que las niñas generaban con más frecuencia un tipo de desarrollo que ella denominó "*ética del cuidado o de la*

[349] PIAGET, J., *The moral judgment of the child,* Harcourt, Brace, 1932; KOHLBERG, L. "The Psychology of Moral Development: The Nature and Validity of Moral Stages", *Essays on Moral Development,* 1984, vol. 2.

[350] ALVARADO GARCÍA, A., "La ética del cuidado", *Aquichan*, vol. 4, nº 1, 2004, pp. 30-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=en&tlng=es. (Consultado el 8 de septiembre de 2023).

responsabilidad", frente al modelo eminentemente masculino, la "*ética de los derechos o de la justicia*"[351].

Aplicando las teorías feministas al estudio del desarrollo moral, Gilligan concluyó que las mujeres tienden a considerar los problemas morales en su contexto relacional e interpersonal, incluyendo las variables de responsabilidad y cuidado, frente al énfasis centrado en las normas y el derecho, más propio del género masculino. Con sus aportaciones, Gilligan permitió el análisis de las tensiones existentes entre los mundos público y privado, también en las cuestiones éticas, buscando revalorizar cuestiones tradicionalmente asignadas a las mujeres.

Aunque acoge estos valores clásicamente considerados femeninos, la ética del cuidado no pretende ser una ética de mujeres; al contrario, defiende la igualdad de los desarrollos morales y éticos entre hombres y mujeres, así como los derechos de las personas en sus cuidados y las relaciones con los otros. No obstante, algunas autoras feministas consideran que la ética de los cuidados podría contribuir a la perpetuación de las desigualdades de género, dado que socialmente los cuidados continúan siendo una actividad eminentemente realizada por mujeres. Así, según algunas teóricas, mantener el discurso sobre los cuidados alrededor de las mujeres supondría perpetuar la atribución tradicional a ellas de los mismos; sobre todo, en el ámbito de la maternidad[352]. Sin embargo, la ética del cuidado contextualiza estas prácticas tomando en cuenta la interdependencia y la responsabilidad mutua de las personas, en oposición a los valores de autonomía e independencia, e implicando a todas las personas, independientemente del género[353]. De hecho, investigaciones posteriores parecen haber demostrado que una manera efectiva de enseñar a la infancia (hijos e hijas) a cuidar es, precisamente, mediante la imitación y el modelaje de sus adultos de referencia: la circunstancia de que tanto los padres como las madres, y el resto de los adultos cercanos, se impliquen en la crianza y

[351] GILLIGAN, C., *La moral y la teoría*. *Psicología del desarrollo femenino*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985, p. 35.
[352] JAGGAR, A. M., "Ética feminista", *Debate feminista* nº 48, 2014, pp. 8-44.
[353] BENHABID, S., "Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral", *Isegoría*, 1992, nº 6, pp. 37-63.

la educación de sus hijos e hijas, favorece que estos asimilen la importancia de los cuidados con independencia del género[354].

Las objeciones realizadas a la teoría de la ética de los cuidados no se centran en el estudio y la consideración moral de las prácticas de cuidados, sino en su identificación tradicional como prácticas de mujeres. En este sentido, Peta Bowden exploró la importancia ética del cuidado tratando de ampliar su análisis más allá de la relación existente entre mujeres y cuidados[355]. Para ello, analizó minuciosamente cuatro prácticas de cuidado: la maternidad, la amistad, la asistencia sanitaria y la ciudadanía. Su análisis de la maternidad le permite cuestionar la premisa de los derechos basados únicamente en el individuo, basándose en la fusión inicial (tanto física como psicológica) existente entre toda madre y su criatura, y que sólo progresivamente, a lo largo de un proceso que se prolonga durante años, se va produciendo la separación e individuación del infante. Un aspecto cuestionado de los escritos de Bowden es su definición de la maternidad como elemento identitario central de las mujeres. Ciertamente, hay un gran número de mujeres que no son madres por elección y para las cuales la maternidad no forma parte de su identidad; e, incluso entre las que lo son, algunas sólo se ven repercutidas en su identidad de manera temporal. No obstante, tampoco se puede obviar la importancia que tiene la maternidad para muchas de las mujeres que son madres.

En definitiva, la ética de los cuidados podría entenderse como una ética de la virtud, de tradición aristotélica. Tal y como señala MacIntyre, cuya perspectiva del yo se acoge a las teorías narrativas:

> "*Las virtudes han de entenderse como aquellas disposiciones que, no sólo mantienen las prácticas y nos permiten alcanzar los bienes internos a las prácticas, sino que nos sostendrán también en el tipo pertinente de búsqueda de lo bueno, ayudándonos a vencer los riesgos, peligros, tentaciones y distracciones que encontremos y procurándonos creciente autoconocimiento y creciente conocimiento del bien. El catálogo de las virtudes incluirá, por tanto, las*

[354] NODDINGS, N., "The care tradition: Beyond "Add women and stir". *Theory into Practice*, 2001b, Vol 40 nº 1, pp. 29-34. Noddings, N. *Educating moral people. A caring alternative to character education*. New York: Teachers College Press, 2002.
[355] BOWDEN, P., *Caring: Gender Sensitive Ethics*, London and New York, Routledge, 1997.

necesarias para mantener familias y comunidades políticas tales que hombres y mujeres pueden buscar juntos el bien y las virtudes necesarias para la indagación filosófica acerca del carácter de lo bueno."[356]

Pese a su aparente contradicción, los modelos éticos de la justicia y de los cuidados son, en realidad, complementarios, y deben ser integrados en su práctica. Resulta imprescindible considerar los aspectos relacionales del ser humano (tales como la voluntad, la vida afectiva o el desarrollo personal) en los principios universales de la justicia, haciendo ver la interdependencia entre las personas que caracteriza a la especie humana y aunando los aspectos concretos y particulares de cada individuo con principios más generalistas. El valor ético de los cuidados es fundamental para resolver muchos de los dilemas éticos del mundo actual, y permite una lectura más acertada de los principios universales de ética y justicia en situaciones concretas.

Respecto a lo que al presente trabajo compete, y tal y como se ha señalado ya, la ética de los cuidados reconoce la interdependencia de los seres humanos, así como vulnerabilidad que experimenta en algunas de las etapas de su ciclo vital, entre las cuales destaca la primera infancia.

El valor de las relaciones y los cuidados en la infancia para el desarrollo saludable de las personas ha sido evidenciado científicamente en múltiples estudios, y ha generado importantes teorías biológicas y psicológicas, como son la teoría del apego, el estudio de los vínculos interpersonales y la importancia de las relaciones seguras. Del encuentro entre las bases biológicas del desarrollo de las criaturas humanas, y el estudio de sus necesidades psicobiológicas y socioemocionales, con la ética de los cuidados como telón de fondo, surgiría la rama de la bioética de los cuidados. Llegados a este punto, se hace inaplazable el desarrollo de una bioética de los cuidados en la infancia que reconozca y proteja su dignidad humana, adaptando los criterios a las particularidades de los estadios de desarrollo y maduración de los menores; especialmente, en sus etapas más vulnerables.

[356] MACINTYRE, A., *Tras la Virtud*, Editorial Crítica, Barcelona, 2001, pp. 270-271.

2.5.2.1 El apego en las especies mamíferas: evidencias biológicas y neurocientíficas del valor de los cuidados materno-infantiles

Existe abundante evidencia del sustrato biológico que subyace a los cuidados materno-infantiles, su valor evolutivo y para la supervivencia, así como su importancia para el desarrollo y la salud a lo largo de la vida. Se trata de un momento delicadísimo dentro del ciclo vital humano, cuyo valor también se pone de manifiesto en otras especies animales. Así, la mayor parte de las especies mamíferas requieren mantener un contacto estrecho con sus madres en las primeras etapas de su vida para un correcto desarrollo físico, emocional y social[357], siendo este contacto una parte esencial de la salud tanto de las crías como de las madres.

El daño asociado a la perturbación de la relación madre-cría tiene un alcance muy elevado. Los modelos clásicos en investigación sobre separación madre-cría, realizados sobre roedores, consistentes en realizar esta separación 3 horas al día desde el segundo hasta el decimocuarto día postparto, demuestran la aparición de alteraciones conductuales en ambas partes superponibles a las observadas en los episodios depresivos en humanos, pero estudios realizados en roedores han demostrado que también las separaciones breves de la madre y su cría a menudo se siguen de un incremento de las conductas de cuidado maternales, actuando ambos factores con efectos opuestos y sin que se produzca un impacto negativo en el desarrollo de las crías; sin embargo, las separaciones prolongadas o mantenidas generan un correlato fisiológico de estrés mantenido (con hiperactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y elevación de la hormona cortisol), que tiene efectos deletéreos a lo largo de la vida y se traduce, entre otros problemas de salud, en un aumento de los niveles de estrés en la edad adulta[358].

Desde un punto de vista genético y evolutivo, los chimpancés constituyen la especie viva en el mundo más estrechamente emparentada con la humana[359]. Las

[357] FELDMAN, R., "The neurobiology of mammalian parenting and the biosocial context of human caregiving", *Hormones and Behavior*, 2016, nº 77, pp. 3-17.
[358] VETULANI, J., "Early maternal separation: a rodent model of depression and a prevailing human condition", *Pharmacological Reports*, 2013, vol. 65, nº 6, pp. 1451-1461.
[359] KING, MC., WILSON, AC., "Evolution at two levels in humans and chimpanzees", *Science*, 1975, vol. 188, nº 4184, pp.107-16; LANGERGRABER, K., SCHUBERT, G., ROWNEY, C., WRANGHAM, R., ZOMMERS, Z., VIGILANT, L., "Genetic differentiation and the evolution of cooperation in chimpanzees and humans", *Proceedings: Biological Sciences*, 2011, vol. 278, nº 1717, pp. 2546-2552.

interacciones diádicas y los patrones de desarrollo social son semejantes en las crías humanas y las de chimpancés[360]. El mayor indicador de existencia de cognición social en la infancia es la adquisición la capacidad de triangulación, entendida como tal la capacidad del infante para mantener la atención conjunta con otra persona dirigida hacia un objeto[361]. Tanto en la especie humana como en los chimpancés, las experiencias emocionales en las primeras etapas de la vida son fundamentales para el desarrollo de la cognición social, que se produce, inicialmente, en las interacciones diádicas madre-criatura, introduciéndose progresivamente objetos en la díada, hasta llegar a las relaciones triádicas (en la segunda mitad del primer año de vida en el caso de los chimpancés, y entre los 8 y los 12 meses en los humanos)[362]. La cognición social tiene, por tanto, un continuo evolutivo, que se hace evidente en el estudio comparado de especies de primates, y requiere de experiencias afectivas relacionales favorables para su desarrollo.

Estudios de experimentación animal sobre grandes primates realizados en laboratorios en los años 70 y 80 del siglo pasado (a día de hoy no replicados, debido a los conflictos éticos que generan), demostraron que, en el primer año de vida de las crías de chimpancé, separaciones de su madre relativamente cortas (por periodos de 14 días) generaban perturbaciones crónicas en sus funciones orgánicas (inestabilidad en los ritmos cardiacos, de respiración, de sueño-vigilia, y disminución de la función inmunitaria), así como en los ritmos detectados en el encefalograma. Estas alteraciones también se producían cuando se impedía el contacto piel con piel entre la madre y la cría de chimpancé y sólo podían verse a través de una ventana. Sin embargo, no se producían cuando, habiendo una barrera entre los dos, se permitía a la madre chimpancé y a su cría tocarse y abrazarse. Los chimpancés que en su primer año de vida habían tenido estas separaciones cortas (de 14 días) de sus madres se convirtieron en adultos inseguros, con muchas dificultades para desplegar conductas de juego, exploración y disfrute interpersonal, no participaban en el despiojado mutuo ni en la búsqueda de alimentos.

[360] BARD, KA., KISHIMOTO, T., "Early communicative gestures in human and chimpanzee 1-year-olds observed across diverse socioecological settings", *Learning & Behavior, 2023*, vol. 51, nº 1, pp. 15-33.
[361] BARD, KA., BAKEMAN, R., BOYSEN, ST., LEAVENS, DA., "Emotional engagements predict and enhance social cognition in young chimpanzees", *Developmental Science,* 2014, vol. 17, nº 5, pp. 682-96.
[362] BARD, KA., "Dyadic interactions, attachment and the presence of triadic interactions in chimpanzees and humans", Infant *Behavior and Development*, 2017, vol. 48 nº Pt A, pp. 13-19; SUTIL MARTÍN, DL., *Las claves de la afectividad femenina: corazón de mujer*, EDAF Editorial, 1996.

Además, aquellos que habían estado sometidos a separaciones largas y continuadas de sus madres en el primer año de vida, presentaban graves problemas de conducta social: mostraban comportamientos agresivos frente a otros chimpancés, no seguían las normas sociales de la comunidad y eran rechazados por el resto de sus congéneres[363]. Por lo tanto, se veía una afectación de su funcionamiento global, sus interacciones relacionales y su salud mental.

Las alteraciones en su conducta se correlacionaron con cambios biológicos a nivel cerebral. Tanto en los chimpancés sometidos a separaciones cortas como los sometidos a separaciones largas de su madre en el primer año de vida presentaban alteraciones en el desarrollo del sistema límbico, una región del cerebro íntimamente relacionada con la experiencia emocional. Estudios realizados sobre macacos de 6 meses de edad sometidos a un empobrecimiento ambiental (con acceso visual a otros miembros de la colonia, pero sin acceso táctil a los mismos) demostraron una disminución significativa de la densidad dendrítica de las neuronas piramidales respecto a los macacos sin privación[364].

Las separaciones madre-cría se asociaron también a una mayor vulnerabilidad a enfermedades autoinmunes o con componente inflamatorio. Las complejas relaciones entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico no han sido completamente dilucidadas, pero los estudios realizados en la infancia al respecto evidencian los efectos deletéreos que provoca el estrés sobre el correcto desarrollo de ambos, obligando a reconsiderar la clásica distinción entre factores estresores físicos y psicológicos[365].

En definitiva, los resultados de los estudios de separación madre-bebé, realizados tanto sobre roedores como sobre monos y primates, y sus nocivas consecuencias físicas y psicológicas a lo largo de la vida, requieren de una reflexión desde la perspectiva bioética, valorando las características y necesidades específicas dentro de esa etapa del ciclo vital (maternidad y primera infancia). Se trata, como se desarrollará más adelante,

[363] PETER RYGAARD, N., *El niño abandonado*, Editorial De Boeck Université, Bruxelles, 2005, pp. 92-93.
[364] BRYAN, GK., RIESEN, AH., "Deprived somatosensory-motor experience in stumptailed monkey neocortex: dendritic spine density and dendritic branching of layer IIIB pyramidal cells", *Journal of Comparative Neurology*, 1989, vol. 286, nº 2, pp. 208-217.
[365] FLESHNER, M., LAUDENSLAGER, M., "Psychoneuroimmunology: then and now", *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2004, vol. 3, nº 2, pp. 114-30.

de proteger un bien (la relación madre-bebé) con enormes repercusiones para la salud y el desarrollo.

2.5.2.2 Ética de los cuidados en la infancia

En nuestro entorno, esta reflexión ética obliga a reconsiderar los modelos de crianza humana adoptados en el actual momento histórico-cultural dentro del mundo occidental, y, en concreto, dentro del escenario social, legislativo y asistencial español. La negación de las necesidades psicológicas y emocionales de los bebés frente a las necesidades y deseos de las figuras adultas han limitado el contacto en la díada madre-bebé y han sistematizado las separaciones precoces y prolongadas entre ambos.

En la especie humana, las consecuencias de las prácticas sociales de crianza basadas en la separación de la díada madre-bebé son difíciles de estimar y no han sido investigadas de forma metodológicamente rigurosa. Sin embargo, algunos autores han planteado que las diferencias entre la frecuencia y la gravedad del desarrollo de trastornos mentales graves en países desarrollados frente a países en desarrollo (con tasas más elevadas y peor pronóstico en los primeros, realidad en apariencia paradójica, teniendo en cuenta la mayor accesibilidad de las personas con problemas de salud mental a un diagnóstico y a intervenciones terapéuticas) puedan guardar relación con los drásticos cambios en los cuidados maternales y la disolución de la díada madre-bebé en los países desarrollados[366].

La influencia de las experiencias en las primeras etapas de la vida en la salud y el desarrollo de las personas ha sido objeto de grandes estudios epidemiológicos. Así, ha quedado demostrado que las experiencias adversas en la infancia (EAI) tienen un impacto negativo a nivel físico, psicológico y social, que perdurará a lo largo de toda la vida de la persona[367]. Los primeros estudios realizados por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos, demostraron la alta prevalencia de experiencias adversas en la infancia, su efecto acumulativo y su asociación

[366] Esta sugerencia se puede leer en el artículo ya citado anteriormente de VETULANI, J., "Early maternal separation: a rodent model of depression and a prevailing human condition", *Pharmacological Reports*, 2013, vol. 65, nº 6, pp. 1451-1461.
[367] CLARKE, DD., "Childhood Disrupted: How Your Biography Becomes Your Biology, and How You Can Heal", *The Permanente Journal,* 2017, vol. 21, pp. 16-39.

con enfermedades físicas y mentales, así como peor ajuste social y mayores tasas de criminalidad y de mortalidad temprana[368]. Las perturbaciones en la relación madre-bebé en etapas tempranas de la vida pueden suponer, en sí mismas, experiencias traumáticas precoces, y se asocian con una mayor incidencia de problemas vinculares que, a su vez, condicionan una mayor vulnerabilidad a padecer EAI, con repercusiones potencialmente graves a corto y a largo plazo[369]. Por lo tanto, la prevención de adversidad infantil y la promoción de vínculos saludables en la infancia son estrategias fundamentales para la promoción de la salud y el desarrollo físico, social y emocional a nivel poblacional, tal y como reconoce el Comité de los derechos del niño en su Observación General número 7[370].

Pero los objetivos en salud no pueden limitarse a proteger a la infancia de experiencias adversas, o intervenir precozmente sobre ellas para limitar sus efectos negativos, sino que deben encaminarse a garantizar el alcance del máximo grado de salud y potencial de desarrollo que sea posible, mediante la promoción de cuidados infantiles saludables. Numerosos estudios demuestran que la alimentación por medio de la lactancia materna, el contacto íntimo piel con piel entre la madre y el bebé, y las conductas de cuidado cariñoso y sensible (sostener al bebé en brazos, el balanceo suave, el canturreo…) reducen la respuesta al estrés de los bebés, protegiendo su cerebro en desarrollo de los efectos deletéreos de la estimulación simpática y neuroendocrina mediada por noradrenalina y corticoides[371]. Estos datos son de gran relevancia, puesto que las intervenciones dirigidas a promover y proteger los cuidados maternales hacia sus bebés

[368] FELITTI, VJ., ANDA, RF., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, DF., SPITZ, AM., EDWARDS, V., KOSS, MP., MARKS, JS., "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American Journal of Preventive Medicine,* 1998, vol. 14, nº 4, pp. 245-258.
[369] ORAL, R., RAMIREZ, M., COOHEY, C., NAKADA, S., WALZ, A., KUNTZ, A., BENOIT, J., PEEK-ASA, C., "Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care.", *Pediatric Research*, 2016, vol. 79, nº 1-2, pp. 227-233; SCHILLING, EA., ASELTINE, RH., GORE, S., "Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey", *BMC Public Health*, 2007, vol. 7, pp. 7-30.
[370] ONU. Comité de los derechos del Niño, Observación General número 7.
[371] DE GRAAFF, LF., HONIG, A., VAN PAMPUS, MG., STRAMROOD, CAI., "Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review", *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2018, vol. 97, nº 6, pp. 648-656.

son relativamente fáciles de implementar, reducidas en coste y cuentan con un gran potencial preventivo en el ámbito de la salud poblacional[372].

Si hablamos de la atención sanitaria, desde un punto de vista del desarrollo evolutivo de las personas menores de edad, se distinguen los siguientes estadios: recién nacido (de 0 a 7 días), neonato (7-29 días), lactante menor (1-12 meses de vida), lactante mayor (1-2 años), preescolar (2-5 años), escolar (5-10 años), pre-adolescente (10-12 años) y adolescente (12-18 años). Por su parte, el Comité de los derechos del Niño, ya examinado, considera la primera infancia la etapa previa al cumplimiento de los 8 años de edad, si bien reconoce que en muchos países este periodo es considerado como el previo a los 4 años[373]. Es el caso de España. De forma general, en nuestro país se denomina "*primera infancia*" a las edades comprendidas entre los 0 y los 3 años, etapa de especial vulnerabilidad de las y los menores, donde la comunicación verbal está ausente o es incompleta, y la dependencia de sus figuras parentales es absoluta. Por tanto, la primera infancia recoge la etapa puramente perinatal (que, según la OMS, llega hasta el primer año postnatal), pero la rebasa, puesto que las actividades principales de la crianza y la disolución progresiva de la madre-bebé generalmente se prolongan hasta los 3 años de edad. De hecho, es en ese corte (el año en el cual el infante cumple 3 años de vida postnatal) donde el sistema educativo español establece actualmente la división entre el primer ciclo y el segundo ciclo de Educación Infantil, y es el que se sigue en el presente trabajo.

En su Observación General número 7, el Comité de los derechos del Niño recoge las siguientes características de la primera infancia, de gran relevancia para la comprensión de las necesidades de los bebés e infantes, y, por tanto, para su atención en el legítimo cumplimiento de sus derechos:

> "*a) Los niños pequeños atraviesan el período de más rápido crecimiento y cambio de todo su ciclo vital, en términos de maduración del cuerpo y sistema nervioso, de movilidad creciente, de capacidad de comunicación y aptitudes intelectuales, y de rápidos cambios de intereses y aptitudes.*

[372] WALKE, CD., "Maternal touch and feed as critical regulators of behavioral and stress responses in the offspring", *Developmental Psychobiology*, 2010, vol. 52, nº 7, pp. 638-650.
[373] ONU, Observación General número 7 del Comité de los derechos del niño.

b) Los niños pequeños crean vínculos emocionales fuertes con sus padres u otros cuidadores, de los que necesitan recibir cuidado, atención, orientación y protección, que se ofrezcan de maneras que sean respetuosas con su individualidad y con sus capacidades cada vez mayores.

c) Los niños pequeños establecen importantes relaciones con niños de su misma edad, así como con niños más jóvenes y mayores. Mediante estas relaciones aprenden a negociar y coordinar actividades comunes, a resolver conflictos, a respetar acuerdos y a responsabilizarse de otros niños.

d) Los niños pequeños captan activamente las dimensiones físicas, sociales y culturales del mundo en que viven, aprendiendo progresivamente de sus actividades y de sus interacciones con otras personas, ya sean niños o adultos.

e) Los primeros años de los niños pequeños son la base de su salud física y mental, de su seguridad emocional, de su identidad cultural y personal y del desarrollo de sus aptitudes.

f) Las experiencias de crecimiento y desarrollo de los niños pequeños varían de acuerdo con su naturaleza individual, sexo, condiciones de vida, organización familiar, estructuras de atención y sistemas educativos.

g) Las experiencias de crecimiento y desarrollo de los niños pequeños están poderosamente influidas por creencias culturales acerca de cuáles son sus necesidades y trato idóneo y acerca de la función activa que desempeñan en la familia y la comunidad."[374]

La ética de los cuidados guarda especial importancia en la atención a la primera infancia, los "*niños pequeños*", que no pueden defender su propia dignidad personal, y cuyo crecimiento y desarrollo, como se acaba de citar, se ve altamente influido por sus contextos familiares y de comunidad, por el trato idóneo que reciben de estos, por los intensos vínculos afectivos que desarrollan hacia sus familiares y la influencia decisiva que tienen éstos en sus primeras experiencias. Estos contextos, y el tipo de experiencias infantiles y cuidados recibidos en la infancia, constituyen algunos de los denominados

[374] De nuevo, véase la Observación General número 7 del Comité de los derechos del Niño, en su apartado 6.

determinantes en salud mental, de los cuales se ha hablado ya en este mismo Capítulo, y que suponen factores de riesgo o de protección para la salud mental a lo largo de la vida. Por desgracia, esta realidad de la importancia de los derechos de los bebés y sus madres, y la influencia determinante de los factores contextuales que los rodean, no siempre es contemplada. De hecho, hasta muy recientemente, la misma legislación española no reconocía el derecho a la identidad en los menores de 24 horas de vida, siendo un ejemplo significativo de la falta de respeto, socialmente aceptada, a la dignidad de los bebés. Otra fuente de ejemplos sobre la endeble situación de los derechos materno-infantiles han sido las actuaciones relativas a la atención a la salud materno-infantil durante la pandemia de COVID-19. La fragilidad de los derechos de los bebés y de sus madres a nivel global se constató desde el inicio de la irrupción de la crisis sanitaria, siendo una de las primeras medidas tomadas por la mayor parte de los servicios de obstetricia del mundo la generalización de las separaciones madre-bebé sin justificación clínica, aun a pesar del conocimiento científico sobre los graves perjuicios que puede ejercer dicha separación.

Si bien el progresivo desarrollo de la bioética pediátrica está permitiendo la incorporación, cada vez mayor, de las preferencias, la voluntad y los deseos de los menores en su propia asistencia de salud, reconociendo su dignidad inviolable de persona desde el momento de su nacimiento, aún se minusvalora la interrelación que guarda con su red de cuidados, principalmente, con su familia, y el valor insustituible de estos vínculos. Así, el Relator Especial sobre el derecho a la salud, en su informe "*El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*"[375], señala que cada vez existe una mayor evidencia sobre que la salud física y mental del niño en la primera infancia se ve afectada por su medio ambiente, lo que incluye sus relaciones en el entorno familiar, en la comunidad y en la sociedad, y muestra preocupación acerca de las escasas competencias con las que cuentan muchos de los profesionales de salud que trabajan en contacto con para transmitir a las familias conocimientos y aptitudes básicas acerca del cuidado y la crianza de los hijos. Además, el Relator Especial afirma que:

> "*(...) los profesionales sanitarios y otros profesionales que trabajan con niños deben tener formación en derechos humanos y desarrollo en la primera infancia*

[375] A/70/213. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 30 de julio de 2015. En 2016, el informe del Relator especial estuvo dedicado a la salud de los adolescentes (A/HRC/32/32).

y en el impacto de la calidad de las relaciones en la salud física y mental en la niñez y durante toda la vida."

En la primera infancia (considerada como la etapa de 0 a 3 años) no se puede atender –ni entender– a los niños sin atender a sus figuras maternales, de las cuales son totalmente dependientes. Esta íntima relación, en los primeros meses de vida, hace que, en la atención en salud, se hable de la díada madre-bebé como una unidad funcional, a la que resulta imposible atender de manera adecuada si el foco de atención se centra aisladamente en cada una de sus partes, una cuestión no contemplada aún en el plano de la protección jurídica.

Desde los primeros estudios sobre apego humano, iniciados por Bowlby a instancias de la OMS, y desarrollados en la década de los 50, la evidencia científica generada respecto a la importancia de la relación madre-bebé en la especie humana y sus repercusiones en salud a lo largo de la vida es abrumadora. Como se detallará más adelante, la díada madre-bebé se instaura alrededor de un vínculo afectivo, necesario para la supervivencia de la cría dentro de las especies mamíferas, y su desarrollo físico y socioemocional. Este vínculo tiene unas bases neurobiológicas (necesarias, pero no suficientes, para su establecimiento), y sobre él se construirán los primeros principios organizadores del psiquismo, los presupuestos sobre el mundo, sobre los demás y sobre uno mismo, que se mantendrán de manera estable a lo largo de la vida y condicionarán, en gran medida, los resultados en salud y funcionamiento social de la persona.

La consideración de la díada madre-bebé como una unidad indisoluble no es baladí. La atención sanitaria a los bebés ha obviado de manera sistemática y por mucho tiempo su primera y máxima necesidad, que no es otra que estar en contacto íntimo y continuado con su madre, siendo todavía la separación de los recién nacidos de sus madres una práctica rutinaria en muchos hospitales del mundo, a pesar de las recomendaciones de la OMS de mantener la unidad madre-bebé, siempre que no exista una situación de compromiso vital para alguna de las dos partes. Desde los protocolos hospitalarios de atención obstétrica al parto (en los cuales, y hasta hace unos pocos años, se recomendaba la separación sistemática de la madre y el bebé con la excusa del descanso de la primera y el aseo del segundo), hasta los exiguos permisos laborales por maternidad (que obligan a la reincorporación precoz de las madres a sus puestos de trabajo en un gran número de

Estados, entre los cuales se incluye el nuestro), la unidad de la díada madre-bebé en nuestro entorno se encuentra en una situación de vulnerabilidad máxima.

La separación de la madre y el bebé, a veces iniciada ya desde la atención sanitaria postnatal, y ampliamente extendida a partir de la externalización e institucionalización de los cuidados de infantes de corta edad, implica, de forma tácita, la extensión y promoción de dos prácticas que retroalimentan esta separación: el abandono de la lactancia materna, especialmente a partir de los 3 meses de edad (en España, 1 de cada 3 madres que iniciaron lactancia materna al nacimiento la han abandonado al tercer mes de vida[376], situación alejada de las recomendaciones de la OMS de mantener 6 meses de lactancia materna exclusiva[377]), y la separación entre la madre y el bebé durante el sueño, con frecuente aislamiento del segundo, situación que ha demostrado disminuir la calidad del sueño y aumentar la actividad del sistema nervioso autónomo de los infantes de corta edad[378].

Del mismo modo, sigue habiendo importantes deficiencias en la protección materno-infantil, también en los países desarrollados, con escasez de programas políticos positivos para la infancia, que contemplen sus necesidades específicas de cuidados físicos, atención emocional y orientación cuidadosa para su mejor salud y desarrollo, tal y como defiende el Comité de los derechos del Niño en su Observación General número 7.

Las sociedades postindustriales occidentales han atravesado, en las últimas décadas, importantes cambios sociales, culturales, económicos y laborales, que no han resuelto de forma favorable el delicado asunto de los cuidados infantiles. Así, en numerosas ocasiones, se niegan las necesidades primeras de los bebés e infantes, y en concreto, la especial relevancia que tienen en su salud y su desarrollo las relaciones con un número reducido de personas (fundamentalmente, las figuras familiares), y se alienta de facto una separación temprana de las madres y sus bebés antes de lo saludable para éstos (y, en muchas ocasiones, de lo deseado por aquéllas). Esta promoción de la separación madre-bebé encuentra su máxima expresión en las dificultades para cumplir

[376] INE, *Encuesta Europea de Salud en España del año 2020*. Disponible en: https://www.ine.es/ (Consultado el día 21 de septiembre de 2023).
[377] OMS, *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989.
[378] MORGAN, BE., HORN, AR., BERGMAN, NJ., "Should neonates sleep alone?", *Biological Psychiatry*, 2011, vol. 70, nº 9, pp. 817-825.

con las recomendaciones básicas de salud y nutrición infantil sobre lactancia materna y cuidado cariñoso continuo (que se analizarán más adelante), debido en buena parte a la brevedad temporal de las prestaciones por maternidad y la ausencia de políticas eficaces para el apoyo a la salud madre-bebé y del desarrollo infantil temprano. Esta desprotección de la maternidad y de la infancia temprana tiene consecuencias importantes en materia de salud poblacional, como se explicará en este trabajo.

La cuestión de los cuidados no se limita a la primera infancia y es un tema político y de salud de absoluta vigencia en la agenda pública. Brindar una adecuada atención a los distintos grupos vulnerables es, actualmente, una problemática social sin resolver. Prueba de ello es que, en nuestro país, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 pretende poner en marcha de forma inminente (en el año 2024) la denominada "*Estrategia estatal de desinstitucionalización*", para mejorar los sistemas de apoyo a las personas vulnerables y permitir el paso de un modelo de cuidados en las instituciones a otro de atención personalizada y comunitaria donde las personas puedan vivir donde quieran[379]. Sin embargo, no deja de resultar paradójico que, en un momento en el que se han puesto encima de la mesa los perjuicios de los modelos de cuidados basados en la institucionalización (por ejemplo, en la atención a las personas con diagnósticos de trastornos mentales graves[380]; o en la atención a las personas con discapacidad y a la tercera edad), la escolarización de menores de 0 a 3 años (que, a fin de cuentas, proporciona cuidados a bebés y niños de corta edad por medio de una institución) esté batiendo cifras récord en España, sin una reflexión profunda sobre este modelo de cuidados. Así, en el año 2023, el 45,6 % de los niños y niñas de 0 a 3 años se encuentran escolarizados, siendo este porcentaje el más alto de la historia y un 6,8 % superior al del curso anterior[381]. Cabe discutir, incluso, si el término "escolarización" está siendo correctamente utilizado al hablar, en algunos casos, de los cuidados de bebés de pocos

[379] Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Gobierno de España. *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.* Financiado por la Unión Europea. Estrategia Estatal de desinstitucionalización. Disponible en: https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/. (Consultado el 21 de septiembre de 2023).

[380] HERNÁNDEZ MONSALVE, M., "La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2017, vol. 37, nº 131, pp. 171-187. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es (Consultado el 21 de septiembre de 2021).

[381] Noticia en prensa, La Moncloa. Disponible en https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/educacion/Paginas/2023/290623-porcentaje-ninos-escolarizados-mas-alto.aspx (Consultado el día 8 de septiembre de 2023).

meses de edad. Según la definición de la Real Academia Española, se entiende por escolarización la "*actuación de las administraciones educativas para proporcionar centro docente a la población infantil con el fin de que curse la enseñanza obligatoria*". La escolarización en la etapa de Educación Infantil (de 0 a 5 años) no es obligatoria, y cabe cuestionar si las instituciones educativas son las más apropiadas para ofrecer las "*enseñanzas*", los cuidados, de bebés e infantes menores de 3 años, tal y como se verá en el Capítulo VIII, dedicado a la crianza durante la primera infancia.

La necesidad de revisar los cuidados desde una perspectiva bioética, y el cuestionamiento secundario a esta revisión de la extensión de un modelo de cuidados a bebés e infantes basado en una escolarización precoz dentro del actual sistema educativo no debe confundirse con una negativa a potenciar el necesario desarrollo de redes que permitan a las mujeres que son madres incorporarse a una actividad laboral remunerada, si así lo eligen. Este derecho queda recogido en el artículo 11 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que insta a adoptar medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en el empleo y asegurar a la mujer condiciones de igualdad con los hombres. Además, este artículo, en su epígrafe 2, insta a luchar contra la discriminación contra la mujer por razón de maternidad asegurando la efectividad de su derecho a trabajar por medio de diferentes medidas, entre las que se encuentran las recogidas en el subepígrafe c):

> "*Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños*"[382].

Por lo tanto, es obligación de los Estados Partes garantizar a las mujeres dichos apoyos, desarrollando una adecuada red de cuidados infantiles. Sin lugar a dudas, resulta necesario abrir vías que permitan garantizar los cuidados a la infancia sin perjuicio del desarrollo laboral de las mujeres que son madres; las modalidades de estas vías o apoyos, sin embargo, no deberían limitarse a aquellas que se inclinan por ampliar únicamente la modalidad de la escolarización institucionalizada, entendida como la extensión precoz de

[382] Convención de la CEDAW, 1979.

un modelo diseñado para el aprendizaje de niños de a partir de seis años de edad, sino que deberían valorarse otras vías más acordes a las necesidades infantiles, incluso cuando estas vías supongan la externalización de los cuidados.

El Comité de los derechos del Niño asegura que la mejor forma de planificar las necesidades de la infancia es mediante el establecimiento de marcos legislativos, políticas y programas dirigidos específicamente a la infancia temprana, debiendo ser estos supervisados y evaluados de forma independiente para asegurar su correcta aplicación[383]. Desde la perspectiva de la ética de los cuidados, resulta inaplazable la creación de un marco social que reconozca y proteja a la díada madre-bebé, como una unidad funcional de valor inestimable para el desarrollo saludable de la vida humana, iniciada desde el momento de la concepción y que se prolonga durante el embarazo y a lo largo de la etapa postnatal y de la primera infancia, tal y como se desarrollará en los siguientes Capítulos. Este reconocimiento supone garantizar los derechos humanos básicos relativos a la salud tanto para las mujeres como para los bebés, recogidos en la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, y la Convención de los derechos del Niño. El debate sobre la protección de la maternidad, que debe abordarse siempre con perspectiva de género, no puede obviar la evidencia científica y los costes en salud de no reconocer y garantizar a las madres sus derechos básicos. Por supuesto, se habla en todo momento de derechos, nunca de obligaciones. Así, evidentemente no se trata de obligar a las madres, por ejemplo, a permanecer en permisos de cuidados hacia sus bebés, o a alimentarlos por medio de lactancia materna, pero sí debe estar garantizada dicha posibilidad, verdaderamente libre y blindada frente a posibles perjuicios económicos y/o profesionales derivados de sus decisiones. Con ello se lograría un apoyo a la maternidad y el cuidado infantil, y la promoción de prácticas parentales saludables, garantizando, en definitiva, el derecho de la infancia y de las mujeres al máximo disfrute de salud que resulte posible.

En definitiva, la cuestión de los cuidados infantiles es un asunto primordial que debe ser cuidadosamente abordada desde la perspectiva de los derechos humanos, tanto de las mujeres que son madres como de los bebés e infantes, y de la ética de los cuidados,

[383] Véase la Observación General nº 2 (2002), sobre el papel de las instituciones nacionales independientes de derechos humanos en la promoción y protección de los derechos del niño, párrafo 19.

que contextualiza los mismos dentro de los contextos relacionales, familiares y sociales. El marco del cuidado cariñoso, o "*Nurturing Care Framework*", adoptado por la OMS (que se analizará en el Capítulo VIII), hace referencia, precisamente, a la necesidad de políticas sociales y medidas multisectoriales para apoyar al cuidado infantil en los primeros años de vida para promover su desarrollo saludable, siendo uno de sus pilares fundamentales la atención a la salud mental materna[384]. Los cuidados infantiles pueden ser considerados, también, como un determinante social de la salud mental, que actúa en el periodo más sensible de desarrollo de las personas, suponiendo, ya sea un factor de riesgo, ya de resiliencia y protección, para el padecimiento de afecciones en salud mental a lo largo de la vida.

[384] OMS, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.

CAPÍTULO III. SALUD MENTAL PERINATAL

3.1 Concepto de salud mental perinatal

La atención a la salud mental de la díada madre-bebé, así como de las mujeres en relación a sus procesos reproductivos (embarazo, periparto y puerperio), se denomina salud mental perinatal (o psiquiatría perinatal, en el caso de la atención médica especializada), para enfatizar la importancia del nacimiento y sus efectos en la psique de las personas implicadas. No obstante, se han propuesto otros términos para la misma, como son salud mental materno-infantil, o salud mental parento-infantil, si bien estas denominaciones han tenido un menor calado[385]. En este trabajo, optamos también por emplear la terminología salud mental perinatal (SMP), por ser la de mayor aceptación.

Los trastornos mentales perinatales (TMP) son un problema de salud pública que produce un impacto intenso y duradero sobre la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos. La atención a los TMP requiere una elevada especialización y conocimiento sobre los procesos psíquicos y neurobiológicos que acontecen en la gestación, el nacimiento y el cuidado de un bebé, los eventos relacionales y el manejo psicofarmacológico y terapéutico de los síntomas, siguiendo un modelo de atención multidisciplinar que permita desempeñar una labor tanto diagnóstica y terapéutica como de prevención de enfermedad y promoción de la salud.

El "*Plan de Acción para la Salud Mental en el mundo (2013-2020)*", de la OMS, señalaba la necesidad del desarrollo de una salud mental integrada e integral, que incluyera estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad también para la salud mental materna, del recién nacido, la pareja y el núcleo familiar[386]. Posteriormente, este plan fue actualizado y refrendado en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud, modificando algunos de los indicadores y sus metas mundiales, pero manteniendo su enfoque centrado en la promoción del bienestar y la salud mental para todas las personas, con especial incidencia en la prevención de problemas de salud mental en

[385] BROCKINGTON, I., BUTTERWORTH, R., GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N., "An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice", *Archives of Women's Mental Health,* 2016, vol. 20, nº 1, pp. 113–120.

[386] OMS, *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence =1. (Consultado el 24 de octubre de 2023).

poblaciones de riesgo, y en garantizar la cobertura universal en la atención a la salud mental, en su "*Plan de atención integral a la salud mental, 2013-2030*"[387]. La atención a la salud mental materna, de los bebés y de sus familias, altamente especializada, corresponde a la SMP. Desde la perspectiva de la salud mental que ofrece la OMS (que no se limita a la ausencia de psicopatología, o de un trastorno mental), la SMP haría alusión al grado de adaptación psíquica y social de la mujer a sus procesos de gestación y puerperio, y a su rol en relación a la maternidad, favoreciendo su capacitación para la misma, en un estado de bienestar personal y social[388].

La SMP, por tanto, es el campo de la salud mental orientado a la prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico e intervención en la salud mental de la mujer, la díada madre-bebé y la familia o entorno cercano, a lo largo de los procesos que rodean al nacimiento y que abarcan desde la concepción, embarazo, parto y postparto, hasta el fin del puerperio, que en salud mental se considera más prolongado que desde la perspectiva gineco-obstétrica (aproximadamente, hasta un año después del parto)[389]. El presente trabajo, centrado en analizar la situación de la maternidad y la primera infancia desde la perspectiva de la salud mental y los derechos humanos, se focalizará para cubrir también la primera infancia. Las intervenciones en SMP tienen un doble valor, puesto que no sólo intervienen sobre los padecimientos de las madres, sino que, además, previenen dificultades en el desarrollo de sus hijos[390].

La SMP tiene como objetivo fundamental la promoción y el cuidado de los procesos de vinculación entre las madres y sus bebés, facilitando la consolidación de vínculos saludables que estructuren un apego seguro. Para ello, se atiende a la díada madre-bebé de manera conjunta, entendiendo que ambos constituyen una unidad

---

[387] OMS, *Plan de Acción integral sobre Salud Mental 2013-2030*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029. (Consultado el 24 de octubre de 2023).

[388] CONTRERAS-CARRETO, NA., MORENO-SÁNCHEZ, P., MÁRQUEZ-SÁNCHEZ, E., VÁZQUEZ-SOLARES, V., PICHARDO-CUEVAS, M., RAMÍREZ-MONTIEL, ML., SEGOVIA-NOVA, S., GONZÁLEZ-YÓGUEZ, TA., MANCILLA-RAMÍREZ, J., "Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos", *Cirugía y Cirujanos*, 2020, vol. 90, nº 4, pp. 564-572.

[389] HERNÁNDEZ, G., KIMELMAN, JM., MONTINO, RO., "Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio", *Revista médica de Chile*, 2000, vol. 128, nº 11, pp. 1283-1289.

[390] STANTON ME, GOGOI A., "Dignity and respect in maternity care", *BMJ Global Health*, 2022, vol. 5, nº 2, e0090.

funcional y no pueden ser abordados por separado. La atención a la diada debe ser, además, ecosistémica, lo que implica una coordinación interdisciplinar y multidisciplinar entre los sistemas sociales, los sanitarios y la familia y entorno más cercano[391]. Por ende, los equipos asistenciales deben adaptarse a las necesidades de la díada madre-bebé, identificándolas y respondiendo a ellas de manera flexible, de un modo semejante a la adaptación de las madres a las necesidades de sus criaturas para poder atenderlas[392].

Esta modalidad de atención debería implicar cambios sistémicos respecto a la metodología, los lugares y los espacios en los que tiene lugar; que, sin embargo, a día de hoy están muy lejos de poder materializarse en nuestro sistema de salud. Del mismo modo que la madre de un lactante debe mostrarse disponible ante sus demandas de alimentación, sueño y regulación fisiológica y emocional, la atención a estas madres (sujetas al cuidado de sus bebés) debe proveer, también, una función cuidadora que les facilite el acceso en su propio ambiente y sin la rigidez de las consultas médicas habituales. Por ejemplo, es probable que la madre de un recién nacido que se encuentre inmersa en su crianza, emocionalmente desbordada, y sin red de apoyo, no sea capaz de llegar hasta un centro hospitalario lejano a su domicilio a una hora estipulada con antelación.

La psicología y la psiquiatría perinatales deben considerar, por tanto, sus diferencias respecto al ejercicio general no sólo en las cuestiones de contenido (como son la reactivación de los conflictos psicológicos debido al fenómeno de transparencia psíquica, que se verá en el Capítulo V, o la limitación y los riesgos a la exposición de numerosos psicofármacos en el embarazo y la lactancia); sino, ante todo, de una diferencia en su modo de trabajo. El diseño de programas de SMP no puede limitarse al modelo biomédico convencional, sino que debe combinar la mejor evidencia científica disponible, con la continuidad de cuidados multidisciplinar, que incluya los condicionantes sociales y el entorno familiar, desarrollando y poniendo en marcha planes

[391] OLZA, I., FERNÁNDEZ LORENZO, P., GONZÁLEZ URIARTE, A., HERRERO AZORÍN, F., CARMONA CAÑABATE, S., GIL SANCHEZ, A., AMADO GÓMEZ, E., DIP, M. E., "Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2021, vol. 41, nº 139, pp. 23-35.
[392] MARCONI, J., "Política de Salud Mental en América Latina", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina,* 1976, vol. 4, pp. 277-281.

de intervención personalizados que se centren en la atención a las necesidades de la díada madre-bebé (o embrión, feto, recién nacido o lactante).

3.2 Origen de la atención en salud mental perinatal

La primera monografía sobre el ejercicio de la psiquiatría perinatal fue realizada por Louis-Victor Marcé, en el año 1858[393]. El primer ejemplo recogido históricamente sobre una atención diádica conjunta en psiquiatría perinatal es del año 1946, en Inglaterra, cuando Tom Main promovió el ingreso de una madre con su hijo en una unidad de hospitalización psiquiátrica, planteando la necesidad de observar de manera cercana la relación establecida entre ambos[394]. Por aquellas mismas fechas, el psiquiatra John Bowlby inició sus estudios sobre el apego en la infancia, bajo el encargo de la OMS, concluyendo la importancia de la relación madre-bebé en el desarrollo de los niños. A partir de entonces, se realizaron tímidos intentos de establecer la asistencia psiquiátrica perinatal con el desarrollo de algunas unidades que permitían la atención conjunta madre-bebé en aquellas situaciones en las cuales las madres requerían una hospitalización psiquiátrica. En Francia (1961) y Massachusetts (1963) se crearon estos primeros dispositivos, que permitieron el desarrollo posterior de unidades de atención madre-bebé a lo largo de diferentes países (como Gran Bretaña, Francia, Alemania, Bélgica, Países Bajos o Estados Unidos).

A pesar de ello, a día de hoy, en muchos países, como es el caso de España, siguen existiendo importantes deficiencias en la atención a la SMP. En el mundo, son pocos los hospitales que cuentan con áreas de SMP especializadas y habilitadas para el ingreso de las díadas madre-bebé por problemas de salud mental. No obstante, la dotación de recursos para el diagnóstico y la atención psicológica y psiquiátrica de mujeres y sus bebés, en el contexto de la atención materno-infantil, es una realidad cuya necesidad creciente e inaplazable ha sido reconocida por la OMS en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*"[395]. La situación

[393] MARCÉ, LV., *Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelles Accouchées et des Nourrices, et Considérations Médico-légales quise rattachent à ce Sujet*. Baillière, Paris, 1958.
[394] MAIN, TF., "Mothers with children in a psychiatric hospital", *The Lancet ii*, 1958, pp. 845–847.
[395] OMS, *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

actual de la atención a la SMP en el Sistema Nacional de Salud español se abordará más adelante dentro de este mismo Capítulo.

3.3 Salud y díada madre-bebé

La díada madre-bebé surge en el momento de la concepción y se mantiene a lo largo del embarazo, pero no acaba tras la finalización del mismo en el momento del parto, puesto que la especial dependencia del bebé en las etapas iniciales de la vida extrauterina hace necesario su estudio y atención conjunta. La díada madre-bebé irá progresivamente disminuyendo su unión biológica (tras la introducción de la alimentación complementaria, a partir del sexto mes de vida del lactante, y la progresiva ganancia de autonomía motora, con el desarrollo del gateo y, por fin, la deambulación, al año de vida), si bien la unión psíquica, establecida en parte gracias a la vinculación afectiva madre-bebé y el sistema de apego infantil, conllevará un proceso lento de progresiva separación e individuación a lo largo de la infancia.

La neurobiología que subyace a los procesos propios de la maternidad favorece la vinculación afectiva de la madre hacia su bebé, pero no la determina. Se estudiará más adelante que, a lo largo de los procesos de embarazo, parto y lactancia materna, así como en el contacto piel con piel postnatal, se produce liberación hormonal de dos moléculas fundamentales, la oxitocina y la dopamina, que promueven en la madre la aparición de conductas maternales de cuidado hacia su bebé. Pero, además, en la especie humana, la subjetividad de la madre, su biografía y su psicología, sus estados mentales durante la crianza y el apoyo social que reciba para la misma tienen una elevada repercusión en el establecimiento de un vínculo afectivo saludable con su bebé.

Así, en el establecimiento de la relación entre las madres y sus bebés influyen un gran número de variables perinatales físicas, psicológicas y sociales. Se revisará posteriormente, en los Capítulos correspondientes a los distintos momentos perinatales, la evidencia científica respecto a las repercusiones que los trastornos afectivos maternales (ansiedad o depresión) tienen en los procesos de vinculación con los bebés y en el bienestar de los mismos, influyendo en su desarrollo.

El Relator Especial sobre el derecho a la salud, en su informe del año 2015, señala, en su apartado 4, que el denominado "*derecho a la salud*" (que no es otro que el derecho

al disfrute del más alto nivel de salud que sea posible, tal y como se vio ya en el Capítulo I del presente trabajo) está íntimamente relacionado con el derecho a la supervivencia y el desarrollo de los niños muy pequeños, y recoge que, en la primera infancia, el derecho a la salud debe incluir libertades y derechos que "*no solo son esenciales para la supervivencia y la salud inmediatas sino también para el desarrollo saludable de los niños y de los adultos en que se convertirán*". En la sección III de dicho informe, se analiza la relación entre el derecho a la salud y el desarrollo saludable de los niños menores de 5 años mediante los determinantes del desarrollo saludable, abrazando la comprensión científica del desarrollo durante los primeros años de vida. El informe recoge, también, el papel fundamental que juegan los sistemas de salud a la hora de favorecer el desarrollo saludable en la infancia, incluyendo los servicios ofrecidos en la atención a la maternidad:

> "*Los sistemas de salud, incluidos los servicios de atención de la salud y los servicios preventivos, deben ofrecer, en cooperación con los servicios sociales, de protección de la infancia, educacionales y de otra índole pertinentes, un conjunto completo de atención para los niños y las familias. Los sistemas de salud son fundamentales para la atención de las mujeres embarazadas, el parto, la atención postnatal de la madre y el niño y el cuidado de los niños pequeños. Son importantes no solo en relación con las intervenciones biomédicas específicas sino también porque constituyen a menudo la única infraestructura que llega a los niños pequeños, en particular a los menores de 3 años, y pueden en consecuencia iniciar y fomentar la promoción de la salud y el apoyo de los servicios sociales para promover el desarrollo en la primera infancia y prevenir los riesgos*"[396].

Las organizaciones de salud pública han planteado frecuentemente el valor positivo en salud que podría ofrecer adoptar un enfoque en derechos humanos en la atención a la salud infantil. En esta línea, las investigaciones de la OMS han demostrado un impacto positivo de adoptar este enfoque en la salud de la mujer y los niños para la

[396] ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*; 2015.

salud y el desarrollo infantil. No obstante, según reconoce el mencionado Relator Especial:

> "*(…) hay todavía muy pocos ejemplos concretos de la aplicación práctica de un enfoque basado en los derechos humanos para la supervivencia y el desarrollo de los niños. Para lograr que esto cambie, los Estados deben pronunciarse clara y explícitamente sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos en sus leyes, políticas, programas, presupuestos y otras medidas*"[397].

En efecto, el papel de los sistemas de salud, en la calidad de la asistencia sanitaria que ofrecen a las mujeres en sus maternidades, y las prácticas sanitarias ejercidas en el ámbito perinatal, han demostrado ser una variable fundamental en los resultados de salud materno-infantil, el establecimiento de la vinculación afectiva madre-bebé y el progresivo desarrollo infantil. De este modo, resulta imprescindible revisar las actuales prácticas sanitarias que se llevan a cabo en la atención a las madres y a sus bebés, y su impacto en salud y desarrollo. Este impacto puede ser tanto positivo (promoviendo el bienestar y favoreciendo la vinculación afectiva) como negativo (deteriorando la salud materna y perturbando los procesos relacionales primarios).

Por ello, las prácticas en salud perinatal deben ser evaluadas en todas las etapas de atención a la salud materno-infantil: desde la atención en la etapa prenatal, pasando por la atención al parto, y durante la etapa postnatal, además de la atención ofrecida a la infancia y la crianza durante los primeros años de vida.

Ya desde el embarazo, e incluso en la concepción del mismo (por ejemplo, durante la asistencia en reproducción asistida) se encuentran prácticas sanitarias que pueden impactar en la salud mental materna. Por ejemplo, la forma de hacer recomendaciones de salud (por ejemplo, respecto a cesar el consumo de alcohol o tabaco), o de llevar los controles ponderales de la paciente, desde los profesionales sanitarios, pueden influir en las experiencias de las mujeres, bien sintiéndose apoyadas, o bien tratadas irrespetuosamente. El trato recibido en la atención a las pérdidas gestacionales también puede impactar en la salud mental de las mujeres. La inadecuación de las prácticas incluye deficiencias en la identificación e intervención de problemas de salud mental en las

[397] ONU, "Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", 2015. En su apartado 23.

mujeres embarazadas, situación que puede tener importantes consecuencias en la salud materno-infantil, como se analizará en los Capítulos posteriores.

El parto es uno de los momentos de atención sanitaria cuyas prácticas están actualmente siendo sometidas a mayor cuestionamiento y revisión. Investigaciones recientes han demostrado el impacto significativo que tiene la experiencia subjetiva de parto de las madres sobre sus percepciones respecto al temperamento de sus hijos, lo cual va a influir en la calidad de su relación afectiva[398]. Algunos estudios han demostrado que el impacto de esta experiencia subjetiva es incluso mayor que el derivado de otros factores objetivables, como es el tipo de parto (vaginal o por cesárea), o el lugar donde se produce[399]. Las mujeres estudiadas que habían tenido una experiencia de apoyo y cuidados durante sus partos percibían a sus bebés con un temperamento "*sencillo*" y en alerta calmada de manera significativamente superior a aquellas que no se habían sentido apoyadas. Estos hallazgos confirman las guías de atención al parto de la OMS, que señalan la importancia de cuidar los partos para que sean experiencias positivas para las mujeres[400].

El postparto inmediato ha sido un momento en el que históricamente se han realizado algunas prácticas sanitarias inadecuadas para la salud materno-infantil y el desarrollo del bebé. Hasta la llegada del siglo XXI, numerosos protocolos hospitalarios dentro del territorio nacional español recogían de manera rutinaria la separación de la díada, de tal modo que se evaluaba al bebé, se le bañaba o limpiaba y se le vestía o envolvía en una manta y, o bien se dejaba en brazos de su madre, o bien se depositaba en una cuna. A día de hoy, y bajo las recomendaciones de la OMS, se está promoviendo un cambio institucional para reconocer las necesidades específicas de los recién nacidos respetando su hábitat y su ecología, favoreciendo la transición de la vida intrauterina a la extrauterina por medio del cuerpo materno. El contacto piel con piel entre la madre y su bebé de manera inmediata e ininterrumpida tras el parto es un elemento esencial del nacimiento, y debe ser considerado como un bien a proteger. Las recomendaciones

[398] POWER, C., WILLIAMS, C., BROWN, A., "Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers", *Midwifery*, 2019, vol. 78, pp. 131-139.
[399] POWER, C., WILLIAMS, C., BROWN, A., "Physical and Psychological Childbirth Experiences and Early Infant Temperament", *Frontiers in Psychology*, 2022, vol. 13, p. 792392.
[400] OMS, *World Health Organization Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experienc*e, 2008. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/. (Consultado el 12 de marzo de 2023).

actuales de la OMS, basadas en la evidencia científica, promulgan el inicio inmediato del contacto piel con piel madre-bebé, así como la instauración precoz de la lactancia materna. Por medio de la intimidad física con el cuerpo de su madre, el bebé realiza una transición del entorno intrauterino a la vida extrauterina, adaptando sus sistemas fisiológicos, y encontrando en la corporalidad de su madre afecto, calor, cercanía, protección, seguridad y alimentación; es decir, cuanto necesita para el desarrollo de sus facultades físicas, emocionales, sociales y mentales. Las guías actuales recomiendan colocar al bebé desnudo inmediatamente sobre el pecho descubierto de la madre (pudiéndose cubrir a ambos con una manta, de ser necesario), y mantener dicho contacto de manera ininterrumpida al menos hasta el final de la primera toma de lactancia materna.

El sólido aval científico respecto a los perjuicios en materia de salud y desarrollo de la separación temprana de la díada madre-bebé está cristalizando en un cambio progresivo de la atención al parto y el puerperio en el entorno hospitalario. Los logros, aunque importantes, aún no han recorrido el camino necesario en salud materno-infantil, como se evidencia, por ejemplo, en los datos respecto a la violencia obstétrica y las tres resoluciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer contra el Estado español en este sentido, que se examinan en el Capítulo VI. Del mismo modo, la fragilidad de los derechos de los bebés ha quedado patente en la respuesta predominante de los servicios de obstetricia por todo el mundo con la irrupción de la pandemia, cuando se adoptaron medidas drásticas de separación madre-bebé, sin un aval que sustentara la necesidad de muchas de esas separaciones, y a pesar de los conocidos efectos perjudiciales de las mismas[401]. Estas situaciones también se han producido en España. En cualquier caso, es cierto que se está logrando la reflexión y el cambio progresivo de actitudes por parte de los sistemas sanitarios, contexto en el cual se desarrollan, de forma habitual, las primeras 48 horas de vida del bebé[402].

La atención a la salud de la díada madre-bebé no finaliza tras el alta hospitalaria postparto, requiriéndose después una continuidad de cuidados que asegure la adecuada

[401] LINDEN, K., MAIMBURG, RD., "Who safeguards pregnant women's autonomy during the COVID-19 pandemic?", *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2020, vol. 26, p. 100556.
[402] BOHREN, MA., TUNÇALP, Ö., MILLER, S., "Transforming intrapartum care: Respectful maternity care", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2020, vol. 67, pp. 113-126; PARICIO DEL CASTILLO, R., "Mental Health and Vulnerable Populations in the Era of Covid-19: Containment Measures Effects on Pregnancy and Childbirth"*, Arizona State Law Journal*, 2020, nº 2, pp. 175-190.

identificación e intervención de los problemas de salud en la madre y el bebé durante la etapa postnatal, incluyendo la salud mental perinatal. El abordaje de las mujeres que son madres en los sistemas de salud, las recomendaciones en salud y el trato ofrecido tiene importantes consecuencias en la experiencia postnatal de la maternidad. Las dificultades para la identificación y atención de problemas de salud mental materna siguen muy presentes en la atención sanitaria, como se observará en los Capítulos pertinentes. También tienen mucha influencia las prácticas de apoyo y promoción de la lactancia materna en sus etapas iniciales, así como el apoyo al mantenimiento y la atención al destete, todavía deficientemente atendidos dentro de nuestros sistemas de salud. Además, resulta fundamental apoyar a los progenitores en sus habilidades parentales para que puedan proveer a sus hijos de un cuidado cariñoso, que es el marco en el cual se produce el desarrollo saludable.

En definitiva, las prácticas sanitarias realizadas en la atención a las madres y sus recién nacidos son de especial relevancia y deben ser evaluadas continuamente, en la búsqueda de mejorar la calidad asistencial, minimizar los posibles daños y promover el máximo nivel de salud que sea posible, incluyendo la salud mental. El modo en que algunas prácticas contrarias a la evidencia científica y con un potencial lesivo bien identificado se ha perpetuado durante años en el seno de instituciones sanitarias (tales como la separación madre-bebé) deben obligar a una reflexión y a la toma de conciencia sobre la necesidad de ajustar la atención a la salud materno-infantil al enfoque en derechos humanos sin fisuras ni excepciones.

Si bien el objetivo último de la atención en los sistemas sanitarios es la consecución del máximo nivel de salud en la madre y el bebé (lo que incluye, por supuesto, el mejor nivel de salud mental que sea posible), cabe recordar que el principio básico en la atención a la salud debe ser el de no generar daño con la atención sanitaria que se les ofrece: "*primum non nocere*"[403].

[403] HUNASIKATTI, M., SLEE, P., "Pharmacotherapy for Common Sleep Disorders in Pregnancy and Lactation: Primum Non Nocere", *Chest*, 2020, vol. 1582, nº 1, pp. 425-426.

3.4 Recomendaciones de la OMS para la atención a la salud materno-infantil

El desarrollo de las recomendaciones de la OMS a la atención a la salud mental perinatal se ha producido en relación estrecha a las recomendaciones referidas a la salud materna y al desarrollo infantil, y no tanto dentro de las guías para atención a la salud mental. En los documentos sucesivos, las recomendaciones relativas a la atención a la salud mental perinatal, dentro de la atención a la salud materno-infantil, han ido ganando relevancia, hasta la publicación, en el año 2022, de una guía específica para la implementación de la atención a la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil.

A continuación, se examinan las principales directrices para la atención a la salud materna en las etapas prenatal, durante el parto y postnatal, la atención a la lactancia materna, la atención al desarrollo infantil saludable y la atención a la salud mental perinatal.

3.4.1 Directrices de la OMS para la atención a la salud materna

Según la OMS, se entiende por salud materna la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; y, según recoge, cada una de estas etapas debería suponer una experiencia positiva que permitiera desarrollar el máximo potencial de salud y garantizara el bienestar tanto de las mujeres como de sus bebés. La salud materna es una de las prioridades de la agenda mundial de salud, siendo el objetivo principal la eliminación de la mortalidad materna prevenible (todavía muy elevada en países en desarrollo), pero no el único; puesto que en los últimos años se ha puesto de manifiesto, también, la necesidad de reducir las lesiones maternas y mejorar el trato a las mujeres embarazadas y de parto en los sistemas de salud, considerando cada vez más como meta última la consecución de los más altos grados de salud y bienestar de las madres y sus bebés que resulte posible.

En los últimos cinco años, la OMS ha publicado un gran número de guías y recomendaciones sobre la importancia de la salud mental materna dentro de la atención salud de las mujeres durante sus embarazos y partos; pero, también, para el desarrollo de

la primera infancia. Basando su enfoque en los derechos humanos, la OMS señala la importancia de colocar las preferencias, los valores y la autonomía de las mujeres en el centro de los cuidados sanitarios ofrecidos a sus propios procesos reproductivos, favoreciendo su participación activa para mejorar la calidad de la atención y promover las experiencias positivas. Además, respalda la necesidad de una adecuada promoción de la salud durante el embarazo, el parto y el postparto, en la cual se incluye, también, la atención psicosocial integrada dentro del resto de atenciones a la salud que se ofrece a las mujeres y a sus bebés.

Podemos encontrar los antecedentes a la atención que la OMS ha prestado en los últimos tiempos a las experiencias de las madres en relación a la atención recibida durante sus procesos reproductivos en la declaración que realizó en el año 2014, denominada "*Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*"[404]. En ella, la OMS dice que:

> "*En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.*"

En la declaración, la OMS pide a los gobiernos un mayor respaldo en la investigación y la acción contra el maltrato en los contextos sanitarios, la implementación de programas centrados en la calidad de la atención a la salud materna poniendo el foco en un trato respetuoso, y señala la importancia de que los sistemas de salud se responsabilicen del trato ofrecido a las mujeres en sus partos. Además, insiste en el derecho de las mujeres a recibir una atención digna y respetuosa en sus embarazos y partos, y en la necesidad de incluir a las propias mujeres en la mejora de la calidad de la atención, para eliminar todas las prácticas irrespetuosas.

[404] OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf. (Consultado el 18 de mayo de 2023).

Entre los años 2016 y 2022, la OMS ha actualizado sus recomendaciones acerca de la atención a la salud mental materna durante el embarazo, el parto y el postparto, con una tríada de directrices especialmente relevantes debido al papel que juegan en ellas las experiencias de las mujeres y la calidad percibida por ellas de la atención sanitaria recibida. Así, resulta necesario realizar una aproximación a las Recomendaciones de la OMS "*sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*", "*sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia de parto positiva*" y "*sobre el cuidado materno y del recién nacido para una experiencia postnatal positiva*".

En las "*Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*", del año 2016, la OMS refiere que para su elaboración realizó un examen sistemático sobre los puntos de vista de las mujeres y éstas señalaron el deseo de una atención a su embarazo que les permitiera tener una experiencia positiva[405]. La OMS define la experiencia de embarazo positiva como:

> "*el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas*)".

La guía se estructura en seis partes: una introducción, la explicación de los métodos empleados, la evidencia y recomendaciones propiamente dichas (que incluyen las intervenciones nutricionales, la evaluación materna y fetal, las medidas preventivas, las intervenciones para síntomas fisiológicos comunes, y las intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal), para pasar después a recoger la aplicación de las directrices y recomendaciones sobre atención prenatal, con presentación del modelo de atención prenatal de la OMS del 2016, las implicaciones en materia de investigación, y la difusión, aplicabilidad y actualización de las directrices y las recomendaciones. Se incluyen, además, cuatro anexos, sobre los

[405] OMS, *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado el 14 de septiembre de 2023).

expertos y el personal de la OMS que han participado en la elaboración de las directrices, otras directrices de la OMS con recomendaciones pertinentes, el resumen de las declaraciones de los conflictos de intereses de los participantes, y consideraciones relativas acerca de la aplicación de las directrices.

Respecto a las recomendaciones sanitarias, se hace un repaso de las intervenciones nutricionales y los posibles suplementos alimentarios recomendables en mujeres embarazadas.

En la evaluación materna, se recomienda evaluar y tratar la existencia de anemia, bacteriuria asintomática, violencia en la pareja, diabetes mellitus gestacional, consumo de tabaco, uso de sustancias, virus de la inmunodeficiencia humana y sífilis, y tuberculosis, en función de los contextos específicos.

En la evaluación fetal, se recomienda la estimación diaria del movimiento del feto, la medición de la altura uterina, la cardiotocografía prenatal y la ecografía.

Se hacen, también, algunas recomendaciones preventivas (antibióticos en bacteriuria asintomática, vacuna antitetánica, administración de inmunoglobulina anti-D, o tratamiento antihelmíntico, según contextos), y de tratamientos para síntomas fisiológicos comunes, como las náuseas o vómitos, la acidez gástrica, la lumbalgia o los calambres en las piernas, entre otros.

De mayor relevancia para el presente trabajo son las recomendaciones sobre las intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal.

La OMS recomienda el denominado "carné prenatal", esto es, que "*cada embarazada conserve sus propios datos clínicos durante el embarazo para mejorar la continuidad y la calidad de la atención y su experiencia del embarazo*".

También recomienda la continuidad asistencial, que la OMS propone como impulsada por parteras (recomendación en contextos específicos), con programas de atención prenatal que tengan un mínimo de 8 contactos.

La OMS recoge igualmente una recomendación, en investigación, de brindar atención prenatal en grupos, proporcionada por profesionales cualificados, siempre que

se disponga de la infraestructura y los recursos necesarios para esta prestación, y escuchando las preferencias de la mujer, ya que la atención en grupos ha mostrado tener efectos positivos en la experiencia de embarazo, aumentando la satisfacción de las mujeres.

Asimismo, la OMS recomienda intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo, incluyendo, según los contextos, grupos participativos de mujeres (que contempla como una oportunidad para que éstas hablen de sus necesidades durante el embarazo y vean aumentado su apoyo), así como intervenciones tales como las visitas domiciliarias, especialmente en las zonas rurales.

La OMS también recomienda delegar algunos componentes de la prestación de la atención prenatal, como la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal, o la distribución de suplementos nutricionales, en un amplio abanico de profesionales, como auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.

Como se puede observar, las directrices de la OMS sobre la atención prenatal no acogen específicamente recomendaciones sobre la salud mental de las embarazadas, aunque sí inciden en la importancia de una experiencia positiva de embarazo y de la satisfacción de las mujeres, proponiendo para ello medidas de apoyo social, la inclusión de grupos prenatales, la escucha de las preferencias de las mujeres y el establecimiento de programas de seguimiento sanitario de 8 contactos.

Posteriormente, en el año 2019 la OMS publicó sus "*WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*" ("*Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia de parto positiva*")[406]. El desarrollo de la estrategia se realiza en alineamiento con objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ("*garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*") y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030), con el fin de las mujeres y sus bebés desarrollen y alcancen su

[406] OMS, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consultado el 14 de septiembre de 2023).

potencial de salud. Las recomendaciones suponen una actualización de las realizadas por la OMS sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido, en el año 2014, y es un documento conexo con la "*Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario*"[407].

En el documento, se recoge que la mera supervivencia al embarazo y al parto no pueden ser indicadores de calidad en la atención materna, sino que ésta debe ampliarse y tener como meta la consecución de la salud integral y el bienestar de las madres y sus bebés. Este enfoque realizado desde la calidad de la atención resalta la importancia de las experiencias positivas como un resultado valioso para las mujeres y sus recién nacidos, que, además, supone una base fundamental para mejorar la salud y el bienestar de los mismos a corto y a largo plazo.

La guía define una experiencia de parto positiva como "*un desenlace trascendente para todas las mujeres en experiencia de parto*", y actualiza las directrices previas añadiendo algunas nuevas e incidiendo en aquellos cuidados esenciales que deben recibir todas las mujeres y sus recién nacidos deben recibir. De nuevo, la OMS insiste en la importancia de la calidad percibida de la atención recibida y el valor de las experiencias positivas al respecto. Destaca la inclusión de recomendaciones durante todo el trabajo de parto y el nacimiento como "*Atención respetuosa de la maternidad*", "*Comunicación efectiva*" y "*Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto*".

Por su parte, la "*Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual de usuario*" es un documento más amplio, conexo con la Guía, y estructurado en una introducción (que incluye el objetivo del manual y su público destinatario), la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto (respondiendo a las preguntas de con quiénes, cuándo y dónde debe usarse la Guía, y ofreciendo la estructura de la misma), y un largo apartado sobre cómo utilizar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto, explicando cómo completar sus siete secciones, adaptadas del partograma previo (sección 1: identificación de la mujer y características del trabajo de parto en el ingreso; sección 2: atención de apoyo; sección 3: atención del bebé; sección 4: atención de la mujer;

[407] OMS, *Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto. Manual del usuario. [WHO labour care guide: user's manual]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en http://apps.who.int/iris. (Consultado el 13 de noviembre de 2022).

sección 5: progreso del trabajo de parto; sección 6: medicación; sección 7: toma de decisiones compartida). El manual del usuario incluye, también, 5 anexos finales.

Para lograr una aplicación sistemática de la guía OMS en los cuidados de parto, el manual recomienda seguir el esquema de evaluación del bienestar de la madre y el bebé, y el progreso del trabajo de parto según los parámetros de la guía, seguido del registro de todas las observaciones del trabajo de parto y del parto, para a continuación verificar el umbral de referencia (esto es, comparar las observaciones documentadas con los valores de referencia de la guía), y, por último, planificar, esto es, decidir si es necesaria una intervención, consultando siempre con la mujer, y documentándolo.

A efectos de este trabajo, tiene especial interés la sección 2, de atención de apoyo. La OMS insiste en que la atención respetuosa es un derecho humano fundamental de las embarazadas y un componente esencial de sus recomendaciones, y recomienda explicar a todas las mujeres, con un lenguaje sencillo y culturalmente apropiado, de forma clara, todas las etapas del proceso, los procedimientos que se vayan a emplear y su propósito, y permitir la toma de decisiones compartida.

Además, alienta a realizar el registro anteriormente mencionado (evaluar, registrar, verificar el umbral y planificar) respecto a la presencia de un acompañante de la mujer que sea de su elección y le brinde apoyo, sobre si ha recibido algún método para aliviar el dolor, si ha tomado líquidos o ha demandado desde la última evaluación (alentando a la mujer a tomar una dieta ligera y a que beba lo que quiera durante el trabajo de parto), y la postura elegida por la mujer durante el parto, alentando a la mujer a deambular libremente durante el proceso de dilatación, y apoyar a la mujer en la posición que adopte en todas las etapas de trabajo de parto.

También es relevante a los efectos de este trabajo la sección 7, sobre toma de decisiones compartida. En el manual del usuario, la OMS refiere que "*los objetivos de esta sección son facilitar la comunicación continua con la mujer y su acompañante, y que todas las evaluaciones y planes consensuados se registren de manera regular*", señala que las mujeres deben recibir información para que puedan tomar decisiones informadas, y recomienda registrar cada evaluación clínica del bienestar de la mujer y del bebé teniendo en cuenta la decisión compartida con la mujer.

Finalmente, en el año 2022, la OMS actualizó sus directrices mundiales del año 2014 para la atención a las mujeres y los recién nacidos en el periodo posnatal (entendiendo como tal las primeras 6 semanas tras el parto), que vinieron a sumarse a las directrices ya existentes "*Sobre atención prenatal*" y "*Sobre cuidados durante el parto*", completando de ese modo sus recomendaciones para una atención a la salud materna de calidad a lo largo del embarazo, el parto y el postparto.

En estas "*Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience*" ("*Recomendaciones sobre el cuidado materno y del recién nacido para una experiencia postnatal positiva*") se señala la importancia de la "experiencia postnatal positiva", que define como:

> "*aquella en la que las mujeres, los recién nacidos, las parejas, los padres, los cuidadores y las familias reciben información, tranquilidad y apoyo de manera constante de parte de trabajadores de salud motivados; y en la que un sistema de salud flexible y con recursos reconoce las necesidades de las mujeres y los bebés, y respeta su contexto cultural*"[408].

La OMS explicita que el modelo que recomienda de atención postnatal es aquel que sitúa la díada madre-bebé (que denomina binomio madre-recién nacido) en el centro de los cuidados. Señala, además, que las primeras dos semanas tras el parto son un momento clave para la promoción de la salud, la identificación de problemas de salud y el apoyo a la transición de la atención sanitaria de las madres y los bebés sanos.

Para ello, recomienda un sistema de cuatro contactos sanitarios: el primero referido al internamiento postnatal en un centro sanitario (se recomiendan un mínimo de 24 horas de internamiento, con supervisión constante), y los otros tres adicionales en las primeras seis semanas postparto, siendo para ello imprescindible una adecuada coordinación entre el centro sanitario de internamiento y los proveedores sanitarios.

Los contactos sanitarios deben incluir "*la provisión de prácticas clínicas efectivas, información pertinente y oportuna y apoyo psicosocial y emocional, brindado*

[408] OMS, *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: http://apps.who.int/iris. (Consultado el 12 de septiembre de 2023).

por trabajadores de salud amables, competentes y motivados que trabajan dentro de un sistema de salud eficaz".

Las directrices de esta guía suman 31 recomendaciones nuevas a las 32 previamente existentes, de modo que quedan en un total de 63 recomendaciones, que se centran en tres apartados: el cuidado a la madre, el cuidado al recién nacido postparto, y las recomendaciones para los sistemas sanitarios.

En lo que al presente trabajo respecta, resulta de especial importancia la inclusión de dos recomendaciones específicas denominadas "*Intervenciones de salud mental*", que son, además, recomendaciones generales (es decir, de aplicación no dependiente del contexto).

Así, la recomendación 18 es realizar exámenes de detección de depresión y ansiedad postparto: "*Se recomienda realizar exámenes de detección de depresión y ansiedad posparto usando un instrumento validado, y que deben ir acompañados de servicios de diagnóstico y manejo para las mujeres que den positivo*".

La recomendación 19 es la prevención de la depresión y la ansiedad postparto: "*Se recomiendan intervenciones psicosociales y psicológicas durante los períodos prenatal y posnatal a fin de prevenir la depresión y la ansiedad posparto*".

En relación con la atención al recién nacido, en lo que respecta a este trabajo, destacan las recomendaciones sobre lactancia materna.

Así, la recomendación 42 es la referida a la lactancia materna exclusiva: "*Todos los bebés deberían alimentarse exclusivamente de leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Se debe dar asesoramiento y apoyo a las madres respecto de la lactancia materna exclusiva en cada contacto posnatal*."

Las recomendaciones 43 a y 43 b son las relativas a la "*promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros que brindan servicios de maternidad y neonatales*", recogiendo que los centros sanitarios con maternidad deben tener una política de lactancia materna escrita con claridad que se debe facilitar a padres y profesionales, y que los profesionales deben contar con las destrezas suficientes para apoyar a las madres en sus lactancias.

Especialmente relevantes son, también, las recomendaciones a los sistemas de salud sobre intervenciones y promoción de la salud, sobre todo la recomendación 46, que, a fin de mejorar los resultados maternos y neonatales, recomienda a los trabajadores sanitarios evaluar antes del alta postparto los siguientes ítems: el bienestar físico, emocional y mental de la mujer, bienestar del bebé, las destrezas y la confianza de la mujer para cuidarse, así como las destrezas y la confianza de los padres y cuidadores para cuidar del recién nacido; y evaluar el entorno del hogar y otros factores que pudieran influir en la capacidad de cuidar a la mujer y al recién nacido en el hogar, así como su comportamiento de búsqueda de atención.

En la recomendación 48 se habla de la pertinencia de realizar visitas domiciliarias en la primera semana después del parto para la atención posnatal de la madre y del recién nacido, y, sólo cuando estas no sean posibles o deseables, se recomienda el contacto ambulatorio.

En la recomendación 49 se hace referencia a los programas de continuidad de cuidados llevados a cabo por partería. Además, la recomendación 52 incluye a los hombres, mediante la "*participación de los hombres en la atención posnatal y la salud materna y neonatal*", si bien se recoge que esta recomendación es bajo supervisión y evaluación específicas. Con ella, se busca la necesaria implicación de la pareja en la atención postnatal y en la salud de la madre y del bebé, del siguiente modo:

> "*Las intervenciones destinadas a promover la participación de los hombres durante el embarazo, el parto y después del parto están recomendadas para facilitar y apoyar a la mujer a cuidarse mejor a sí misma, para mejorar las prácticas de atención domiciliaria, mejorar el uso de atención calificada durante el embarazo, el parto y el período posnatal de las mujeres y los recién nacidos, y a aumentar el uso oportuno de la atención en los centros de salud por complicaciones obstétricas y neonatales.*
>
> *Estas intervenciones se recomiendan con la condición de que ejecuten de modo tal que se respete, promueva y facilite las elecciones de las mujeres y su autonomía en la toma de decisiones, y de que se apoye a las mujeres en el cuidado de sí mismas y de su recién nacidos*."

3.4.2 Directrices de la OMS para la atención al desarrollo infantil saludable y a la salud mental perinatal

Relacionada también con la atención a la salud materna y del lactante se encuentra la protección y promoción de la lactancia materna.

En el año 1981, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el "*Código Internacional de Sucedáneos de la Lactancia Materna*", en respuesta a la preocupación generada a partir de la comercialización inapropiada de sucedáneos de leche materna, que es causa de numerosas muertes infantiles, para proteger a las madres y sus bebés de estas prácticas inapropiadas[409]. El Código no trata de imponer la lactancia materna, sino que busca regular las prácticas comerciales poco éticas para evitar presiones e influencias indebidas tanto sobre consumidores como sobre profesionales de la salud. Así, prohíbe la promoción de leches artificiales y otros sucedáneos de leche materna, y de los instrumentos para administrarlas (como tetinas o de biberones), así como los regalos a profesionales o las muestras gratuitas; establece normas sobre el etiquetado (que no debe utilizar imágenes idealizadas ni lemas como "humanizado" o "maternizado", y tiene que incluir que los sucedáneos de leche materna sólo deben utilizarse bajo indicación médica, reflejando instrucciones claras de uso y los riesgos de hacerlo de forma inadecuada); y promueve que las madres reciban información adecuada acerca de la lactancia por parte de los profesionales sanitarios. Diversas resoluciones posteriores han ido actualizando y ampliando el Código Internacional. En los países europeos, el Código se ha traducido en legislaciones con distinta cobertura y cumplimiento.

En el año 1989, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se unieron en una Declaración conjunta que incluía una serie de medidas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos de atención a la maternidad y la neonatología, denominada "*Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*" (coloquialmente llamada "*los Diez pasos*"), cuya implementación ha demostrado eficacia

[409] OMS y UNICEF, *Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981.

científica en la mejora de la salud materno-infantil[410]. Desde 1991, los establecimientos sanitarios que aplican los diez pasos reciben la denominación de "*amigos de los niños*", para reforzar ante la población el apoyo brindado a las buenas prácticas en la alimentación de los lactantes[411].

La actualización, en el año 2018, de la guía sobre lactancia materna de la OMS, denominada "*Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018*"[412], recoge que lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia en la primera infancia, suministrando una nutrición completa a los lactantes en los primeros meses de vida, más de la mitad de las necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y entorno a un tercio de las necesidades nutricionales del infante durante su segundo año de vida, además de reducir la incidencia de otros problemas de salud (como la obesidad o la diabetes) a lo largo de la vida.

La guía repasa y revisa los diez pasos presentados en la Declaración conjunta OMS-UNICEF de 1989, manteniendo el tema de cada uno de ellos, pero modificando la redacción en base a la mejor evidencia científica actual y a las políticas internacionales en materia de lactancia materna. Los pasos se articulan alrededor de dos ejes principales: los procedimientos institucionales necesarios para garantizar una atención coherente y ética (procedimientos de gestión fundamentales); y las normas relativas a la atención individual a madres y lactantes (prácticas clínicas esenciales). La aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones conexas de la Asamblea Mundial de la Salud quedan así integradas en el primer eje, de procedimientos de gestión fundamentales.

---

[410] OMS, *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 1998.

[411] OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Wellstart International. *The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.

[412] OMS y UNICEF, *Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf?sequence=1. (Consultado el 7 de marzo de 2021).

En la última década, la Asamblea Mundial de la Salud ha generado tres resoluciones relativas a la nutrición materno-infantil y la lactancia materna.

En la resolución de la OMS correspondiente a la 69ª Asamblea Mundial de la Salud, el 28 de mayo de 2016, denominada "*Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre a la Nutrición (2016-2025*)" se reafirma que, tras haber revisado los informes correspondientes sobre nutrición en la madre, el lactante y el niño pequeño, y de acuerdo a los ODS, se exhorta a los Estados Partes y a la Dirección de la OMS a elaborar y poner en marcha estrategias en materia de nutrición sobre las madres e infantes, dentro de las cuales se destaca la importancia de la lactancia materna. Por ello, insiste en "*seguir apoyando la Iniciativa de Promoción de la Lactancia Materna para impulsar el compromiso político y la inversión en la lactancia materna, piedra angular de la nutrición, la salud y el desarrollo infantiles*"[413].

En la misma 69ª Asamblea Mundial de la Salud, se presentó también la resolución "*Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños*", donde se realizan orientaciones para "*la eliminación de la promoción inadecuada de los alimentos para lactantes y niños pequeños, destinadas a los Estados Miembros, el sector privado, los sistemas de salud, la sociedad civil y las organizaciones internacionales*"[414].

En la 71ª Asamblea Mundial de la Salud, el 26 de mayo de 2018, se presentó la resolución "*Alimentación del lactante y del niño pequeño*", y se ahonda en las dificultades detectadas respecto al cumplimiento de las recomendaciones de la OMS en el ámbito de la lactancia materna, recogiendo la preocupación:

> "(…) *por el hecho de que casi dos de cada tres lactantes menores de 6 meses no son alimentados exclusivamente con leche materna; que menos de uno de cada cinco lactantes es amamantado durante 12 meses en los países de ingresos altos;*

[413] OMS, *Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre a la Nutrición (2016-2025*). 69ª Asamblea Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R8-sp.pdf. (Consultado el 10 de noviembre de 2022).
[414] OMS, *Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños*. 69ª Asamblea Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R9-sp.pdf. (Consultado el 2 de septiembre de 2022).

y que solo dos de cada tres niños de entre los 6 meses y los 2 años de edad reciben algún tipo de leche materna en los países de ingresos bajos y medianos"[415].

La resolución recoge, además, la importancia de las políticas públicas globales para poder asegurar los objetivos de salud referidos a la lactancia materna:

"*Reconociendo que para lograr la meta mundial de la OMS de incrementar al menos al 50% el porcentaje de lactantes menores de 6 meses que son alimentados exclusivamente con leche materna de aquí a 2025 se requieren recursos técnicos y financieros sostenibles y adecuados, e intervenciones normativas y de reglamentación, así como voluntad política, que apoyen y protejan la iniciativa, y que ello debe integrarse en esfuerzos más amplios por fortalecer los sistemas de salud*".

De este modo, se insta a los Estados Miembros a reforzar leyes, políticas y estrategias que respalden la lactancia materna por medio de un enfoque multidisciplinar, revitalizando las iniciativas de la OMS sobre lactancia materna, celebrando la Semana Mundial de la Lactancia Materna, luchen para implementar de forma eficaz el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, y tomen las medidas de salud pública necesarias para garantizar una alimentación complementaria óptima.

Por otro lado, además de las tres Guías fundamentales para la atención y el cuidado de las etapas prenatal, parto y postnatal, y de la Guía para la protección y promoción de la lactancia materna, en el año 2020, y en relación específica a la protección y la promoción de un desarrollo saludable en la infancia, la OMS publicó su guía de recomendaciones "*Improving Early Childhood Development*" ("*Mejorando el desarrollo de la primera infancia*"); que reconoce de forma explícita el valor capital que tiene la salud mental materna en el desarrollo infantil[416].

La guía parte del derecho humano de la infancia a alcanzar su máximo potencial de desarrollo, señalando que, para conseguirlo, es imprescindible la prestación de un cuidado receptivo y cariñoso, así como el apoyo a la salud mental materna. Insiste en la

[415] OMS, *Alimentación del lactante y del niño pequeño.* 71ª Asamblea Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279518/A71_R9-sp.pdf. (Consultado el 9 de enero de 2022).
[416] OMS, *Improving Early Childhood Development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

importancia de las primeras etapas de la vida y señala que, en aquellas, el papel de la familia es primordial, requiriendo en muchas ocasiones los cuidadores principales apoyo para que los bebés e infantes reciban el cuidado cariñoso y las experiencias de aprendizaje temprano que necesitan.

La guía centra sus recomendaciones en las personas cuidadoras de los infantes en los primeros 3 años de vida, siendo estas, fundamentalmente, sus padres y madres, pero no sólo; e insistiendo en la responsabilidad que tienen los servicios de salud y otras profesiones vinculadas a la infancia, incluyendo aquellos encargados de impulsar políticas de protección.

La guía se estructura en torno a cuatro recomendaciones fundamentales. En primer lugar, que los bebés e infantes deben recibir una atención receptiva (sensible y cariñosa) durante los primeros 3 años de vida; y sus madres, padres y el resto de cuidadores deben recibir apoyos especializados para garantizar que puedan brindar dicha atención receptiva.

En segundo, que los bebés e infantes necesitan experimentar actividades de aprendizaje temprano en los primeros 3 años de vida propiciadas por sus madres, padres y cuidadores, y estos deben recibir, también, apoyos que les permitan ofrecer dichas actividades.

En tercero, que el apoyo para la atención receptiva y el aprendizaje temprano de la primera infancia debe incluirse como parte de las intervenciones para una nutrición óptima de los bebés y niños pequeños; y, en cuarto lugar, que resulta necesario integrar intervenciones psicológicas para el apoyo a la salud mental materna dentro de los servicios de salud y desarrollo de la primera infancia.

Siguiendo el desarrollo de esta cuarta recomendación global de la guía "*Improving Early Childhood Development*", en el año 2022, la OMS publicó la primera guía específicamente destinada a atender la salud mental perinatal, denominada "*Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*"[417] ("*Guía*

[417] OMS, *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles").

Este documento es el primero en desarrollar, de forma específica, recomendaciones para la protección y la atención de la salud mental materna, como parte integral de la salud materno-infantil, suponiendo un reconocimiento internacional, en materia sanitaria, de la importancia de la salud mental perinatal.

En la guía, se considera etapa perinatal aquella que comprende el embarazo y el primer año tras el momento de parto.

La guía supone un avance significativo no sólo por poner en primera línea la importancia capital de la salud mental perinatal (aportando datos tales como que el 20% de las madres experimentarán ideación autolítica o conductas autolesivas, o que, a nivel mundial, 1 de cada 5 mujeres experimentará un trastorno de salud mental en la etapa perinatal), sino, y sobre todo, por dar recomendaciones específicas para implementar la atención a la salud mental materna en la provisión de servicios y para evaluar el impacto de las medidas y los programas establecidos.

El documento recoge la amplia labor en materia de salud mental que se debe realizar durante el periodo perinatal, desde la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, hasta el tratamiento de madres afectadas, la intervención temprana en salud mental dentro de los servicios materno-infantiles y el abordaje de grupos de especial vulnerabilidad. Además, propone un modelo de intervención personalizada y escalonada, adaptada siempre a cada mujer y cada contexto de atención.

La guía está destinada a los profesionales de la salud que atienden a madres o a infantes, así como a los responsables de políticas de salud, aportando una visión completa de la importancia de la salud mental en la etapa perinatal y herramientas y mecanismos para su integración en los servicios sanitarios. Para ello, se estructura en cinco partes fundamentales.

La primera es la definición de salud mental perinatal y los motivos de su importancia. La segunda, la relativa a la provisión de cuidados, incluyendo las labores de promoción, prevención y tratamiento en salud mental perinatal dentro de los servicios de

salud. La tercera se centra en la integración de programas de atención, con los mecanismos de planificación efectiva e integrada de la atención a la salud mental perinatal; mientras que la cuarta atiende a la provisión de cuidados para necesidades específicas: la atención específica a la salud mental perinatal en grupos vulnerables y con necesidades especiales (tales como historia de problemas en salud mental, abuso de sustancias, autolesiones o ideas de suicidio, embarazo adolescente, prematuridad, o pobreza, entre otros). Finalmente, la quinta está dedicada a la monitorización y evaluación y señala la importancia de medir el impacto de la implementación de la atención a la salud mental perinatal en los servicios de atención materna e infantil.

La OMS menciona que la etapa perinatal es la época de la vida de las mujeres en la cual habitualmente tienen un mayor contacto con los sistemas de salud, siendo, por tanto, un momento privilegiado para proveer a las mujeres de un apoyo a su salud mental, siempre en función de sus necesidades.

La guía hace especial mención a los determinantes sociales de salud y otros factores de riesgo para presentar una mala salud mental perinatal, incluyendo entre ellos el embarazo adolescente, las experiencias de parto difíciles, la pobreza, la discriminación de género, la malnutrición, las escasas oportunidades educativas, la escasez o ausencia de apoyo social, los desastres naturales, la violencia de género, los embarazados no deseados, los problemas de fertilidad o el abuso de sustancias.

Del mismo modo, recoge que la salud mental no es únicamente la ausencia de condiciones mentales, sino que supone un estado de bienestar que permite a los individuos desarrollar su máximo potencial, lidiar con los factores de estrés cotidianos y contribuir en sus comunidades. Y enumera, también, una lista de factores protectores para la salud mental perinatal, tales como la presencia de apoyo social, las oportunidades educativas, las oportunidades para generar ingresos (prestaciones y pagos de servicios esenciales), las experiencias de parto positivas o la asistencia sanitaria de calidad.

La guía señala que, a pesar de que los problemas de salud mental son frecuentes en la etapa perinatal, muchas mujeres no reciben la atención que necesitan en este ámbito debido, en gran parte, a la falta de formación de los profesionales sanitarios en materia de salud mental, lo que les impide identificarlos.

Para la provisión de atención a la salud mental perinatal, OMS recomienda un abordaje por pasos e individualizado, de forma que se haga un cribado rutinario de problemas de salud mental dentro del seguimiento habitual pre y postnatal, con una perspectiva de abordaje desde las intervenciones psicosociales, y sólo en los casos en los cuales las mujeres presenten problemas prolongados en el tiempo, o problemas de salud mental graves, estas sean derivadas a dispositivos especializados de salud mental.

Resulta especialmente destacable la recomendación de proporcionar la atención en salud mental a las mujeres que son madres integrada en los servicios de salud materno-infantiles (esto es, en el seguimiento obstétrico, pediátrico, etcétera), y no en recursos especializados de salud mental, excepto en casos de gravedad, para aumentar la población diana de mujeres atendidas, mejorar la adherencia y disminuir la estigmatización.

Así, la OMS propone generar ambientes de apoyo y respetuosos con las mujeres, promover la salud mental y la prevención de trastornos mentales mediante la implementación de diversos programas psicoeducativos, de entrenamiento en manejo del estrés y de refuerzo del apoyo social (con especial énfasis en el apoyo familiar y de las parejas), integrando el tratamiento de los problemas de salud mental en los servicios sanitarios materno-infantiles, siempre que los síntomas sean de leve a moderados.

La OMS recomienda que esta atención sea ofrecida por profesionales de la psicología especializados en la etapa perinatal. En los casos de mujeres con problemas de salud mental moderados a graves, la OMS sí recomienda su derivación a servicios especializados en salud mental.

Para la prevención y la promoción de la salud, la guía recomienda desarrollar actividades de psicoeducación, de gestión del estrés, promover el fortalecimiento del apoyo social, desarrollar habilidades para la vida (tales como habilidades de comunicación, de parentalidad, etcétera), así como favorecer que los profesionales se formen para reconocer adecuadamente los síntomas de salud mental, en la identificación de factores de riesgo, y usen herramientas de cribado.

La guía señala que muchas mujeres que experimentan problemas de salud mental perinatal encuentran dificultades para activar sus redes de apoyo, y los profesionales que las asisten pueden ayudarlas a identificar a personas de su entorno con las que conectar y

de las cuales recibir apoyo. Se recoge que los grupos de apoyo pre y postnatales suponen lugares de oportunidad para encontrar el apoyo de iguales. Del mismo modo, la guía recoge que las parejas y los cuidadores de las madres también son vulnerables a sufrir problemas de salud mental durante el periodo perinatal, y la atención de los mismos puede repercutir positivamente en la salud de toda la familia.

Respecto al tratamiento, la guía recoge que debe realizarse en función de la gravedad de los síntomas, debiendo estar siempre presente el apoyo psicosocial, y señala la posibilidad de ofrecer tratamiento psicológico y/o medicación, debiendo los casos graves ser siempre valorados por un especialista.

La OMS reconoce la existencia de una evidencia creciente favorable a las intervenciones psicológicas en salud mental perinatal. Señala que generalmente estas intervenciones son realizadas por especialistas en psicología, pero recoge la posibilidad de entrenar en algunas intervenciones a otros profesionales, como médicos generales, trabajadores sociales o educadores, bajo la supervisión de los especialistas, para poder ofrecer algunas de las mismas.

Respecto a los fármacos, refiere que en ocasiones pueden ser necesarios debido a la gravedad de los síntomas, la ineficacia de las intervenciones psicoterapéuticas o la existencia de un diagnóstico como esquizofrenia o trastorno bipolar.

Además, la guía ofrece estrategias para el diseño y la implementación de programas de salud mental perinatal, recomendando la adaptación de los mismos a su entorno cultural, y el entrenamiento adecuado de los profesionales de salud, favoreciendo siempre la coordinación entre equipos y el trabajo integrado entre disciplinas.

De particular interés para el presente trabajo son las especificaciones que realiza la guía para la atención de grupos de mujeres con necesidades especiales, entre las cuales recoge las siguientes situaciones:

- Historia de problemas de salud mental: señala la importancia de identificar a las mujeres con problemas previos de salud mental, dado el riesgo de recaída o empeoramiento durante la etapa perinatal, y las potenciales repercusiones negativas en ellas y en sus bebés.

- Uso de sustancias: el uso de sustancias en la etapa perinatal puede comprometer la salud y el funcionamiento social tanto de la madre como el bebé, dificultando, además, el ejercicio de la parentalidad y aumentando el riesgo de sufrir otras adversidades, como la violencia de género. Es fundamental prestar atención a las mujeres sin juicio, y activar redes de apoyo social.
- Autolesiones o ideas de suicidio: los proveedores de salud de las mujeres en la etapa perinatal deberán explorar la posible existencia de desesperanza o visión negra de futuro, de ideas autolesivas o autolíticas, así como la existencia de antecedentes en este ámbito, derivándolas a especialistas de forma urgente en caso de presentar planes de suicidio, y diseñando planes de seguridad para las mujeres.
- Discapacidad y enfermedad física: resulta imprescindible entrenar a los proveedores de salud en la atención a las mujeres con discapacidad o enfermedades físicas, facilitando su accesibilidad a los servicios de salud y que estos sean inclusivos y respetuosos.
- VIH/SIDA: se debe coordinar la atención con los profesionales de referencia en el tratamiento del VIH y entrenar a los profesionales para apoyar a las mujeres que viven con VIH.
- Embarazo adolescente: en este caso, se recomienda crear un ambiente amigable para las adolescentes que asegure su privacidad y les permita generar confianza, ofreciéndoles información sobre su salud física y mental de forma adaptada a su etapa vital, así como apoyo para el manejo del estrés. Se debe tratar de identificar a una persona adulta que apoye a la adolescente y haga de acompañante y soporte durante el trabajo de parto y tras el nacimiento del bebé.
- Embarazo no deseado e interrupción del embarazo: se recomienda en estos supuestos garantizar que las mujeres reciben información completa de sus opciones legales, de forma respetuosa y no discriminatoria, apoyándolas en su toma de decisiones, identificando la existencia de relaciones de abuso o trauma sexual en los casos en los cuales estos acompañen al embarazo no deseado y derivando en estos casos a las mujeres a servicios que ofrezcan atención intensiva, apoyo psicosocial y soporte legal.
- Pérdida gestacional: se debe atender al personal para apoyar a las mujeres tras una pérdida gestacional, evaluando su estado mental y prestándole atención o

derivándola a servicios que la presten en caso de necesitarlo. En los casos de fallecimiento neonatal, se debe ofrecer a los padres una o más de las siguientes opciones: guardar recuerdos de su bebé, sostener a su bebé, verlo o ver una fotografía del mismo.

- Prematuridad, enfermedad infantil: será imprescindible ofrecer información clara sobre el estado de salud del bebé y sus expectativas, asegurar que las mujeres pueden consultar sus preocupaciones con los profesionales sanitarios y monitorizar posibles síntomas de deterioro de su salud mental.
- Dificultad en la vinculación madre-bebé: se considera recomendado evaluar de forma rutinaria la relación madre-bebé como parte del seguimiento postnatal, apoyando cuando sea necesario. Se recomienda el seguimiento de los hitos del desarrollo del bebé, considerando que la falta de consecución de dichos hitos, además de deberse a causas físicas, puede también estar relacionada con una relación madre-bebé pobre. Alentar a las madres en el establecimiento de sus vínculos, mostrando cómo las mujeres se vinculan con sus bebés y explicando que es un proceso que puede llevar tiempo. En caso de que se detecten dificultades serias en el vínculo, se deberá derivar a los servicios apropiados para su intervención.
- Violencia de género y violencia doméstica: además de las recomendaciones que la OMS realiza para la atención a las mujeres víctimas de violencia (tales como proveer cuidados sin juzgar, no presionar a las mujeres para que abandonen a su agresor, u ofrecer información sobre recursos sociales y legales, entre otras), se recomienda vigilar en los bebés la aparición de signos de abuso o negligencia, derivando a los servicios apropiados en caso de identificarse.
- Pobreza: frente a la pobreza en la etapa perinatal, la OMS recomienda alentar a las mujeres para que creen redes sociales de apoyo, favoreciendo también la creación de grupos de apoyo que puedan ayudar a las mujeres en esta situación. Asimismo, recomienda a los sistemas sanitarios ser accesibles a estas mujeres, y vigilar la posible malnutrición en los bebés.
- Catástrofes humanitarias: la OMS recomienda en estos casos ofrecer atención a la salud mental priorizando por los niveles de urgencia, asegurando que los profesionales que atienden en estas situaciones tienen también formación en salud

mental, e identificando de forma precoz los principales factores de riesgo asociados en estas situaciones, como puede ser la separación familiar.

- Pandemia: la OMS recomienda asegurar una adecuada información a las mujeres sobre los servicios prestados en pandemia para reducir su estrés, manteniendo contacto cara a cara dentro de lo posible con ellas (la guía recoge que estos contactos deberán ser más frecuentes con las mujeres que padezcan problemas de salud mental). Recomienda también mantener los servicios en remoto que permitan minimizar los riesgos de exposición de las mujeres, así como prevenir el desgaste o "*burn-out*" de los profesionales para garantizar la calidad de sus servicios sanitarios.
- Aislamiento social: la OMS señala la necesidad de explorar los apoyos sociales con los que cuentan las mujeres, invitando a sus parejas y a sus familias a participar en el tratamiento y la recuperación de las mismas. Además, se recomienda alentar a las mujeres que expresen aislamiento social a participar de grupos de mujeres o de madres dentro de su comunidad. En concreto, la OMS recoge que los grupos psicoterapéuticos son una vía muy útil para las mujeres que se encuentra socialmente aisladas y presentan padecimientos en su salud mental para conocer a otras mujeres.

En cuanto a los planes de monitorización y evaluación de los servicios de salud mental perinatal, la guía de la OMS recomienda que se elaboren al mismo tiempo que se desarrolla su implantación, integrándolos en los procesos ya existentes, y señala la necesidad de garantizar un sistema de registro adecuado de los datos que respete los principios de privacidad, confidencialidad y seguridad para proteger tanto a las mujeres como a los profesionales sanitarios de la estigmatización y la discriminación. Es imprescindible revisar periódicamente los datos recogidos para evaluar el impacto de los servicios de salud mental perinatal. Además, en la línea de las actuales evaluaciones de calidad, se recomienda valorar la provisión de cuidados empleando diversas herramientas, tales como encuestas, entrevistas o grupos de trabajo.

3.5 La atención a la salud mental perinatal dentro de la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de la Estrategia nacional de atención a la salud mental y del Plan estratégico de salud mental y adicciones en la Comunidad de Madrid

La Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) es "*el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias*", y su contenido recoge los siguientes apartados: prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, Prestación ortoprotésica (implantes quirúrgicos, prótesis externas, ortesis, sillas de ruedas y ortoprótesis especiales), prestación de productos dietéticos (dietoterápicos complejos y nutrición enteral domiciliaria) y prestación de transporte sanitario[418]. Dicha Cartera de servicios quedó establecida por medio del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, si bien ha estado sujeta a diversas actualizaciones por medio de normas publicadas con posterioridad.

Para garantizar su sostenibilidad y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, diferencia entre la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios[419]. Mientras la cartera común básica está enteramente financiada de forma pública, la suplementaria (de dispensación ambulatoria, y que incluye las prestaciones farmacéuticas, ortoprotésicas, de productos dietéticos, y de transporte sanitario que no sea urgente) requiere una aportación por parte del usuario.

La atención a la salud mental se encuentra recogida dentro de la Cartera de servicios comunes de atención especializada. Según el Real Decreto-Ley mencionado, la atención especializada "*comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se*

[418] Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.
[419] Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril.

realicen en este nivel". La atención especializada es responsable de garantizar la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria, hasta que pueda reintegrarse en dicho nivel. Además, el Real Decreto-Ley que la regula señala que la atención especializada deberá ofrecerse de forma ambulatoria siempre que resulte posible, ya sea por medio de consultas externas o de hospitales de día.

La Cartera de servicios comunes de atención especializada a la salud mental comprende: "*el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización*". Tal y como sucede en el resto de atenciones especializadas, la atención a la salud mental deberá realizarse de forma integral y garantizando la continuidad de cuidados. Esta atención incluye:

1. *"Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.*
2. *Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.*
3. *Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.*
4. *Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.*
5. *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.*

6. *Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.*

7. *Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal*."

Tal y como puede observarse, la cartera no recoge explícitamente la atención a la salud mental perinatal, si bien esta puede incluirse dentro de varios de los ítems, tales como "*actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios*", con la promoción de la salud mental en las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto, en coordinación con los servicios de obstetricia y de pediatría; el "*diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos*" que se producen en la etapa perinatal; el "*diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia*", al atender a la salud mental de los bebés que puedan estar sufriendo por separaciones madre-bebé o disrupciones en la díada de cualquier origen, o la "*atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social*", puesto que el embarazo y la maternidad son, en sí misma, situaciones de vulnerabilidad que pueden acentuar la precariedad de las mujeres más desfavorecidas.

Dentro de la Cartera de servicios del SNS, se recogen también, en el artículo 6, las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. Interesa, para el trabajo actual, la atención específicamente dirigida hacia la infancia y hacia la mujer.

Respecto a los servicios de atención a la infancia, se recoge lo siguiente:

"*6.1.1 Valoración del estado nutricional, del desarrollo pondo-estatural y del desarrollo psicomotor.*

6.1.2 Prevención de la muerte súbita infantil.

6.1.3 Consejos generales sobre desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables.

6.1.4 Educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles.

6.1.5 Orientación anticipada para la prevención y detección de los problemas de sueño y de esfínteres.

6.1.6 Detección de los problemas de salud, con presentación de inicio en las distintas edades, que puedan beneficiarse de una detección temprana en coordinación con atención especializada, a través de las actividades encaminadas a:

a) Detección precoz de metabolopatías. En el caso del cribado neonatal poblacional de enfermedades endocrino-metabólicas se realizará de acuerdo con lo recogido en el apartado 3.3.1 del anexo I.

b) Detección de hipoacusia, displasia de articulación de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad.

c) Detección y seguimiento del niño con discapacidades físicas y psíquicas.

d) Detección y seguimiento del niño con patologías crónicas."

Si bien no se recoge la atención a la salud mental de los infantes, sí se hace hincapié en aspectos tales como "*el estado nutricional del menor*" (que, tal y como señala la OMS, viene en gran parte determinado por la relación afectiva con la madre), "*consejos generales sobre el desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludable*" (dentro de los cuales, se engloban también los aspectos relativos a la parentalidad positiva y la crianza saludable, que suponen una línea de promoción de la salud mental), la "*orientación anticipada para la prevención de problemas del sueño y de esfínteres*" (estrechamente relacionadas con el desarrollo socioafectivo del infante), y "*detección de problemas de salud (...) que puedan beneficiarse de una detección temprana*" (dentro de los cuales se engloban, lógicamente, los problemas de salud mental, con especial atención en esta etapa a los trastornos del vínculo y a los trastornos del neurodesarrollo).

Dentro de la atención a la mujer, hay un epígrafe que recoge la atención al embarazo y al puerperio, donde se incluyen:

"*a) Captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo.*

b) Seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.

c) Educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria y la preparación al parto.

d) Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido."

Se puede entender que en el "*seguimiento del embarazo*", la "*educación maternal*" y la "*visita puerperal en el primer mes para valorar el estado de salud*", se incluyen, también, la detección, atención y promoción de la salud mental, parte indiscutible de la salud integral.

Todo ello permite comprobar que, si bien la Cartera de servicios del SNS no recoge la atención a la salud mental perinatal de forma explícita, sí aparece integrada tanto en las prestaciones de la atención especializada a la salud mental como en aquellas dirigidas a la atención de grupos específicos de infancia y mujer.

Cabe señalar, sin embargo, la ausencia de un reconocimiento específico a la atención a la salud mental perinatal, ya sea en la atención especializada a la salud mental, o en la atención sanitaria integral a la mujer durante el embarazo y el puerperio. Nuevamente, se detecta el vacío regulador en materia de bienestar y de salud mental que acostumbra a acompañar a las mujeres en estas delicadísimas etapas.

En el año 2006, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, en colaboración con las distintas Comunidades Autónomas, así como con las aportaciones de usuarios de la red de salud mental y diversas organizaciones de los profesionales de la salud mental, elaboró la "*Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*", buscando un enfoque integral en salud para garantizar la promoción de la salud mental y la prevención

de enfermedades mentales, así como su correcto diagnóstico e intervención terapéutica[420]. Casi 20 años después, se ha aprobado una nueva actualización de la misma, ampliando las líneas estratégicas de actuación. Así, la "*Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2022-2026*" recoge las principales recomendaciones actuales en salud mental, añade nuevas líneas estratégicas a implementar en este periodo y desarrolla un sistema de evaluación para medir los resultados de su implementación[421]. Quedan así establecidas 10 líneas estratégicas que se recogen a continuación.

Si bien el texto hace diversas menciones a la salud mental de las mujeres y su influencia en la relación con sus hijas e hijos a lo largo del tiempo, no recoge el concepto de "salud mental perinatal", aunque en el análisis de la situación, dentro del apartado "*Salud mental y género*", se recoge lo siguiente:

> "*Las mujeres con trastorno mental grave con frecuencia son cuidadoras de sus descendientes y sus responsabilidades pueden dificultar la accesibilidad a los servicios sanitarios. El vínculo madre-hijo o hija puede verse afectado cuando la madre padece un trastorno mental grave o una adicción lo que requerirá de apoyos para no limitar los derechos personales, primando el derecho a fundar una familia o tomando las medidas necesarias para evitar la retirada de la tutela*."

La línea estratégica 1, denominada "*Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona*", también señala la interseccionalidad entre los problemas de salud mental y el género, refiriendo que las mujeres con problemas de salud mental encuentran más obstáculos para la igualdad de oportunidades. Así, la línea recoge la necesidad de tomar en cuenta las problemáticas específicas de las mujeres para garantizar una adecuada atención a su salud mental:

> "*Las mujeres y niñas con problemas de salud mental precisan de políticas concretas que analicen y busquen soluciones al impacto de género en las políticas*

[420] Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_ PAG_WEB.pd. (Consultado el 19 de septiembre de 2023).

[421] Ministerio de Sanidad. *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2021. Disponible en: https://cpage.mpr.gob.es/. (Consultado el 21 de septiembre de 2023).

de salud mental, para su integración plena. En este sentido se ha pronunciado la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo a raíz de la publicación en 2005 del Libro Verde sobre salud mental elaborado por la Unión Europea, puntualizando que no se había tenido suficientemente en cuenta la dimensión de género."

La línea estratégica 2 es la "*Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental*", que señala la influencia de los factores socioeconómicos sobre la salud mental, y la necesidad de abordarlos de manera integral. Recoge, también, la importancia de prevenir las experiencias adversas en la infancia en aras de promover una mejor salud mental:

"*Los determinantes de la salud mental y de los problemas de salud mental incluyen no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, laborales, económicos, políticos y ambientales entre otros, las políticas estatales, el nivel de protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de problemas de salud mental*."

La estrategia menciona la importancia de iniciar la promoción de la salud de manera precoz, en las etapas perinatales:

"*La promoción de la salud mental ha de realizarse desde las primeras etapas de la vida, incluso más allá del momento del nacimiento y el establecimiento del vínculo durante la planificación familiar y entre generaciones, y hasta el final*."

Sin embargo, no se recoge la prevención y promoción de la salud mental perinatal o hacia la primera infancia dentro de los objetivos específicos de la estrategia, ni tampoco en el apartado de recomendaciones (donde sí se incluye la coordinación con atención primaria y servicios sociales para la prevención de problemas de salud mental, especialmente en poblaciones de mayor vulnerabilidad, y la inclusión de programas específicos de prevención en centros escolares).

La línea estratégica 3 es la relativa a la "*Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida*", donde no se hace mención específica a la etapa perinatal o de primera infancia.

La línea estratégica 4 es la "*Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario*", donde se recomienda seguir el modelo de atención a la salud mental dentro de la comunidad. Sin embargo, se recoge también lo siguiente:

> "*Ante procesos de salud de mayor complejidad, la interconsulta y enlace con atención especializada de salud mental se considera un instrumento de gran eficacia, puesto que posibilita mejorar las habilidades diagnósticas y la incorporación de terapias en el marco del nivel primario de atención de salud, así como la derivación a los servicios especializados, disminuyendo los casos "perdidos" y posibilitando acudir a los servicios de salud mental de una forma menos estigmatizada*."

Es posible que, en el caso de la salud mental perinatal, la atención a mujeres que realizan seguimiento médico en servicios de obstetricia o llevan a sus hijos a ser atendidos en pediatría, además, lógicamente, de aquellas que se encuentran hospitalizadas o son sus bebés quienes lo están, reciban una atención más eficaz por parte de los servicios de interconsulta. De hecho, tal es la recomendación de la OMS, que sugiere que la atención a la salud mental materna debe ofrecerse como parte integral de la atención en las maternidades y los seguimientos en servicios pediátricos, al aumentar así la asistencia de las mujeres a las consultas.

La línea estratégica 5 es la referida a la "*Salud mental infantil y de la adolescencia*". En ella se hacen repetidas menciones a la importancia de la prevención de las experiencias adversas infantiles, así como a la necesidad de promover vínculos familiares seguros; todo lo cual, pese a implicar directamente el periodo perinatal, no aparece recogido bajo este término. Sin embargo, es fácil rescatar, dentro de la línea, menciones a la especial relevancia de la etapa infantil:

> "*Las condiciones y experiencias de vida en los primeros años son especialmente trascendentes respecto al crecimiento y desarrollo biopsicosocial en las distintas*

áreas (cognición, lenguaje, hábitos, habilidades sociales, desarrollo emocional…), influyendo sustancialmente en la salud y la calidad de vida de las personas en el resto de las etapas del ciclo vital."

Asimismo, se destaca la importancia de los primeros vínculos en la infancia y del enfoque desde la parentalidad positiva, aunque no se mencione la atención a la salud mental materna:

"*La investigación evolutiva ha puesto de manifiesto la importancia del contexto familiar como lugar en el que se producen las circunstancias y las relaciones que van moldeando el desarrollo de sus miembros. Los progenitores, o las personas que ejercen el cuidado parental, influyen en sus hijos a través de los afectos, los comportamientos y las cogniciones. Así, mientras que unos niños desarrollan vínculos de apego seguros, otros lo hacen de forma insegura (ansiosa, evitativa o desorganizada) lo que implica diferentes consecuencias en el desarrollo del ser humano. Los programas participativos de fomento y potenciación de las habilidades parentales desde el enfoque de la parentalidad positiva contribuyen al desarrollo de vínculos de apego seguros*."

También se señala la importancia del abordaje precoz de los problemas de salud mental, situación que, de forma implícita, engloba también a los problemas vinculares iniciados en el periodo neonatal y de la primera infancia:

"*Es importante abordar de forma precoz los trastornos mentales desde la etapa de la infancia y adolescencia ya que un porcentaje importante de los mismos se inician en la etapa infantojuvenil*."

Resulta destacable que, entre los objetivos específicos y las recomendaciones, se incide en la detección precoz de psicopatología en la infancia, y la capacitación en dicha detección a otros profesionales de la salud, así como la inclusión de programas específicos en el entorno escolar, pero no se recoge la identificación de psicopatología en la díada madre-bebé, o la intervención precoz frente a experiencias adversas en la infancia relativas a partos traumáticos o ingresos hospitalarios de los neonatos, si bien se señala, de forma genérica, a las experiencias adversas en la infancia.

La línea estratégica 6 es la "*Atención e intervención familiar*", que considera a la familia como un agente necesario en la recuperación de la persona con problemas de salud mental, y señala que, además de proveedora de cuidados, la familia puede ser, en sí misma, una usuaria de la red de salud mental.

La línea estratégica 7 es la "*Coordinación*", que busca garantizar un abordaje multidisciplinar, pero siempre desde la perspectiva de la continuidad de cuidados, necesaria en toda la atención en salud.

La línea estratégica 8 es la "*Participación de la ciudadanía*".

La línea estratégica 9 es la relativa a la "*Formación*", que incide en la importancia de la formación continuada de todos los profesionales de la salud, y señala la necesidad de mejorar las actividades psicoterapéuticas en los dispositivos de salud mental. Hace mención a la formación específica requerida para la atención de la infancia:

> "*Tanto la población infanto-juvenil, como la población de edad avanzada, constituyen un grupo clave, con problemas propios de salud mental que requieren atención por profesionales con un adecuado nivel de formación específica en este ámbito."*

Pero, de nuevo, no se recoge la necesidad de conocimientos específicos y especializados acerca de la psicología del embarazo y el postparto, o la necesidad de formación para la correcta identificación y atención a los problemas de salud mental acontecidos en las díadas madre-bebé.

Por último, la línea estratégica 10 se refiere a la "*Investigación, innovación y conocimiento*", donde se señala la complejidad de la investigación en salud mental, y la necesidad de promoverla desde todos los niveles. Así, dentro del objetivo general de "*Establecer líneas de investigación interdisciplinaria en salud mental*", se recoge como objetivo específico, junto a favorecer la investigación traslacional:

> "*Impulsar la colaboración estrecha y coordinada entre investigadores de todos los ámbitos relacionados: sanidad (atención primaria y otras especialidades – incluidos los investigadores básicos y preclínicos–), servicios sociales, justicia, educación, cultura, empleo, medios de comunicación, etc., mediante la creación y formación de equipos interdisciplinares para el desarrollo de las*

investigaciones, en las que debe contemplarse la participación de las personas con experiencia propia."

La adecuada atención a la salud mental perinatal requiere, sin lugar a dudas, de esta colaboración estrecha e investigación coordinada que permita analizar los problemas de salud que surgen entorno a la maternidad desde distintas perspectivas y en los diversos contextos en los cuales ésta se inserta.

Hasta el momento, se puede observar que, si bien la Cartera de servicios del SNS y la "*Estrategia nacional para la atención a la salud mental, periodo 2022-2026*" recogen de forma más o menos implícita los distintos aspectos referidos a la promoción de salud mental, diagnóstico y atención terapéutica a las mujeres (incluyendo, también, las etapas correspondientes a sus procesos reproductivos), así como a la primera infancia, incidiendo, también, en la importancia de la prevención de experiencias adversas en la infancia y de los programas de parentalidad positiva, en la necesaria coordinación e interdisciplinaridad, y en la formación de profesionales e investigación multidisciplinaria, no se realiza una sola mención directa a la salud mental perinatal. Tampoco se incorpora la relevancia de la unidad funcional madre-bebé, si bien se señala la importancia que los primeros vínculos infantiles tienen en su desarrollo.

Dada la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, y puesto que el presente trabajo incorpora la experiencia clínica desde un hospital del Servicio Madrileño de Salud, se revisan también los planes de salud mental de dicha Comunidad Autónoma. Resulta significativo que, a diferencia de lo recogido en el plano nacional, en el "*Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid, año 2022-2024*" sí se realiza referencia explícita a la salud mental perinatal, y no como una mención anecdótica, sino dentro de los objetivos generales de actuación[422].

El plan, además de recoger su marco de referencia, el análisis de la situación, su misión, visión y valores, y la metodología de evaluación, incluye 11 líneas estratégicas, así como su implantación, seguimiento y evaluaciones, los participantes y su financiación extraordinaria.

[422] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid, 2022-2024. Madrid: Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud; 2022.

Para el tema que nos ocupa, nos centraremos en la línea estratégica 2, relativa a la "*Atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia*". Dentro de esta línea, que recoge 5 objetivos generales, resulta destacable que el objetivo número 3 es "*Mejorar la atención a la salud mental perinatal y en primera infancia (0-3)*".

No sólo eso, sino que, además, señala las actuaciones que deben llevarse a cabo para cumplir dicho objetivo, que son dos: la "*designación de psiquiatra responsable de atención perinatal en los hospitales con Servicio de Obstetricia/Atención materno-infantil*" y el "*desarrollo de un Programa Perinatal de continuidad de cuidados en la atención al embarazo, parto y puerperio en situaciones especiales en los Centros de Salud Mental, desde una perspectiva integradora (psicopatología parental, vínculo, psicopatología del bebé)*".

Para monitorizar el cumplimiento de este objetivo propone el uso de dos indicadores (la presencia o no de dicho psiquiatra designado, y el desarrollo o no del programa perinatal de continuidad de cuidados), y la creación del documento de "*programa perinatal de continuidad de cuidados*".

La incorporación de la salud mental perinatal como un objetivo necesario dentro de los planes autonómicos de sanidad es un avance innegable, aunque todavía insuficiente. La ausencia de un reconocimiento estatal de esta necesidad puede favorecer la inequidad de la atención a las mujeres dentro del territorio nacional, en función de la Comunidad Autónoma en la que residan. Del mismo modo, su reciente incorporación al plan estratégico es un paso imprescindible para la implementación de la atención a la salud mental, pero, por desgracia, no la garantiza, ya que ésta depende de los recursos humanos y de la cultura perinatal de cada hospital para su realización efectiva. La escasa formación de los profesionales de la salud mental en el ámbito de la perinatalidad, y la poca presencia que ésta ha tenido hasta el momento en los programas formativos de residencia, unidos a una cultura social que todavía mantiene numerosas ideas preconcebidas respecto a la maternidad y los procesos reproductivos, sin duda han participado en la relativa marginalidad de esta atención. Como ejemplo, baste visitar la web de la Comunidad de Madrid, relativa a Servicios e información, en su pestaña de

salud y su apartado de salud mental[423]. En ella, se recogen numerosas publicaciones (planes y guías) para abordar temas de gran relevancia, como pueden ser la "*Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes*", la "*Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*" o la "*Guía de autoayuda. Prevención del suicidio: qué puedo hacer*". Es necesario señalar que, pese a la elevada prevalencia de los trastornos mentales perinatales, y sus enormes implicaciones en salud para las madres y para sus bebés, no hay ninguna guía disponible en materia de perinatalidad.

3.6 Necesidades y obstáculos en la atención a la salud mental perinatal en el Sistema Nacional de Salud español

En España, la salud mental perinatal no cuenta todavía con un reconocimiento oficial dentro de la formación especializada sanitaria en psiquiatría o psicología clínica. Recientemente, en el año 2021, se han regulado las bases por las cuales se ha creado la especialidad médica de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, atendiendo a una demanda histórica, si bien no se ha regulado, de modo equivalente, una especialidad infanto-juvenil independiente en el campo de la psicología clínica[424].

En el Sistema Nacional de Salud español, la atención a la salud mental perinatal no aparece explícitamente recogida en la Cartera de servicios, no forma parte de la atención rutinaria a la salud materna y es, en muchos casos, de difícil acceso, dependiendo dicha asistencia, frecuentemente, del interés y la voluntad de algunos profesionales específicos dentro de los servicios de salud mental. La psiquiatría perinatal en España tiene una trayectoria tradicionalmente vinculada a profesionales dedicados a la atención a la infancia, si bien la nueva escisión en dos especialidades obliga, necesariamente, a integrar en los equipos de salud mental perinatal a profesionales de la psiquiatría con formación en atención a población adulta, además de contar con psiquiatras infanto-juveniles, para ofrecer una completa atención a la salud mental de las mujeres y sus bebés

[423] Página web oficial de la Comunidad de Madrid, disponible en: https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental. (Consultada el 23 de septiembre de 2023).
[424] Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. Boletín Oficial del Estado nº 185 de 4 de agosto de 2021.

en la etapa perinatal, con labores de promoción de la salud y de vínculos saludables, prevención de enfermedad, atención a problemas afectivos y dificultades adaptativas derivadas de las complicaciones obstétricas y neonatales, así como del tránsito al rol social de madre, como la atención a problemas de salud mental graves derivados de la maternidad o previos a la misma, pero que pueden interferir en la función materna.

Cabe recordar que, según las recomendaciones de la OMS, la asistencia en salud mental perinatal debe ofrecerse como parte integral de la atención a la salud materna, a todas las mujeres, pero siempre siguiendo un esquema de pasos y de forma individualizada a las necesidades. De este modo, se recomienda que la atención a las mujeres con síntomas leves a moderados se realice integrada en los servicios de salud materna e infantil (en el caso de España, en integración con los servicios de obstetricia y de pediatría), preferentemente por parte de profesionales de la psicología, y sólo en los casos moderados a graves se realice su derivación a dispositivos específicos de salud mental para su tratamiento (que, en España, están constituidos fundamentalmente por los Centros de Salud Mental).

La estructura de los servicios de salud mental, que cuentan con una extensa red propia estructurada en recursos comunitarios (Centros de Salud Mental), y recursos hospitalarios dentro de los hospitales generales (consultas externas e interconsulta, hospitales de día y unidades de hospitalización breve), además de otros recursos hospitalarios específicos (hospitales de media estancia y hospitales de larga estancia) no se encuentra, todavía, adaptada a las necesidades de la salud mental perinatal, máxime cuando se trata de atender a las maternidades de mujeres con trastorno mental grave. Como ejemplos significativos, es reseñable que, en el momento actual, no existe en España la posibilidad de una hospitalización conjunta madre-bebé en una unidad de psiquiatría, pese a que, en hospitalizaciones por otros motivos de salud materna, sí se contempla mantener la unidad de la díada. Y únicamente existe un dispositivo de tratamiento intensivo tipo hospital de día para la atención conjunta madre-bebé, ubicado en Barcelona.

Para los casos leves a moderados, ha existido un creciente desarrollo de los programas de interconsulta ofrecidos por parte de especialistas hospitalarios, dedicados a la psicología clínica y psiquiatría de la infancia y la adolescencia, que prestan servicios

de salud mental perinatal. No obstante, la integración de la atención a la salud mental en la etapa perinatal dentro de la atención habitual a la salud materna, tal y como recomienda la OMS en sus distintas directrices, y conforme a los derechos internacionalmente reconocidos de las mujeres y la infancia, sigue siendo una tarea pendiente de los sistemas de salud en nuestro territorio nacional, y es el principal foco de investigación del presente trabajo.

Hasta su reciente desarrollo en los últimos años, eran muy pocos los hospitales que contaban con áreas de salud mental perinatal bien identificadas, y todavía a día de hoy hay limitaciones en su estructura y su dotación de recursos. En muchos casos, la asistencia en modo de interconsulta por parte de psicología o psiquiatría a mujeres durante procesos específicos (óbito fetal, prematuridad…) finaliza tras el alta hospitalaria de las plantas de hospitalización de obstetricia o de cuidados neonatales, siendo entonces remitidas a centros de salud mental. Sin embargo, una gran mayoría de mujeres con problemas de SMP no llegan a acudir a dichos centros; o, si lo hacen, no mantienen el seguimiento necesario[425], perdiéndose la continuidad de los cuidados.

Los motivos de estas pérdidas en la atención son muy numerosos. Por una parte, existen dificultades reales para las díadas madre-bebé (máxime, cuando existen dificultades de salud añadidas) para desplazarse a centros sanitarios según un horario prefijado. Además, estos CSM muchas veces no tienen una estructura acogedora para las díadas (espacios de lactancia, ambientes infantiles, etcétera). Se une, por ende, el estigma que todavía pesa sobre la salud mental en general, y sobre su afectación en las madres en particular, haciendo que muchas de ellas rechacen la inclusión (y consecuente identificación) en instituciones que ofrecen una atención psiquiátrica general. En algunas madres socialmente desfavorecidas, este rechazo se debe, en parte, al temor de una posible intervención por parte de servicios sociales que cuestione sus capacidades parentales y suponga el planteamiento de medidas tales como la retirada de tutela. En este sentido, cabe señalar que la experiencia en la Unidad Madre Bebé del hospital londinense

[425] Artículo ya citado previamente, CONTRERAS-CARRETO, NA., MORENO-SÁNCHEZ, P., MÁRQUEZ-SÁNCHEZ, E., VÁZQUEZ-SOLARES, V., PICHARDO-CUEVAS, M., RAMÍREZ-MONTIEL, ML., SEGOVIA-NOVA, S., GONZÁLEZ-YÓGUEZ, T., MANCILLA-RAMÍREZ, J., "Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos", *Cirugía y cirujanos*, 2022, vol. 90, nº 4, pp. 564-572.

Bethlem Royal Hospital apunta a que, al menos en su entorno, las separaciones madre-bebé realizadas en coordinación con los servicios sociales y de protección al menor no dependen tanto de la salud mental materna como de los factores sociales y el entorno familiar (violencia en la pareja y otras dificultades)[426]. Por último, los psiquiatras generales y psicólogos clínicos sin formación específica en SMP pueden encontrar grandes dificultades para atenderlas adecuadamente.

Según una encuesta realizada en los Servicios de Salud Mental Hospitalarios en Cataluña y Baleares, y presentada en el Congreso Europeo de la Sociedad Internacional de Psicosomática de Obstetricia y Ginecología, únicamente el 11 % de los hospitales consultados contaban con unidades multidisciplinares de SMP, y ninguno de los hospitales permitía la hospitalización conjunta madre-bebé[427]. En el año 2018, se inauguró, en el Hospital Clinic de Barcelona, el primer Hospital de Día madre-bebé en territorio español, y único hasta la fecha[428].

Del mismo modo, la implantación de la atención a la SMP en las Unidades de Neonatología en España ha sido tradicionalmente escasa, si bien a los hospitales pioneros en la implementación de programas especializados en la atención a las díadas madre-bebé, la asistencia a las familias y el apoyo a los profesionales de los Servicios de Neonatología (como fueron el Hospital Universitario Puerta de Hierro, de Majadahonda, o el Hospital Clínico San Carlos, en Madrid) se están uniendo cada vez más hospitales de la red pública (el Hospital Gregorio Marañón, el Hospital de La Paz, o, recientemente, en 2023, el Hospital 12 de octubre, en Madrid)[429]. En el año 2023, en la Comunidad de Madrid, 12 hospitales de los 35 centros hospitalarios de la red del Servicio Madrileño de Salud contaban con algún programa específico para la atención a la salud mental perinatal[430]. El incremento de recursos especializados, aunque notable, sigue siendo

[426] SENEVIRATNE, G., "Evaluación de la capacidad parental en los trastornos mentales durante la etapa perinatal", *Psicosomática y Psiquiatría*, 2018, nº 5.
[427] XVIIII Congreso Europeo de la Sociedad Internacional de Psicosomática de Obstetricia y Ginecología (ISPOG). Celebrado el 12 de mayo de 2016 en Málaga.
[428] ROCA LECUMBERRI A., "Hospital de Día Madre-Bebé del Hospital Clínic BCN: un año de funcionamiento", *Psicosomática y Psiquiatría*, 2019, n.º 9.
[429] CUELLAR, I., TRAPERO, M., "Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid", *Clínica Contemporánea*, 2017, nº 8, p. 28.
[430] CUELLAR-FLORES, I., ÁLVAREZ-CIENFUEGOS, L., ARIAS, S., CORDERO, E., DIAZ DE NEIRA, M., FERNÁNDEZ, A., LANZA, E., SERRANO-VILLAR, M., HERNÁNDAZ, A., MADRIGAL, A., VELAYOS, L., ÁLVAREZ, M., EIMIL, B., PÉREZ, L., JIMÉNEZ, M., JORDÁN, C., DIÉGUEZ, M.,

insuficiente para satisfacer una necesidad básica en salud materno-infantil como es la salud mental. Los programas enfocados a la salud mental perinatal buscan seguir las recomendaciones de la OMS en la atención de los casos perinatales con problemas de salud mental leves a moderados, de forma integrada a la atención a la salud materno-infantil. Sin embargo, la mayoría de los programas puestos en marcha en la Comunidad de Madrid presentan una dotación insuficiente de recursos humanos y una accesibilidad limitada, puesto que, por lo general, no se puede acceder a ellos por medio de derivaciones de Atención Primaria, sino que son programas de interconsulta hospitalaria.

Las limitaciones en la identificación y la intervención sobre la salud mental materna se encuentran tanto en la etapa prenatal como en la postnatal.

En el periodo prenatal, y a pesar de que las guías internacionales recogen la necesidad de realizar un cribado de la depresión durante el embarazo mediante herramientas tales como el empleo de la escala Hamilton, dichos cribados no están incluidos en la mayoría de los protocolos de seguimiento obstétrico del embarazo normal en el Sistema Nacional de Salud[431]. La no inclusión de este cribado rutinario puede deberse, en parte, en la dificultad actual de la red de salud mental comunitaria para asumir derivaciones previsiblemente masivas ante un cribado positivo (según los datos de la OMS, un 20% de las mujeres en seguimiento pre y postnatal padecen un problema de salud mental subsidiario de necesitar atención), sin un diseño de agendas adecuado para atender a esta población con la asiduidad que requerirían.

En el periodo postparto, tampoco hay protocolos generalizados para el seguimiento de las mujeres, a pesar de la elevada prevalencia de trastornos mentales en esta etapa. Es habitual que, desde las consultas de Atención Primaria de pediatría, se realice un seguimiento del niño sano, pero éste no se acompaña de un seguimiento equivalente de la mujer puérpera. En algunos centros de Atención Primaria, sí se ofrece seguimiento por parte de enfermería especializada (matronas), con formación de grupos y talleres de lactancia, lugares desde donde la identificación de malestares emocionales de las mujeres, o dificultades vinculares, podría realizarse, si bien la dificultad vuelve a

"Programas de Psicología Clínica y Salud Mental Perinatal en hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y recomendaciones de Buenas prácticas", Papeles del Psicólogo, 2024, vol. 45, nº 1.

[431] FARRÉ JM., "Rompiendo el silencio: la salud mental perinatal", *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 2016, nº 118, pp. 7-9.

residir en la derivación de las mujeres subsidiarias de recibir atención en SMP a recursos específicos. Además, la división, a menudo artificiosa, entre los problemas sociales y los problemas de salud mental, genera dificultades en la atención de un gran número de pacientes, con situaciones socioeconómicas precarias y malestares afectivos concomitantes, que quedan en terreno gris entre Servicios Sociales y los Sistemas de Salud.

Por otro lado, la formación de profesionales y la actividad docente en SMP también se encuentra muy limitada. Si bien en los últimos años se ha producido un incremento considerable de la oferta de estudios universitarios de postgrado en salud mental perinatal, la realidad es que la escasez de recursos asistenciales impide adquirir las competencias prácticas en observación, identificación e intervención sobre problemas en la díada madre-bebé. Asimismo, la mayoría de los profesionales sanitarios que se especializan por la vía de la residencia de medicina (médico interno residente, MIR), psicología (psicólogo interno residente, PIR) y enfermería (enfermero interno residente, EIR), no encuentran, dentro de sus programas formativos oficiales, la posibilidad de rotar por dispositivos de SMP. Los residentes de muchas de las especialidades con asistencia directa en esta etapa (como es pediatría, u obstetricia y ginecología), ni siquiera rotan por dispositivos generales de salud mental, arrastrando un gran desconocimiento sobre la identificación y el manejo de problemas psíquicos.

Respecto a la investigación en SMP, éste se trata de un campo fructífero que ha ofrecido, y sigue ofreciendo, resultados sorprendentes respecto a las repercusiones a largo plazo para la salud mental y física, e incluso para la adaptación social, de los primeros vínculos y las experiencias adversas en la primera infancia. Desde los estudios sobre el apego llevados a cabo por John Bowlby a mediados del siglo XX hasta el momento actual, la evidencia científica respecto a la importancia crucial de las primeras etapas de la vida y la relación madre-bebé no ha dejado de crecer de manera exponencial. Las estrategias sanitarias en materia de obstetricia y cuidados neonatales se han modificado en los últimos años, atendiendo a la evidencia de los beneficios en salud de evitar las separaciones postparto madre-bebé, de favorecer los partos respetados y los buenos tratos sanitarios. Sin embargo, todavía faltan datos respecto a las actuaciones en SMP, la eficacia y la seguridad de las intervenciones, así como la calidad de las mismas. La investigación en materia de SMP no sólo debería centrarse en la atención realizada por

los servicios de ginecología y obstetricia, sino que debería involucrar a los diferentes dispositivos y recursos, sanitarios y no sanitarios, que atienden a mujeres con deseos gestacionales, a mujeres gestantes o a mujeres que se encuentran inmersas en la primera crianza.

En definitiva, la realidad es que, a pesar de la elevada prevalencia de los TMP, y las importantes repercusiones que han demostrado tener a corto y a largo plazo para la salud de las madres, el desarrollo de sus bebés y el bienestar de las familias, nuestro sistema de salud sigue presentando graves carencias en atención a la salud mental perinatal, desatendiendo de forma generalizada esta necesidad y vulnerando, con ello, los derechos de las mujeres y de la infancia en materia de salud.

BLOQUE II

SUPUESTOS ESPECÍFICOS DE PROTECCIÓN

CAPÍTULO IV. CONCEPCIÓN

4.1. Exposición de hechos: Nuevos escenarios en reproducción humana asistida

La concepción es el punto de partida de toda vida humana, si bien, como se verá a continuación, la vinculación afectiva de las madres hacia su descendencia puede iniciarse incluso antes de la misma, con el deseo de ser madre o la búsqueda de la gestación. Lo que hasta hace unos pocos años sólo podía entenderse como el fruto de una relación sexual entre un hombre y una mujer, que, por medio de la fusión de dos gametos en el interior del cuerpo femenino, generaba una célula huevo, o zigoto, a partir de la cual se produciría el desarrollo embrionario, a día de hoy es el eje sobre el que pivota todo un nuevo escenario biotecnológico, repleto de avances y promesas, pero, también, de importantes problemas éticos aún no enteramente legislados.

El desarrollo de las técnicas de reproducción asistida se ha venido produciendo en paralelo a un importante cambio demográfico de los países desarrollados, con retrasos significativos en la edad materna y disminución de las tasas sociales de fertilidad. El retraso de la edad materna (escenario especialmente acentuado en el Estado español), fuera de la ventana biológicamente óptima para la reproducción según el ciclo reproductivo de las mujeres, ha fomentado de manera significativa la expansión de servicios públicos y clínicas privadas dedicadas a la fertilidad, y ha redundado en un aumento de situaciones subsidiarias de recibir atención especializada en SMP. De este modo, la concepción (o, más bien la no consecución de la misma) y los procesos que se atraviesan para conseguirla, se han convertido en problemáticas de primer orden en el ámbito de la SMP.

4.1.1 Deseo maternal

Como se ha señalado con anterioridad, la vinculación afectiva de la madre con el bebé puede comenzar desde el momento de la concepción, e incluso desde antes de la misma, en relación al deseo parental; en este caso, el deseo maternal. En la especie humana, no se ha demostrado la existencia del denominado "*instinto materno*", o patrones conductuales fijos y predeterminados de manera innata que conduzcan a la reproducción, sino que las conductas sexuales y reproductivas se hallan entramadas dentro de la cultura y el desarrollo psicológico de los individuos. Así, el deseo de ser madre o padre es una

realidad compleja, que emerge en la confluencia de la infancia propia y la biografía individual, con los contextos socioculturales en los que está inserta la persona y los roles sociales preeminentes en cada momento. Según expresa Laplanche (1987)[432]:

> "*El deseo parental es producto, de un largo proceso que se gesta en la infancia, y está directamente relacionado con el desarrollo psicosexual de la niña o niño y determinado por los procesos identificatorios con ambos padres, que incluyen las identificaciones de género, procesos identificatorios, del niño/a con los padres, resultante a su vez de la implantación en la mente del hijo/a de mensajes inconscientes relativos a la masculinidad/femineidad y que incluyen las representaciones sobre la maternidad o la paternidad*."

La motivación con la cual se produce la concepción de la hija o hijo, y el deseo maternal respecto de dicho hijo, han demostrado tener una gran relevancia para la vivencia emocional durante el embarazo y para la posterior vinculación afectiva con el bebé nacido[433]. Por ello, cuando se producen embarazos no deseados, también la vinculación afectiva postparto de las madres puede verse dificultada, incluso cuando se produce la aceptación del hijo durante el proceso del embarazo. Entendiendo que, en el momento histórico actual, la mayor parte de las maternidades en las sociedades occidentales son libremente elegidas por las madres, cabe señalar que las problemáticas respecto del deseo maternal se han ido transformando, y la etapa periconcepcional afronta, ahora, nuevos desafíos.

El avance imparable del desarrollo científico-técnico, unido al retraso de la edad materna que están viviendo las sociedades occidentales (siendo la edad media del primer hijo en España de 32 años), y a la elección de mujeres que deciden ser madres fuera de la pareja heterosexual, han supuesto un incremento exponencial del empleo de técnicas de reproducción asistida (TRA), abriendo un abanico de interrogantes y nuevas situaciones –nunca antes contempladas en la historia del ser humano–, respecto de los límites bioéticos de las mismas, así como sobre la filiación, el parentesco, y los derechos de las

[432] LAPLANCHE, J., *Problemáticas III. La sublimación*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1987.
[433] ASKELSON, NM., LOSCH, ME., THOMAS, LJ., REYNOLDS, JC., "Baby? Baby Not?: Exploring Women's Narratives About Ambivalence Towards an Unintended Pregnancy", *Women's Health*, 2015, vol. 55, nº7, pp. 842-858.

y los menores concebidos por estas técnicas[434]. A continuación, se expondrán la problemática de la infertilidad y algunas nociones básicas sobre TRA.

4.1.2 Infertilidad

La mayor parte de las mujeres en edad fértil presuponen que, en caso de experimentar el deseo maternal, van a poder tener hijos si así lo deciden. Como refiere Christiane Northrup (2007):

> "(…) *la capacidad de tenerlos es importante incluso para mujeres que no tienen la intención de utilizarla nunca. La capacidad de concebir y parir puede influir enormemente en cómo se siente la mujer consigo misma en un plano muy profundo. Así pues, cuando una mujer descubre que es incapaz de tener un hijo, suele caer en una gran desesperación y lo siente como una injusticia: "¿Por qué yo*?"[435].

Una de las causas principales por las cuales puede frustrarse el deseo materno es la infertilidad. Se denomina infertilidad a incapacidad para conseguir un embarazo a término después de al menos un año de mantener relaciones sexuales habituales y sin utilizar medios anticonceptivos. De este modo, la infertilidad hace referencia a aquellas mujeres que pudiendo concebir, no consiguen llevar a término un embarazo, puesto que sufren algún tipo de pérdida durante el mismo (aborto o parto inmaduro con fallecimiento y óbito fetal). Como todas las pérdidas, las perinatales suponen procesos de duelo que, además, pueden verse dificultados por las especiales circunstancias en las que tienen lugar, y que a menudo requiere atención psicológica específica. Por otro lado, la esterilidad hace referencia a la incapacidad para que se produzca la concepción. Ambas condiciones (infertilidad o esterilidad) pueden calificarse como primarias o secundarias, en función de si ha habido o no previamente el nacimiento de al menos un hijo vivo.

La OMS, en su documento sobre la infertilidad publicado en 2020, ha catalogado como enfermedad crónica a la "*incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas*", y señala que su repercusión

[434] SALOMÉ MILA, N., ROSSI, M., *Desafíos actuales de la clínica de la reproducción humana asistida*. 1a edición - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L, pp. 25-26.
[435] NORTHRUP, C., "MD: a pioneer in the field of women's health", *Alternative therapies in health and medicine*, 2007, vol. 3, nº 3, pp. 64–75.

afectiva es comparable a la de los procesos oncológicos. Si se atiende a la definición clásica de enfermedad de la OMS, ciertamente la infertilidad, aunque en la mayoría de los casos no genera malestar físico, sí produce frecuentemente malestares de índole psíquica y social[436].

La infertilidad es un problema de salud creciente en las sociedades occidentales. Se estima que, en los países de occidente, en torno a un 15 % de la población en edad reproductiva tiene problemas para conseguir una gestación, y estas cifras parecen ir al alza[437].

4.1.3 Cambios demográficos en la natalidad española

En España, según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, los nacimientos año a año no dejan de reducirse. Así, el año 2021 marcó un nuevo mínimo histórico en número de nacimientos en España tras registrarse un total de 336.811, la cifra más baja contabilizada desde que se tienen datos, en 1941 (en plena posguerra española), según el informe "*Movimiento Natural de la Población*" (INE, 2022)[438]. Esta cifra de nacimientos supone una caída de un 1,3% con respecto a los números registrados en 2020 (unos 4.500 niños menos), y mantiene la tendencia a la baja que el INE ha registrado en la última década, que únicamente fue interrumpida en el año 2014. De hecho, el informe determina que, en la última década, desde el año 2011 la cifra de nacimientos ha descendido un 28,6%. La denominada tasa de natalidad (medida de cuantificación de la fecundidad empleada en los estudios demográficos, que calcula el número de nacimientos por cada mil habitantes en un año) en el año 2021 fue del 7,1‰ (considerada muy baja). También el Índice de Fecundidad (número medio de hijos por mujer en edad fértil), de 1,19, se encuentra muy por debajo del reemplazo generacional (2,1) y en el año 2021 era

[436] OMS, *Infertilidad.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility (Consultado el 10 enero de 2022).
[437] LEDGER, WL., "Demographics of infertility", *Reproductive biomedicine online*, 2019, vol. 18, nº 2, pp. 11–14; INHORN, M.C, PATRIZIO, P., "Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century", *Human Reproduction Update*, 2015, vol. 21, nº 4, pp. 411–426.
[438] INE, *Movimiento Natural de la Población (MNP) Indicadores Demográficos Básicos (IDB) Año 2021*. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/mnp_prensa.htm. (Consultado el 11 de mayo de 2023).

el segundo más bajo de Europa (sólo por detrás de Malta) y uno de los más bajos del mundo[439].

Es reseñable que, aunque en la mayoría de los países de Europa se ha constatado un descenso de la natalidad y la fecundidad y un aumento de la edad materna en las últimas décadas, el caso de España es particularmente extremo. Según los datos estadísticos de Eurostat, en el contexto de la UE-28, España –junto a Portugal e Irlanda– es la economía en la que el índice de fecundidad se ha reducido con mayor intensidad entre 1975 y 2017. De ser el segundo país con la fecundidad más elevada, después de Irlanda, ha caído hasta el penúltimo lugar con 1,3 hijos por mujer en 2017 (último año disponible para la Unión Europea), solo por encima de Malta (1,26), en niveles parecidos a Chipre (1,31), Italia (1,32) y Grecia (1,35) y lejos de Francia (1,9) o Suecia (1,78). Es preocupante que ningún país de la UE-28 alcance el nivel de reemplazo generacional, poniendo en peligro la sostenibilidad demográfica[440].

En España, casi tres de cada cuatro mujeres desean tener al menos dos hijos[441]. No hablamos de las mujeres que no desean ser madres, sino de aquellas que, deseándolo, no pueden acceder a la maternidad por falta de condiciones materiales adecuadas para ello. Es la paradoja de la libre elección de la maternidad: antes, la maternidad era una obligación impuesta a las mujeres; sin embargo, en el momento actual las mujeres pueden elegir ser madres, y decidir cómo y cuándo serlo. En teoría. Pero la realidad es que hay un gran número de mujeres que quieren ser madres, o madres antes, o madres de más hijos, que no pueden acceder a esa maternidad deseada.

Si bien no se puede atribuir la infertilidad occidental a una única causa, parece que la causa principal de su incremento es el retraso en la edad materna, aunque también se ha constatado un empeoramiento de la calidad seminal masculina. Además, el estrés y los

[439] Eurostat, 2022. Data Browser. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_facbc/default/table?lang=en. (Consultado el 13 de febrero de 2023).

[440] BBVA, Esenciales Nº 41: Evolución de la natalidad en las regiones y municipios españoles. https://www.fbbva.es/noticias/indice-fecundidad-espana-segundo-mas-bajo-europa-diferencias-regiones-doble-hijos-mujer/(Consultado el 13 de febrero de 2023).

[441] INE, *Encuesta de Fecundidad del Instituto Nacional de Estadística (INE)*, 2018. Disponible en: https://www.ine.es/proyectos/proyecto_ef.pdf (Consultado el 13 de febrero de 2023).

modos de vida asociados a los países postindustriales parecen repercutir negativamente en la fertilidad, como se analizará someramente a continuación.

4.1.3.1 Retraso en la edad materna

El retraso de la edad de maternidad es un grave problema estructural que acecha a los países desarrollados, pero, de forma muy particular, a España, nación que se encuentra entre los peor posicionados en casi todos los indicadores, desde la edad materna con la que se tiene el primer hijo, hasta el número de nacimientos, pasando por el índice de fecundidad o el elevado porcentaje de hijos en mujeres mayores de 40 años.

A los 14 años, la mayoría de las mujeres son capaces de ovular, y a los 21 años comienza la etapa más fértil dentro de la vida de la mujer. La curva de la fertilidad de la mujer implica un descenso progresivo de la misma a partir de los 30 años, comenzando el descenso a ser más acusado a los 35 años, y acelerándose a partir de los 37 años y hasta los 44, cuando las probabilidades de un embarazo espontáneo son ya muy bajas[442]. De este modo, muchas mujeres que no habrían sufrido problemas de fertilidad en su veintena, con el paso de los años, ven disminuidas la cantidad y calidad de sus óvulos, hasta llegar a impedir su concepción natural. Así, en el momento vital en que muchas mujeres conseguir el embarazo (adentradas ya en la treintena, por ser el más favorable a nivel cultural y socioeconómico), puede que ya no les sea posible sin intervención de técnicas de reproducción asistida, entre otros motivos, porque sus ovocitos ya no presenten la suficiente calidad como para formar un embrión viable de forma espontánea[443].

Por supuesto, no se pueden desligar estas realidades del particular mercado laboral de España, y de las escasas políticas de conciliación, que abocan a un gran número de mujeres a anular o posponer su deseo maternal hasta tener su posición laboral y carrera profesional suficientemente asentadas. La mayoría de las explicaciones al retraso de la edad materna son ofrecidas desde los estudios sociológicos, y están directamente relacionadas con la liberación de la mujer y los cambios de roles que la han acompañado en los últimos años. Así, los principales factores que se deben tener en cuenta son:

---

[442] CRAWFORD, NM., STEINER, AZ., "Age-related infertility", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2015, vol. 42, nº 1, pp. 15-25.

[443] American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee, "Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589", *Fertility and Sterility*. 2014, vol. 101, nº 3, pp. 633-634.

- El trasvase de las mujeres del trabajo reproductivo al productivo: la revolución más importante del siglo XX, la liberación de la mujer y el cuestionamiento de los roles de género tradicionales basados en la división sexual del trabajo.
- Existe una relación negativa entre el nivel educativo y la fertilidad de las mujeres (denominado "gradiente educativo negativo en fertilidad"), de tal forma que, a mayor nivel educativo de las mujeres, éstas tienen menos hijos[444]. En España, un estudio realizado sobre datos del registro, ha señalado la persistencia de un gradiente educacional que guarda una relación inversa con la fertilidad[445]. Esto implica diferencias en la fertilidad entre las distintas categorías educativas de la sociedad española. De manera semejante a lo que sucede en Reino Unido y otros países europeos mediterráneos, las mujeres españolas con menor nivel educativo muestran unos mayores índices de fertilidad que aquellas con elevados niveles educativos. El estudio muestra que, entre los años 2007 y 2017, mientras los niveles de educación elevados continuaban aumentando entre la población de las mujeres españolas, la fertilidad en España cayó de 1.39 hijos por mujer a 1.32. Esta disminución de la fertilidad (− 5.5%) no se distribuyó de manera homogénea entre todas las mujeres, sino que las mujeres con los niveles educativos más bajos llegaron a aumentar su fertilidad en un 9%, mientras que las mujeres con los niveles educativos más altos las redujeron prácticamente en la misma proporción (en torno a un 10%). El gradiente educativo no es una regla inamovible; de hecho, en los últimos años parece haberse invertido en países nórdicos y en Australia, en probable relación con la implementación de mejores políticas de conciliación[446].
- La inestabilidad económica y precariedad laboral: desde la crisis de 2008, el mercado laboral español ha estado marcado por la elevada tasa de empleos temporales y parciales, situación que se ha exacerbado con la pandemia de COVID-19. Los despidos masivos y la figura del ERE laboral han tenido su

[444] JAMES, KS., SKIRBEKK, V., VAN BAVEL, J., "Education and the global fertility transition: Foreword", *Vienna Yearbook of Population Research*, 2012, vol. 10, pp. 1–8.
[445] REQUENA, M., "Spain's Persistent Negative Educational Gradient in Fertility*", European Journal of Population*, 2021, vol. 38, nº 1, pp. 1-13.
[446] KRAVDAL, O., "The high fertility of college educated women in Norway. An artefact of the separate modelling of each parity transition, *Demographic Research*, 2001, nº 5, pp. 187–216; MCDONALD, P., MOYLE, H., *In Australia fertility is falling only for low educated women*. N-IUSSP; 2019.

traducción inmediata en la drástica disminución del número de nacimientos en España en los años 2021 y 2022[447].

- La maternidad como elemento de distorsión en el acceso al mercado laboral: la realidad es que todas las mujeres son conscientes de que la maternidad es un obstáculo que retrasa e incluso impide la hacer carrera profesional. Se hicieron muy famosas las controvertidas declaraciones de Mónica de Oriol, la presidenta del Círculo de Empresarios, afirmando que ella desaconsejaba contratar a mujeres entre 25 y 45 años por el amparo que da la ley a las madres trabajadoras; decía, textualmente, en medio de esas edades, "*¿qué hacemos con el problema?*", añadiendo que esa protección "*desconecta a la mujer del esfuerzo diario*", una de las variables que más influye en la motivación laboral.
- Las políticas insuficientes de conciliación, entre las que se incluyen los permisos parentales, la financiación pública de escuelas infantiles u otras redes de cuidados, y las medidas laborales.

De este modo, podemos afirmar que la única decisión real con impacto estructural en materia de conciliación en España ha sido la decisión colectiva de las mujeres de tener menos hijos y retrasar la maternidad. Por desgracia, la toma de decisiones de las mujeres de retrasar su maternidad no siempre se realiza contando con una adecuada información en fertilidad, correspondiente al ámbito de la salud sexual y reproductiva, de forma que a menudo desconocen el sufrimiento y las dificultades asociadas a los problemas de fertilidad secundarios a la edad hasta que inician la búsqueda.

Esta decisión social de retrasar la maternidad, que no ha conllevado una mejora de la información preconcepcional sanitaria en lo relativo a la fertilidad, está incentivando el desarrollo de técnicas específicas, como la congelación preventiva de óvulos, para tratar de salvar la barrera biológica de la infertilidad femenina asociada a la edad[448].

El origen laboral de estas propuestas, y su evidente cariz de mercado, se evidencia en las propuestas de algunas grandes empresas multinacionales (como Google o

[447] INE, *Estimación mensual de nacimientos.* Disponible en: www.ine.es. (Consultado el día 12 de septiembre de 2023).
[448] VARLAS, VN., BORS, RG., ALBU, D., PENES, ON., NASUI, BA., MEHEDINTU, C., POP, AL., "Social Freezing: Pressing Pause on Fertility"*, International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, nº 15, pp. 80-88.

Facebook) que ofrecen como incentivo a sus trabajadoras en edad fértil la financiación de la congelación de sus óvulos, para que no se vean impelidas a perturbar su carrera profesional en ese momento de su vida a causa de la maternidad[449].

4.3.1.2 Calidad seminal

En los últimos años se ha constatado un incremento de alteraciones seminales masculinas (recuento de espermatozoides, movilidad y morfología de los mismos), que podrían relacionarse con un empeoramiento de su fertilidad[450]. Numerosos estudios, publicados entre 1981 y 2013, han constatado un empeoramiento de la calidad seminal en Norte América, Europa y Australia. Los continentes de África y América del Sur han sido menos estudiados; sin embargo, metaanálisis recientes confirman, también, un empeoramiento del recuento espermático entre los hombres que residen en los mismos[451].

No se conocen las causas a ciencia cierta, aunque se han señalado posibles factores que podrían interactuar de forma multifactorial, como el estrés, los hábitos de vida poco saludables (sedentarismo, consumo de sustancias tóxicas, mala alimentación) y los contaminantes ambientales, que pueden influir desde el periodo fetal y a lo largo de toda la vida[452].

4.3.1.3 Hábitos de vida

La repercusión de los hábitos de la vida moderna en la salud ha cambiado la epidemiología de un gran número de enfermedades. La influencia del ambiente y de los estilos de vida en la fertilidad de la mujer ha sido refrendada por un gran número de estudios clínicos, al mismo tiempo que la investigación experimental con animales ha

[449] Publicado en prensa. Expansión. *Google y Facebook financian la maternidad a sus empleadas*, 12 de diciembre de 2017. Disponible en: https://www.expansion.com/directivos/2017/12/12/5a2fc9ede2704e52568b45c1.html#:~:text=%22Si%20una%20mujer%20elige%20congelar,formas%20de%20asegu. (Consultado el 7 de enero de 2023).

[450] LEVINE, H., JØRGENSEN, N., MARTINO-ANDRADE, A., MENDIOLA, J., WEKSLER-DERRI, D., MINDLIS, I., PINOTTI, R., SWAN, SH., "Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis", *Human Reproduction Update,* 2017, nº 23, pp. 646–659.

[451] LEVINE, H., JØRGENSEN, N., MARTINO-ANDRADE, A., MENDIOLA, J., WEKSLER-DERRI, D., JOLLES, M., PINOTTI, R., SWAN, SH., "Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis of samples collected globally in the 20th and 21st centuries", *Human Reproduction Update*, 2022; dmac035.

[452] MANN, U., SHIFF, B., PATEL, P., "Reasons for worldwide decline in male fertility", *Current Opinion in Urology*, 2020, vol. 30 nº 3, pp. 296-301; MIMA, M., GREENWALD, D., OHLANDER, S., "Environmental Toxins and Male Fertility", *Current Opinion in Urology*, 2018, vol. 19, nº 7, p. 50.

permitido conocer algunos de los mecanismos de acción por medio de los cuales se producen disrupciones neuroendocrinas[453]. Los estímulos estresantes activan el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, y el sistema nervioso simpático, promoviendo la secreción de hormonas que, si se liberan de manera prolongada en el tiempo, pueden tener un efecto dañino sobre el cuerpo, e inducir diversos cambios neuroendocrinos a largo plazo que repercuten negativamente en la fertilidad femenina[454].

4.1.4 Las técnicas de reproducción asistida

El primer gran hito de la reproducción artificial o asistida se retrotrae al día 25 de julio de 1978, cuando se produjo en Gran Bretaña el nacimiento de Louise Brown, el primer bebé concebido con medios artificiales. Desde entonces, los avances científico-técnicos en el ámbito de la reproducción humana asistida han sido imparables, con el desarrollo de técnicas muy variadas y de mayor eficacia

En España, el 9% de los partos en 2019 fueron concebidos por medio de reproducción asistida, habiéndose producido posteriormente una contención de estas cifras en relación con la detención de muchos de los procesos en curso por la pandemia de COVID-19, y que, tras la superación de la misma, parecen estar aumentando nuevamente, habiendo superado, en 2023, los niveles pre-pandemia en más de un 13%[455].

Los procesos de reproducción asistida son experiencias altamente estresantes para las mujeres que los atraviesan, así como para sus parejas, en el caso de que la tengan. Cabe señalar que, en el año 2020, el 24% de las familias en España era monoparentales

[453] BALA, R., SINGH, V., RAJENDER, S., SINGH, K., "Environment, Lifestyle, and Female Infertility", *Reproductive Sciences*, 2021, vol. 28, nº 3, pp. 617-638.
[454] PALOMBA, S., DAOLIO, J., ROMEO, S., BATTAGLIA, FA., MARCI, R., LA SALA, GB., "Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility", *Reproductive Biology and Endocrinology*, 2018, vol.16, nº 1, p. 113.
[455] Ministerio de Sanidad, *Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2019.* Registro Nacional de Actividad 2019-Registro SEF; 2019. Disponible en: https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/pdf/Informe_estadistico-SEF_2019.pdf. (Consultado el 4 de septiembre de 2023); Nota en prensa. *El sector de la reproducción asistida confirma su recuperación tras la Covid: facturó 570 millones en 2022*. El Español; 29 de agosto de 2023. Disponible en: https://www.elespanol.com/invertia/observatorios/sanidad/20230829/sector-reproduccion-asistida-confirma-recuperacion-covid-facturo-millones/790421053_0.htm. (Consultado el 4 de septiembre de 2023).

y, de ellas, y el 81% contaban con la madre como única progenitora[456], siendo cada vez más frecuente la elección por parte de mujeres que deciden ser madres sin pareja y recurren para ello a las técnicas de reproducción asistida (TRA).

Los factores de estrés asociados a la reproducción humana asistida son de muy diverso origen y naturaleza, y abarcan desde los tratamientos y procedimientos médicos a los que las mujeres deben someterse (analíticas, estimulaciones ováricas, punciones vaginales, transferencias embrionarias…), hasta el contexto social y económico de la mujer (el desgaste que puede suponer en la relación de pareja cuando la hay, el costo de muchos de los tratamientos, las bajas laborales…), pasando por las experiencias biográficas e identitarias de las mujeres, que a menudo experimentan sentimientos de tristeza y poca valía en situaciones de infertilidad[457]. Los procesos de reproducción asistida se caracterizan por la repetición de la vivencia de esperanza (al inicio del ciclo) y fracaso (cuando llega la menstruación). Además, aunque la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud incluye la reproducción asistida con criterios más abiertos respecto de otros países, existe una gran cantidad de criterios de exclusión (como la edad materna, haber tenido un hijo previo, o la falta de cobertura de algunas técnicas), que inducen a muchas mujeres a escoger la atención en clínicas privadas, asumiendo con ello elevados costos económicos. También pueden influir negativamente en el estado afectivo de las mujeres el sometimiento a intervenciones médicas y quirúrgicas dolorosas, y la invasión a la privacidad sexual de la pareja

Por ello, resulta fundamental que las mujeres que van a iniciar procesos de reproducción asistida sean adecuadamente informadas respecto a las emociones desagradables y los obstáculos psicológicos más frecuentemente asociados a los mismos, así como la oportunidad de acceder a dispositivos específicos de atención a la salud mental perinatal.

La mayor parte de las mujeres que se someten a procedimientos de reproducción asistida debido a una situación de infertilidad presentan una reacción vital ante los

[456] INE. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981. (Consultado el 10 de noviembre de 2021).

[457] PARICIO DEL CASTILLO, R., "Salud Mental Perinatal y Reproducción Asistida por Ovodonación: un análisis de la situación actual en España", *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, 2022, vol. 39, nº 3.

mismos, con síntomas ansiosos depresivos, que suelen resolver de manera adecuada una vez finalizados los procedimientos. Son las denominadas "trayectorias resilientes". No obstante, más de un tercio de las mujeres (entorno a un 37%) continúan presentando dificultades emocionales significativas una vez finalizados los procedimientos, y hasta un 10% de las mujeres mantendrían un malestar atribuido a dicha experiencia más de 10 años después[458].

La aparición y la cronificación de problemas de salud mental en mujeres que se han sometido a técnicas de reproducción asistida se ha asociado, fundamentalmente, a cuatro factores bien definidos: los fracasos en el tratamiento, la insatisfacción en la pareja, una escasa red de apoyo social y la presencia de cogniciones negativas respecto a la infertilidad[459]. Por tanto, se debe considerar que la existencia de estos factores son indicadores de riesgo para el desarrollo de un trastorno mental en las mujeres, siendo recomendable realizar una evaluación sobre su estado afectivo para proceder a su derivación, en caso de que sea necesario, a una consulta especializada en SMP.

4.1.4.1. Legislación española en Reproducción Asistida

La legislación española es considerada una de las más abiertas de Europa en materia de Reproducción Asistida, con una Ley y dos Reales Decretos que regulan dichas actividades médicas, y que son los siguientes: la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre Técnicas de Reproducción Asistida; el Real Decreto 412/96, sobre los protocolos obligatorios de estudio de los donantes; y el Real Decreto 9/2014 que establece las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos.

La Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre Técnicas de Reproducción Asistida[460], pese a ser cronológicamente antigua desde la perspectiva del desarrollo técnico y científico (puesto que se aprobó hace dieciocho años), es considerada una de las legislaciones

[458] MORREALE, M., BALON, R., TANCER., M., DIAMOND, M., "The impact of stress and psychosocial interventions on assisted reproductive technology outcome", *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2011, vol. 37, nº 1, pp. 56-69.
[459] GAMEIRO, S., VAN DEN BELT-DUSEBOUT, AW., SMEENK, JMJ., BRAAT, DDM., VAN LEEUWEN, FE., VERHAAK, CM., "Women's adjustment trajectories during IVF and impact on mental health 11–17 years later", *Human Reproduction*, 2016, vol. 31, nº 8, pp. 1788–1798.
[460] Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE núm. 126, de 27/05/2006. 28/05/2006.

occidentales más flexibles en materia de reproducción asistida, y se distingue por sus marcadas diferencias respecto a las leyes del resto de los Estados europeos, tanto por su amplio reconocimiento del derecho a la reproducción asistida, como en lo relativo al anonimato de los donantes y a la regulación de la donación de óvulos.

En primer lugar, esta Ley permite acceder a las técnicas de reproducción asistida no sólo a las parejas estériles, sino también a las mujeres solteras, con independencia de su orientación sexual (artículo 6), a diferencia de otros Estados de la Unión Europea, como Italia, Alemania o Francia, que no permiten éste último supuesto. Del mismo modo, permite la fecundación post-mortem en algunos supuestos específicos (artículo 9). Para el sometimiento a un proceso de reproducción asistida, la mujer debe prestar su consentimiento en todos los casos. Si está casada, el marido deberá prestarlo también, otorgándose así la paternidad legal; mientras que, en el caso de las parejas de hecho, el consentimiento de la pareja es opcional, pero necesaria para que se otorgue la paternidad legal. En el caso de una pareja de hecho formada por dos mujeres, aquella que no ha dado a luz, si desea también ser madre legal, deberá iniciar un expediente judicial de adopción, excepto en el caso de las mujeres que se someten a la técnica de recepción de ovocito de pareja, "ROPA": en este supuesto, ambas son reconocidas como madres legales del niño o niña.

Una de las cuestiones capitales de la Ley es el mantenimiento del anonimato del donante, prevaleciendo, en la Ley española, el derecho de a la autonomía del donante y respetar su deseo de permanecer anónimo frente al derecho del descendiente a conocer sus orígenes genéticos. Solamente se levantará el anonimato ante situaciones de salud de gravedad en las cuales dicho conocimiento pueda ser de relevancia (por ejemplo, ante enfermedades genéticas, o si la persona así concebida desarrolla más adelante una leucemia candidata a recibir trasplante de médula ósea). Además, no se contempla la donación dirigida, lo que supone que no está permitida la elección del donante de gametos, siendo el donante escogido por el equipo médico. Una excepción a esta restricción es el supuesto de recepción de ovocitos de pareja, o técnica "ROPA", circunstancia que posibilita que dos mujeres dentro de una pareja puedan participar de la gestación (una de las partes aporta el ovocito y la otra será la madre gestante, siendo en este caso la donación de esperma siempre de donante anónimo).

Otro tema controvertido de la Ley es el relativo a las compensaciones económicas. La Ley considera que la donación de gametos es un acto altruista que no cabe remunerar económicamente; no obstante, sí se reconocen compensaciones económicas por los inconvenientes causados en la obtención del material genético. El valor de dichas compensaciones se estima en unas tablas que se van actualizando, y que generalmente estiman la compensación de los varones donantes en 50 euros, y la de las mujeres donantes, en torno a 1.000 euros. La diferencia en la retribución no es baladí: si bien es cierto que la obtención de ovocitos supone procedimientos largos e invasivos sobre el cuerpo de las mujeres, el ofrecimiento de una cantidad equivalente a un sueldo mínimo interprofesional por dicha donación puede eclipsar el altruismo de las donantes, teniendo un efecto llamada sobre mujeres jóvenes en situaciones de precariedad económica.

Es importante señalar que la Ley española no deja margen de dudas respecto a la gestación por subrogación, que prohíbe expresamente.

También se debe destacar que la ley no recoge límites de edad para que una mujer pueda someterse a TRA, quedando en este campo la decisión en manos del equipo médico responsable, si bien la mayoría de los expertos coinciden en establecer dicho límite en una edad de 50 años. Esta situación puede ser especialmente problemática si se considera que la mayor parte de las técnicas de reproducción asistida se realizan en centros privados que, como tales, tienen un lucro directo en función del número de procedimientos que realicen, y podrían no regirse completamente por criterios clínicos, teniendo un gran peso los criterios económicos.

En cuanto a la discapacidad, la ley recoge que ninguna persona puede dar el consentimiento para someterse a tratamientos o técnicas de reproducción asistida en nombre de otra. Del mismo modo, si una persona no está incapacitada legalmente, pero presenta por ejemplo un trastorno mental, será el equipo médico el responsable de valorar su estado psíquico y su capacidad para tomar decisiones.

4.1.4.2. Lagunas en la actual legislación

Algunas de las principales lagunas de la legislación en materia de reproducción asistida actualmente vigente en España son, por un lado, aquellas relativas al anonimato del donante (que puede entrar en conflicto con el derecho del descendiente a conocer su

origen genético), y, por otro, las que podrían derivar en explotación reproductiva de las mujeres. De este segundo supuesto, existen dos procedimientos que han sido objeto de múltiples controversias: la donación de óvulos, u ovodonación, y la gestación subrogada, o vientres de alquiler.

a) Donación de óvulos

La donación de óvulos es una práctica ampliamente extendida en España. De hecho, nuestro país ha sido denominado como "*el granero de óvulos de Europa*", siendo el principal destino del turismo reproductivo europeo[461]. El "*turismo reproductivo*" hace referencia a los viajes transnacionales que realizan las personas con objeto de someterse a técnicas de reproducción asistida[462]. Se estima que el 5% de todos los tratamientos de reproducción asistida que se realizan en España están relacionados con viajes transfronterizos; y, de estos tratamientos de TRA realizados en España a mujeres extranjeras, en el año 2019, el 54,3% estuvo relacionado con la donación de óvulos[463]. De hecho, se considera que el 50% de todas las ovodonaciones del continente europeo se realizan en España. La mayoría de las mujeres que viajan a nuestro país a someterse a una ovodonación lo hacen debido a las restricciones legales existentes en sus países de origen (como sucede en Italia, Alemania y Austria), o por las listas de espera para poder acceder a esta técnica (como ocurre en Reino Unido).

Si bien el turismo reproductivo no se circunscribe a la ovodonación, sí es el principal atractivo para las personas que acuden desde otros países por este motivo. En el año 2019, en España se realizaron 18.457 ciclos de tratamiento de reproducción asistida a personas procedentes del extranjero, la mayoría de Francia e Italia[464].

Sin embargo, las legislaciones respecto a la ovodonación en otros países resultan, por lo general, mucho más restrictivas, estando incluso prohibida por el riesgo de

[461] Publicado en prensa. El País. *España, el granero europeo de óvulos*, 20 de julio de 2019. Disponible en https://elpais.com/sociedad/2019/07/19/actualidad/1563531405_529791.html. (Consultado el 20 de agosto de 2022).
[462] PIERSANTI, V., CONSALVO, F., SIGNORE, F., DEL RIO, A., ZAAMI, S., "Surrogacy and "Procreative Tourism". What Does the Future Hold from the Ethical and Legal Perspectives?", *Medicina (Kaunas),* 2021, vol. 57, nº 1, p. 47.
[463] Departamento de Estadística del Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Fertilidad. *Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida, 2019*. Ministerio de Sanidad; 2021.
[464] Departamento de Estadística del Ministerio de Sanidad y Sociedad Española de Fertilidad. *Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida, 2019.* Ministerio de Sanidad; 2021.

explotación reproductiva de las mujeres. Esto se debe a que, al contrario de lo que sucede con la donación de semen, la donación de óvulos constituye un procedimiento médicamente complejo y molesto, que requiere la extracción de analíticas, el sometimiento a tratamientos de estimulación ovárica y la posterior extracción de óvulos en quirófano mediante punción vaginal y bajo anestesia. Debido a la pérdida de calidad de los óvulos con la edad, idealmente las donantes deben tener entre 18 y 24 años. Aunque la donación de gametos en España se contempla como un acto altruista, estando prohibida la compraventa de gametos para evitar la explotación reproductiva, la ya mencionada compensación económica de 1.000 euros puede actuar como un evidente reclamo económico, que explicaría, en parte, la mayor donación en España respecto a otros países donde también está permitida. Este reclamo, además, se ejercería fundamentalmente sobre mujeres muy jóvenes y en situaciones económicamente desfavorables.

Además de garantizar el altruismo de la ovodonación para evitar lo que en la práctica podría suponer una compraventa de material genético, resulta necesario garantizar una adecuada información a las donantes acerca de los procedimientos a los que van a someterse. Como sucede con la mayoría de los procedimientos médicos, la donación de óvulos tiene también algunos riesgos asociados, tanto a corto como a largo plazo, que incluyen desde molestias físicas durante la estimulación ovárica, hasta casos graves de menopausia precoz[465]. A esto se suman los riesgos psicológicos que se pueden asociar, también a largo plazo, como fruto de los cambios personales que puede experimentar la mujer que fue donante, y las reacciones emocionales de saber que tiene descendientes genéticos a quienes no podrá conocer, si bien algunas investigaciones al respecto constatan que eliminar el anonimato de las donantes podría desincentivar las donaciones[466].

b) Gestación subrogada

[465] ADIB MOGHADDAM, E., KAZEMI, A., KHEIRABADI, G., AHMADI, SM., "Psychosocial consequences of oocyte donation in donors: A systematic review", *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2021, nº 267, pp. 28-35.
[466] NOGUEIRA, A., AMMAR, O., BILIR, E., IFTENE, L., TORRERO, I., CESCHIN, N., NOGUEIRA-SILVA, C., BRANDÃO, P., "University students' opinion on gamete donor identification regimes", *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 2023, vol. 40, nº 6, pp. 1361-1368.

A nivel internacional, la Convención de los derechos del Niño, en su artículo 35, recoge que los Estados Partes están obligados a impedir la venta o trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.

El protocolo Facultativo de la Convención de los derechos del Niño, firmada y ratificada en España, recoge la prohibición de venta de niños en el artículo 1 y la define en su artículo 2.a) como "*todo acto o transacción en virtud del cual un niño es transferido por una persona o grupo de personas a otra a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución*".

El Informe de la Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños (Asamblea General de la ONU, 15 de enero de 2018), recoge lo siguiente:

> "*En algunas jurisdicciones se denomina legalmente a una madre de alquiler sin vínculo genético como mera "portadora gestante". Esta perspectiva parte de la controvertida premisa de que una mujer que gesta y da a luz un niño no es más madre de lo que es alguien que se dedica a cuidar niños. También parte del supuesto de que la madre de alquiler gestante no es nunca madre, pues no tiene vinculación genética con el niño, lo cual se contradice con la práctica de concederé la patria potestad a aspirantes a padres que tampoco tienen vinculación genética*".

La Resolución del Parlamento Europeo, de 17 de diciembre de 2015, sobre el Informe anual sobre los derechos humanos y la democracia en el mundo (2014) y la política de la Unión Europea al respecto declara en su apartado 115 que la Unión Europea "*condena la práctica de la gestación por sustitución, que es contraria a la dignidad humana de la mujer, ya que su cuerpo y sus funciones reproductivas se utilizan como materia prima; estima que debe prohibirse esta práctica*".

A nivel nacional, el Código Penal español, en su artículo 221.1, es claro en la prohibición de la gestación subrogada: "*cualquier formalización de contrato de gestación subrogada en España, sea cual sea su forma, será nulo de pleno derecho y podrá derivar en responsabilidades legales, tanto civiles como penales*" para quienes intervengan o participen.

Sin embargo, la ley actual, a pesar de considerar ilegal la gestación subrogada, no contempla aquellas situaciones en las cuales ésta es realizada fuera del territorio nacional. De este modo, se genera un vacío legal a nivel internacional que deja a estos menores en situaciones de alegalidad. Por ello, aunque la gestación subrogada está legalmente prohibida en España, no es infrecuente el recurso a viajes transnacionales para el alquiler de úteros en países donde sí se encuentra permitido. La Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de adopción internacional, permite la adopción de infancia en el extranjero, incluso en los casos en los que el nacimiento se produzca por gestación subrogada. De este modo, los tribunales españoles aceptan como uno de los mecanismos menos problemáticos para resolver la situación a nivel jurídico permitiendo la adopción de los bebés gestados por subrogación en el extranjero, para que el menor no quede relegado en un limbo administrativo, bajo su interés superior, y sea admitido en España. Así, bajo el interés superior del menor, países como España terminan aceptando a bebés nacidos por subrogación como ciudadanos por medio de la adopción, perpetuando el funcionamiento de empresas de lucro por medio de la gestación subrogada internacional. Todo ello podría constituir, en definitiva, un problema de trata de personas[467].

El vacío legal frente a las subrogaciones internacionales es uno de los principales perpetuadores de situaciones de trata de bebés. Por este motivo, ya ha países como Italia, donde la gestación subrogada también es ilegal, donde se están realizando propuestas de ley para luchar contra la subcontratación internacional de esta práctica. La propuesta italiana, por ejemplo, incluye la penalización a las parejas italianas que viajen al extranjero en busca de vientres de alquiler por medio de multas económicas o incluso hasta dos años de cárcel[468].

4.2. Derechos humanos reconocidos en la etapa periconcepcional

El derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva contempla, también, sus derechos relativos a una atención sanitaria adecuada en la etapa periconcepcional.

[467] PARDO-MIRANDA, L., "La adopción ilegal y la gestación subrogada como finalidades del delito de trata de seres humanos", *Anales de Derecho*, 2023, vol. 40.
[468] Publicado en prensa. Euronews. *Italia busca penar la gestación subrogada tanto dentro del país como en el extranjero,* 20 de junio de 2023. Disponible en https://es.euronews.com/2023/06/20/italia-busca-penar-la-gestacion-subrogada-tanto-dentro-del-pais-como-en-el-extranjero. (Consultado el 13 de junio de 2023).

Las mujeres en etapa periconcepcional, con deseo gestacional o frustración del mismo, tienen, como todas las personas, derecho al disfrute del máximo nivel posible de salud y a la atención sanitaria en su salud, lo que incluye la atención a su salud mental.

Las mujeres, en su asistencia sanitaria relativa a su salud sexual y reproductiva, tienen derecho a la información de salud (con especial relevancia de la información preconcepcional), derecho a la autonomía y a la toma de decisiones de forma libre e informada.

Las mujeres tienen, también, derecho a la no violencia y al trato digno en su atención sanitaria en procesos de reproducción asistida, tanto para aquellas que son receptoras de gametos o embriones, en la búsqueda de ver cumplidos sus deseos reproductivos, como aquellas que donan sus óvulos.

El trato digno a las mujeres es incompatible con cualquier tipo de explotación o compraventa de las mujeres con finalidades reproductivas.

Asimismo, todas las mujeres tienen derecho a la intimidad y privacidad en su atención sanitaria en los procesos reproductivos.

Las técnicas de reproducción asistida deben atenerse a los principios bioéticos y derechos humanos reconocidos internacionalmente.

El empleo de técnicas de reproducción asistida no puede suponer, en ningún caso, el compromiso del bienestar de las generaciones futuras.

Las personas concebidas por reproducción asistida tienen, como todas las personas, derecho a la identidad, reconocido en la Convención de los derechos del Niño, en su artículo 8, que recoge que los Estados Partes se comprometerán a garantizar el derecho a preservar la identidad del menor (que incluye el nombre y las relaciones familiares de conformidad de la ley).

En ningún caso estará permitida la venta, compra o comercialización de bebés, constituyendo esto un delito de trata de personas, contraria a los derechos humanos.

Se exponen a continuación algunos supuestos clínicos que permiten identificar algunas aplicaciones deficientes en el reconocimiento y protección de algunos elementos del contenido de los derechos humanos aplicables a la etapa periconcepcional.

4.2.1 Desinformación en la etapa preconcepcional

Mujer de 36 años que acude a la consulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil derivada desde Ginecología por mal estado afectivo en relación a esterilidad primaria.

La mujer relata sentimientos de intensa tristeza, refiere vivencias de defecto somático: "*es como si hubiera algo defectuoso en mi cuerpo, o en mí misma",* y rumiaciones ansiosas con alta carga de culpa. Explica que, previamente, ella nunca había presentado deseo maternal: "*No quería ser madre, no me preocupaba no tener hijos: bastante tenía con la carrera profesional, todo lo del trabajo, y sacarme el doctorado. En realidad, no me lo planteaba: pensaba que no me apetecía tener niños, pero en el fondo creía que, si en algún momento cambiaba de opinión, me quedaría embarazada sin problemas*". Cuenta que, con 34 años, formalizó su relación de pareja con un hombre con el que había iniciado un vínculo afectivo dos años atrás. "*De pronto, sentí el impulso, las ganas. No era una necesidad exactamente, pero sí me descubrí ilusionada con la idea de crear mi propia familia, de que criar un hijo entre los dos, que fuera de los dos*." Tras un año de búsqueda manteniendo relaciones sexuales sin protección, no consiguieron el embarazo, por lo que fueron derivados a una consulta específica de fertilidad. "*Ahí empezó el calvario: los exámenes, las pruebas… No encontraron nada. Nos dijeron que esto es una situación bastante frecuente, que hay muchas parejas infértiles y que nunca se llega a conocer la causa*". Expresa elevados sentimientos de culpa porque "*También me dijeron que yo ya no era joven, que en las mujeres la capacidad reproductiva desciende mucho a partir de los 35 años. Yo de eso no tenía ni idea, veía a todas mis amigas y compañeras de trabajo sin hijos, o teniéndolos a los 36, 37, 38 años y pensaba que, a día de hoy, eso era bastante sencillo*". Refiere: "*Ojalá alguien me lo hubiera dicho antes, de verdad: no sé si hubiera tomado otras decisiones, pero, por lo menos, habría sabido qué esperar. El palo ahora ha sido monumental, y me siento engañada*". Explica que le han ofrecido la posibilidad de iniciar tratamientos de reproducción asistida, refiere ambivalencia respecto a esta opción: "*No sé si quiero empezar ese camino, pero no me siento capaz de cerrarme a la posibilidad de ser madre*".

Se realiza acompañamiento terapéutico de esta paciente a lo largo de un año, durante el cual decide someterse a inseminación artificial, logrando un embarazo en el segundo intento, que consigue llevar a término sin otras incidencias.

El retraso de la edad materna es un hecho constatado en las sociedades industrializadas; especialmente, en relación a la población universitaria. En España, la edad materna es la segunda más avanzada de Europa (sólo por detrás de Italia) y la tasa de fertilidad (o número de hijos por mujer), es, también, la segunda más baja de Europa (solo por detrás de Chipre). A esta situación de descenso imparable de la natalidad se le ha venido a denominar "invierno demográfico"[469]. Se podría considerar entonces que las mujeres españolas no desean ser madres. Sin embargo, esto no coincide con los resultados de algunas de las encuestas del INE, ya mencionadas previamente, según las cuales ¾ partes de las mujeres españolas desean tener al menos dos hijos (2018)[470]. Y según un estudio de la Universidad de Barcelona, más de la mitad de las mujeres españolas de 40 a 49 años que no han tenido hijos se arrepienten de no haberlos tenido[471]. Por lo tanto, el retraso de la maternidad, la disminución del número de hijos o la ausencia de acceso a la misma no parecen deberse, al menos únicamente, a los deseos de las mujeres, sino a decisiones posiblemente condicionadas por las condiciones laborales, materiales y personales de las mujeres españolas. Y, para que las mujeres puedan tomar esta decisión de manera realmente autónoma, resulta imprescindible garantizar su derecho a la información sobre fertilidad, tema incluido en la salud reproductiva.

Se entiende por atención preconcepcional al cuidado continuo de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva para que, cuando decidan quedarse embarazadas, se encuentren en el mejor estado de salud posible[472]. La consulta preconcepcional, propuesta por la OMS, que estaría al cargo de Enfermería en los centros de salud comunitarios, aparece recogida en la "*Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio"* del Ministerio de Sanidad español[473]. Sin embargo, los contenidos sugeridos para dicha consulta en la guía son todos para "*las mujeres que planifican un embarazo*", sin

[469]Defensor del Pueblo, *La situación Demográfica en España, efectos y consecuencias, 2019*. Madrid; 2019. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es (Consultado el 26 de septiembre de 2023).
[470] INE, *Encuesta de Fecundidad del Instituto Nacional de Estadística (INE), 2018*. Disponible en: https://www.ine.es/proyectos/proyecto_ef.pdf (Consultado el 13 de febrero de 2023).
[471] ESTEVE, A., TREVIÑO, R., "Los grandes porqués de la (in)fecundidad en España", *Revista Perspectives Demografiques*, 2019, Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona (CDE-UAB).
[472] POSNER, SF., JOHNSONS, K., PARKER, C., ATRASH, H., BIERMANN, J., "The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations", *Maternal and Child Health Journal*, 2006, vol. 10, nº 5, pp. 197-205.
[473] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.* Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.

contemplar por tanto contenidos informativos destinados a mujeres que no estén contemplando en el momento presente dicha gestación. De este modo, al no incluir a las mujeres que no se están planteando una maternidad inminente, la información de salud reproductiva sobre la evolución de la fertilidad y los riesgos asociados a la edad no se ofrece si no es la mujer quien lo pide[474]. Esta falta de información podría tener importantes repercusiones en la capacidad de decisión de las mujeres en materia reproductiva. Se ha sugerido la hipótesis de que las mujeres tienden a sobreestimar su capacidad fértil, situación que podría contribuir en algunas decisiones de posponer la búsqueda de un embarazo[475].

Hasta el momento, se han tendido a orientar los derechos reproductivos hacia la prevención de embarazos no deseados, y, sin embargo, en el momento histórico y social actual, en países como España, algunas de las dificultades a las que se enfrentan las mujeres es, precisamente, el deseo de un embarazo que no se consigue. Este caso refleja la ausencia de una adecuada información en salud reproductiva, pues no se ofreció a la paciente toda la información acerca de la evolución de la fertilidad y las tasas de no consecución de embarazo buscado por edades, para que pudiera realizar su proceso de toma de decisiones. El derecho a la información en salud reproductiva incluye también el conocimiento sobre el descenso de la fertilidad de las mujeres asociado a la edad, así como los riesgos médicos asociados a maternidades tardías, debiendo destinar a ellos los mismos esfuerzos formativos que se realiza en temas tales como la anticoncepción o los hábitos de vida saludables preconcepcionales.

4.2.2 ¿Reproducción asistida sin límites?: los vacíos legales en reproducción humana asistida

Mujer de 55 años de edad, procedente de otra Comunidad Autónoma, que acude a parir a un hospital del Servicio Nacional de Salud, escogido libremente. Embarazo concebido por Reproducción Asistida (transferencia embrionaria mediante doble

[474] SÁNCHEZ RUIZ, JC., GONZÁLEZ LÓPEZ, E., APARICIO TIJERAS, C., EZQUERRA GADEA, J., "Consulta preconcepcional en Atención Primaria", *Revista Española de Medicina de Familia*, 2005, vol. 31, nº 9, pp. 413-417.

[475] SORIANO-ORTEGA, KP., CARBALLO-MONDRAGÓN, E., ROQUE-SÁNCHEZ, AM., DURÁN-MONTERROSAS, L., KABLY-AMBE, A., "Percepción de la fertilidad en mujeres en edad reproductiva, según su edad*", Ginecología y obstetricia de México*, 2017, vol. 85, nº 6, pp. 364-373 Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000600364&lng=es&tlng=es (Consultado el 11 de septiembre de 2023).

donación de gametos) en una clínica privada, asentada en una tercera Comunidad Autónoma. El parto se desencadena de manera espontánea en la semana 37, siendo necesario concluirlo con cesárea urgente debido a las altas tensiones maternas registradas durante el trabajo de parto, con datos de riesgo de pérdida de bienestar fetal. Se produce el nacimiento de un varón sano, con 2.200 gramos de peso. La madre decide iniciar lactancia artificial.

Debido a la ausencia de un acceso unificado a las historias clínicas, el acceso a los antecedentes personales de la madre se ve dificultado en las primeras horas. Finalmente, es la pareja de la madre quien aporta informes clínicos de la misma, donde se recoge que la paciente ha realizado seguimiento en la red de salud mental de su Comunidad Autónoma desde los 30 años de edad, con diagnóstico clínico de trastorno delirante de tipo somático, por el cual había mantenido la certeza de haber estado embarazada durante años, en probable relación con un mioma uterino gigante que presentaba y que, finalmente, le fue extirpado a los 47 años de edad. A partir de ese momento, la temática de su discurso cambió, relatando a su psiquiatra de referencia su deseo de volver a sentirse embarazada. Dada la imposibilidad de acceder a tratamientos de reproducción asistida por el circuito público de salud, inició un recorrido a lo largo de diversas clínicas privadas, hasta dar con una que aceptó realizar la transferencia embrionaria, sin tomar en consideración la elevada edad de la mujer en aquel momento (54 años), ni su estado mental. Ha recibido seguimiento obstétrico durante los dos primeros trimestres en su Comunidad Autónoma de residencia habitual, y en el tercer trimestre, en la Comunidad Autónoma de Madrid, donde ha dado a luz. En ningún momento durante el embarazo ha recibido atención especializada en el ámbito de la salud mental (exceptuando una cita con su psiquiatra de referencia tras confirmar su embarazo, donde se retiró todo el tratamiento farmacológico sin haber realizado, en apariencia, una valoración de riesgo/beneficio). No se ha realizado ninguna intervención psicosocial ni se ha ofrecido tratamiento psicoterapéutico. No se ha hecho ninguna valoración acerca de la salud mental perinatal que aparezca recogida en ningún informe clínico, ni se ha propuesto derivación a ningún servicio especializado, según refiere la propia paciente al ser preguntada, situación que confirma su pareja. Ella reconoce que le hubiera gustado "*poder hablar con alguien*" de cómo estaba llevando su embarazo. Refiere que "*no fue más a su psiquiatra por miedo de que éste avisara a Servicios Sociales y pudieran quitarle de nuevo a su hijo*", pero

explica también que ninguno de los profesionales que la atendieron le ofreció ningún tipo de apoyo. "*Una de las ginecólogas me llegó a decir que cómo esperaba tener un embarazo bueno, con mi edad y mis antecedentes, sin darme más opciones que aguantarme*".

Se realiza notificación a la trabajadora social para coordinar el caso con Servicios Sociales y garantizar la protección del menor, descubriéndose en ese momento que, además, la mujer tenía un hijo previo que acababa de cumplir la mayoría de edad y cuya tutela le había sido retirada cuando tenía cinco años, por negligencias graves en el cuidado.

El caso previamente expuesto pone de manifiesto algunas de las deficiencias de la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre Técnicas de Reproducción Asistida que actualmente está vigente en España y regula los procesos de reproducción asistida en territorio nacional. Se observan deficiencias relativas a la ausencia de un límite de edad clínicamente adecuada para el acceso a dichas técnicas o tratamiento, y se explicitan las dificultades que la mentada ley supone en relación a la capacidad y la toma de decisiones. La ley recoge claramente los casos de discapacidad reconocida legalmente. Propone que, en el caso de dudas respecto de la capacidad de la mujer, sea el equipo médico quien tome la decisión en comunicación con la misma. El principal obstáculo práctico de este principio es, precisamente, la gestión privada de la mayor parte de las técnicas reproductivas más controvertidas a nivel ético (como son la ovodonación y la donación de embriones). Mientras en el Sistema Nacional de Salud los profesionales no reciben un rédito económico directo de sus intervenciones, el peso de la retribución económica que supone cada uno de estos tratamientos en la clínica privada puede interferir en la toma decisiones de los profesionales y distorsionarla.

En el caso expuesto, tras conocer la imposibilidad de acceder a un proceso de reproducción asistida por el Sistema Nacional de Salud, la mujer consultó a varias clínicas privadas hasta dar con una que accedió a tratarla, pese a haber sobrepasado la edad clínicamente recomendable para llevar adelante una gestación y sin que, a la vista de los resultados, los profesionales que llevaron a cabo la transferencia embrionaria tuvieran en cuenta la naturaleza de las motivaciones concretas de esta mujer para buscar un embarazo, sin evaluar adecuadamente su competencia para tomar dicha decisión, a tenor de su

patología mental, y sin tomar en cuenta los antecedentes de retirada de tutela respecto de su anterior hijo.

De este modo, en el presente supuesto, se ha vulnerado el principio de "*protección a las generaciones futuras*" que recoge la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, puesto que, en la aplicación de nuevas técnicas biomédicas (en este caso, reproducción asistida mediante transferencia embrionaria), no se ha considerado la básica protección del menor concebido por medio de las mismas, ni su interés superior.

Pero también respecto a la mujer que ha sido madre se observa una flagrante desatención en su salud, puesto que no ha recibido una adecuada atención a su problema de salud mental a lo largo de su proceso de reproducción asistida ni, una vez conseguido el embarazo, se ha adoptado, desde los servicios de salud materno-infantil, ninguna medida para procurar por su atención a la salud mental perinatal. Independientemente de los componentes ético-legales que, en este caso, se asocian a la aplicación de técnicas de reproducción asistida a una mujer de edad muy avanzada desde la perspectiva de la fertilidad de la mujer, con un trastorno mental específicamente focalizado en la temática de reproducción, y con un antecedente de un menor desprotegido, de quien se retiró la tutela, no hallamos ante una mujer con problemas de salud mental que ha atravesado por un embarazo y un parto sin recibir una atención especializada en salud mental. La existencia de un trastorno mental previo es siempre una situación de mayor vulnerabilidad para la salud de la madre y, sobre todo, del bebé, con posibles implicaciones a largo plazo. Esta necesidad debe ser identificada y tratada de manera individualizada, prestando apoyo psicosocial y, en este caso, psicoterapéutico y probablemente farmacológico a la mujer, siempre con su consentimiento. La ausencia de esta integración de la salud mental en la atención perinatal a esta mujer no sigue las recomendaciones de la OMS, recogidas en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*". La mujer reconoce que necesitaba apoyo especializado, explicita su miedo acudir a su psiquiatra por si eso suponía una retirada de su bebé al nacimiento, pero al transmitir su malestar en el embarazo recibió un trato inadecuado, en el cual ella sintió que le transmitieron que aquel malestar era culpa suya, sin ofrecer ningún apoyo o intervención. Esta práctica médica no sólo no identifica e interviene adecuadamente sobre

un problema de salud mental perinatal, sino que es, en sí misma, dañina, con potencial iatrogénico sobre la salud mental de una mujer embarazada.

Además, en este caso, la falta de atención a la salud mental supone una vulneración de los derechos relativos a la atención en salud de las mujeres, reconocidos en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 12 apartado 2 (que reconoce la obligación de los Estados Partes de garantizar a la mujer servicios de salud apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, y que en este caso implica, de forma ineludible, los servicios de salud mental). El derecho a la salud de ese bebé, reconocido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, también implica la obligación de proveer de servicios de salud adecuados a su madre en las etapas pre y postnatal.

El desarrollo imparable de las técnicas de reproducción asistida, y el previsible aumento de situaciones éticamente complejas, hacen recomendable reevaluar los vacíos legales actualmente existentes, para acomodar el Derecho a los nuevos escenarios, de modo que se garanticen los derechos y la necesaria protección de las criaturas concebidas por estas técnicas.

Del mismo modo, es obligado tener en cuenta la atención a la salud mental de las mujeres que recurran a procesos de reproducción asistida y que lo precisen, independientemente de la complejidad de los escenarios en los cuales estos procesos reproductivos han podido tener lugar.

4.2.3 Madre por ovodonación: El necesario acompañamiento en salud mental perinatal

Mujer de 42 años de edad que es derivada a consulta de salud mental perinatal por mal estado afectivo y vivencias de rechazo hacia su bebé, de dos semanas de edad. La bebé fue concebida por ovodonación, después cuatro años de búsqueda de embarazo mediante tratamientos de reproducción asistida, realizándose al inicio fecundación in vitro del óvulo de la madre y, tras fracaso en tres ciclos (el tercero de ellos con implantación embrionaria, pero posterior interrupción voluntaria del embarazo en la semana 14, tras realizarse diagnóstico gestacional de trisomía del cromosoma 21), se propuso ovodonación, que la madre aceptó.

La gestación transcurrió sin incidencias, al margen de una sospecha ecográfica de paladar hendido en control ecográfico de la semana 20, que se descartó con la realización de una Resonancia Magnética Nuclear (RMN). La mujer cuenta que fue una etapa "emocionalmente muy difícil", pero que nadie desde el sistema de salud le preguntó al respecto ni le ofreció apoyo. El parto fue a término en la semana 38, espontáneo y vaginal, con un peso de la recién nacida de 2.000 gramos. Se advierten dificultades para el enganche de la lactancia en el periodo inmediatamente postnatal; tras exploración física por parte de Pediatría, se objetiva la existencia de retrognatia mandibular (rasgo dismórfico facial consistente en una mandíbula inferior desplazada posteriormente). Tras mantener observación en Cuidados Intermedios de Neonatología durante cuatro días, descartándose asociación con otras malformaciones, y garantizando la alimentación adecuada del bebé (con alternancia de lactancia materna al pecho con biberones de leche materna, siguiendo los deseos de la madre), se procede al alta al domicilio, si bien Pediatría cursa la derivación a Psiquiatría al advertir dificultades en la relación de la madre con la bebé.

En la consulta, la madre verbaliza malestar afectivo intenso en relación con vivencias de rechazo de su bebé, así como culpa por estar experimentando dicho rechazo. Expresa sentirse "engañada" en cuanto a la donación de óvulos ("*se suponía que eso evitaría que mi hija naciera con problemas*", explica), y señala ausencia de identificación con su bebé ("*no la siento como una hija mía, no encuentro en ella nada que sea mío*"). Verbaliza, asimismo, miedo a que la retrognatia de la menor se asocie a otras dificultades a lo largo del desarrollo, refiriendo: "*No puedo evitar pensar que todo lo malo que le pasa a mi hija es una herencia de su madre genética*".

Durante el seguimiento en la consulta de psiquiatría perinatal, se trabaja en la vinculación madre-bebé, validando sus experiencias emocionales negativas y favoreciendo las interacciones positivas madre-hija. Se anima a la madre a traer a su bebé a la consulta y a tenerla en brazos, se señala positivamente la regulación emocional que realiza la madre cada vez que la niña llora o se queja, así como los esfuerzos que realiza para mantener la lactancia materna, hasta lograr su alimentación exclusiva al pecho, pese a las dificultades iniciales de la bebé para engancharse. En la despedida del proceso terapéutico, la madre refiere sentirse más tranquila, con experiencias de reconocimiento de la bebé como su hija y disfrute en muchas de sus interacciones, refiriendo, no obstante:

"*Deberían avisarnos de que ser madre de un hijo (concebido) por ovodonación se puede parecer a ser madre por adopción: aunque lo lleves en tu útero, lo paras y le des el pecho, la existencia de otra madre genética está ahí, y hace que lo vivas de forma diferente… Sigues siendo su madre, pero la experiencia de la maternidad puede ser diferente."*

Más allá de las cuestiones éticas y legales relativas a la donación de óvulos, nos encontramos, de nuevo, con una importante carencia en materia de información a las mujeres que se plantean ser madres por esta vía, que compromete el derecho a la autonomía y la libertad de las mujeres en su toma de decisiones relativa al consentimiento necesariamente informado ante esta técnica de reproducción asistida.

La llegada a la maternidad por medio de la ovodonación no es un camino sencillo, pues las indicaciones de la misma son las derivadas de la incapacidad de la mujer que desea ser madre para producir ovocitos viables (debido a un fallo ovárico que puede ser secundario a una edad avanzada, o a algunas condiciones médicas; pero, en la mayoría de los casos, dicha conclusión se alcanza después de sucesivos intentos fallidos de fecundación con óvulos propios), o por la presencia de enfermedades genéticas de transmisión materna (como son las enfermedades mitocondriales)[476]. En cualquier caso, es frecuente que las mujeres que recurran a la ovodonación lo hagan después de largos e infructuosos procesos de búsqueda de la gestación, a veces con pérdidas gestacionales previas, y tengan por tanto una elevada carga de eventos traumáticos en el ámbito reproductivo[477]. Se suma, además, la renuncia a tener una descendencia genética, situación muy dolorosa que se ha reconocido como un auténtico duelo, el duelo genético, que, como todos los procesos de duelo, debe ser elaborado[478]. Por ello, resulta necesario explicitar con las mujeres que se plantean la ovodonación los retos que pueden encontrarse en esa maternidad, que en ocasiones pueden incluso asemejarse a los de la adopción[479], tal y como la mujer protagonista de este caso expresó de manera espontánea.

---

[476] BENSHUSHAN, A., SCHENKER, JG., "Ovum donation--an overview", *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1993, vol. 10, nº 2, pp. 105-111.

[477] Como se citó ya previamente del artículo de PARICIO DEL CASTILLO, R., "Salud Mental Perinatal y Reproducción Asistida por Ovodonación: un análisis de la situación actual en España" *Revista Iberoamericana De Fertilidad Y Reproducción Humana*, 2022, vol. 39, nº 3.

[478] MORENO, A., et al., "Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica. en Reproducción asistida, En: *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 2009. Disponible en http://nuevo.sefertilidad.com/grupos/ siteAdmin/modules/publicaciones/uploads/0-guias%20.pdfNuffield

[479] PAGE, E., "Donation, surrogacy and adoption", *Journal of Applied Philosophy*, 1985, vol. 2, pp. 161-171.

De nuevo, una información preconcepcional clara, honesta y basada en las evidencias científicas, con adecuada mención a los riesgos y los beneficios, que no empuje en la dirección de una decisión determinada, resulta imprescindible para un consentimiento informado que realmente garantice a las mujeres su derecho de autonomía.

Por otro lado, resulta indispensable garantizar un apoyo psicológico especializado a aquellas mujeres que deciden ser madres por medio de la ovodonación, debido a la complejidad emocional, y también física, que asocia esta técnica de reproducción asistida[480]. No ofrecer este apoyo supone un menoscabo del derecho a la salud de las mujeres que optan por recurrir a esta técnica, al obviar el impacto negativo y las secuelas psicológicas que pueden asociar estos tratamientos, y que necesitan un diagnóstico y un tratamiento especializados. Además, la mujer de este caso cuenta una situación emocionalmente difícil durante la gestación, relativa a una sospecha de paladar hendido en el feto, que ninguno de los profesionales que la atendieron durante el seguimiento de la gestación detectó ni evaluó, y para la cual no recibió atención. Esto es contrario a las recomendaciones de la OMS, recogidas en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*".

Nuevamente, se detectan deficiencias en la atención a la salud materno-infantil, puesto que la salud mental perinatal es una parte esencial de la misma. Por tanto, se entiende nuevamente que se está vulnerando el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en su epígrafe 2, acerca de la obligación de los Estados Partes de garantizar servicios de salud adecuados a las mujeres en su derecho a la salud reproductiva, en su embarazo, parto y etapa postnatal, y el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, sobre su derecho al máximo nivel de salud que sea posible, que debe ser garantizado, entre otras medidas, mediante una adecuada prestación en salud a las mujeres en las etapas pre y postnatal.

En definitiva, los derechos vulnerados en el presente caso son los relativos al enfoque de derechos humanos en salud; fundamentalmente, el derecho a la información sanitaria (cuya ausencia compromete el derecho a la autonomía y libertad en la toma de

[480] JAFARI, H., TAGHIPOUR, A., EBRAHIMIPOUR, H., LATIFNEJAD ROUDSARI, R., "Women's needs in their journey towards motherhood via oocyte donation: A mixed methods systematic review", *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 2023, vol. 21, nº 6, pp. 451-462.

decisiones). Además, no se siguen las recomendaciones de la OMS acerca de la consulta preconcepcional, ni las directrices recogidas en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de atención a la salud materno-infantil*". Tampoco se ha atendido adecuadamente la salud mental perinatal materna hasta una etapa postnatal, desatendiendo las recomendaciones de la OMS y vulnerando el artículo 12 de la Convención de la CEDAW y el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño.

4.3.4 "*Tú no eres mi madre*": Derecho a la identidad

Adolescente mujer de 12 años de edad que ingresa en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve de Adolescentes por ideación autolítica activa. La menor refiere ideación suicida de meses de evolución, actualmente estructurada y con elevado riesgo de paso al acto, en contexto de ánimo depresivo. En la exploración en la atención durante el ingreso, la menor verbaliza acoso escolar mantenido durante años por parte de un grupo de compañeros de clase, con agresiones verbales y físicas recurrentes, e insultos reiterados por sus rasgos fenotípicos (rasgos de etnia indígena). Expresa, asimismo, muy mala relación con sus padres, especialmente con su madre, en la cual refiere que "*no confía*", porque siente que las cosas que le cuenta "*nunca son verdad, es como si tuviera una vida oculta de la que no quisiera que me enterara*".

Los padres son naturales de un pueblo de Castilla y León, de ascendencia española. La menor insiste en que les ha preguntado en numerosas ocasiones si ella es "*su hija de verdad, o es adoptada*", dadas las diferencias fenotípicas que presenta respecto de sus padres en la coloración de su piel y sus rasgos físicos. Ellos siempre le han asegurado que son sus padres biológicos: "*cada vez que se lo pregunto, mi madre me enseña las fotos de su embarazo, su parto y las que tomaron en el hospital cuando yo nací, pero es que yo no me lo creo*". En entrevista con los padres, se explora con ellos esta circunstancia, y ellos relatan que la concepción de su hija se produjo por donación de gametos; explican que nunca le han relatado a su hija la naturaleza de su concepción por miedo a dañarla, o a que los rechazara como padres. Cuentan que, desde la clínica privada a la que acudieron, les aseguraron que seleccionaban a los donantes según sus rasgos fenotípicos, para que los hijos concebidos por este método fueran físicamente parecidos a sus padres. "*No sabemos qué pudo fallar*".

Durante el ingreso, se realiza entrevista conjunta con los padres y la menor, donde se hace revelación del secreto, con muy mala aceptación por parte de la menor, que asegura sentirse "*traicionada*" por sus padres, y reacciona con rechazo hacia su madre, refiriendo: "*tú no eres mi madre, no sólo porque no tengo tus genes, sino porque una madre no miente a su hija una y otra vez, tratándola como si fuera tonta*". La evolución de esta menor está siendo tórpida y dificultosa, debido a la gravedad de su psicopatología, con ideación autolítica refractaria, y al grave deterioro de las relaciones intrafamiliares, sin que, a día de hoy, haya sido posible restaurar el vínculo gravemente dañado entre la madre y su hija.

Uno de los temas más controvertidos en relación con la donación de gametos es el de los derechos de las personas así concebidas, por lo que supone la ocultación de sus orígenes. La legislación internacional está tendiendo a abolir el anonimato de los donantes de gametos, entendiendo que el derecho de las personas a la identidad y a conocer sus orígenes biológicos está por encima del derecho al anonimato de los donantes.

Es el caso del Consejo de Europa, en concreto de su Asamblea Parlamentaria, que con la Recomendación 2156/2019[481], se hace eco del movimiento a favor del reconocimiento del derecho a conocer el origen biológico. Así, esta recomendación promueve la anulación del anonimato para las futuras donaciones de gametos y prohíbe el uso de gametos donados de forma anónima, debiendo revelarse la identidad del donante al hijo cuando alcance la mayoría de edad. Por supuesto, se reconoce, también, el derecho de la persona derecho a no conocer, si así lo desea, la identidad de su donante. Tras examinarla y trasmitirla a distintos Comités[482] para información y posibles comentarios, el Comité de Ministros del Consejo de Europa reconoció la importancia del tema, así como sus dificultades, y les alentó a la considerar, en sus actividades futuras, la viabilidad y conveniencia de preparar un proyecto de Recomendación u otro instrumento no vinculante para ayudar a los Estados miembros a proteger el derecho de las personas

[481] Consejo de Europa, Asamblea parlamentaria, Recommendación 2156, *Anonymous donation of sperm and oocytes: balancing the rights of parents, donors and children*; 2019. Disponible en: *https://pace.coe.int/pdf/b51082401b5728bcd4700d347e6a9e1e8cbb3865b2be482126cc6dc070712f66/rec.%202156.pdf*, (Consultado el 14 de octubre de 2023).

[482] Comité de Bioética (DH-BIO), al Comité *ad hoc* de los Derechos del Niño (CAHENF), Comité Europeo de Trasplantes (CD-P-TO), Comité Europeo de Derechos Humanos (CEDH), Comité Europeo de Cooperación Jurídica (CDCJ).

concebidas por donantes a conocer sus orígenes, garantizando al mismo tiempo un equilibrio con los intereses y derechos de otras partes implicadas en la donación de esperma y ovocitos, y de los intereses de la sociedad y las obligaciones del Estado[483].

En España, existe un debate soterrado dentro de los poderes públicos respecto de la donación de gametos y sus implicaciones, si bien dicho debate no tiene prácticamente eco a nivel social. El Comité de Bioética de España, en la línea de otros países europeos y en base al interés superior del menor, propone una reforma de la ley española que elimine el actual anonimato en la donación de gametos[484]. Señala que este cambio legal ha de ir acompañado de un verdadero cambio cultural en el ámbito de la reproducción humana asistida y de las relaciones entre los padres, los hijos nacidos de las TRA y los progenitores, entendiendo la importancia que la información (honesta y veraz, respetando los límites de la autonomía) tiene para las tres partes implicadas.

Del otro lado, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) defiende que la abolición del anonimato reduciría las donaciones de ovocitos e impediría a muchas mujeres cumplir su deseo de maternidad, como ya sucedió en Reino Unido, donde las listas de espera se han disparado una vez que se anuló el anonimato, a pesar de las generosas retribuciones económicas[485]. Además de considerar que la abolición del anonimato reduciría las donaciones, perjudicando la atención en España, la SEF señala que hay riesgo de que el rol parental se vea amenazado por la figura de un donante y ello puede conllevar consecuencias negativas en la familia, influyendo en el desarrollo adecuado del apego y de la identidad.

---

[483] Comité de Ministros, Consejo de Europa, *Reply to Recommendation:2156 (2019*), Doc. 149952019. *Anonymous donation of sperm and oocytes: balancing the rights of parents, donors and children*. Disponible en: https://pace.coe.int/pdf/a1b29a06632a0d2f52ecb035e0209db36a6dd0b567d6055cb1de31bca2033b71/doc.%2014995.pdf. (Consultado el 14 de octubre de 2023).

[484] Comité de Bioética de España*, Informe del Comité de Bioética de España sobre el derecho de los hijos nacidos de las técnicas de reproducción humana asistida a conocer sus orígenes biológicos,* 2020. Disponible en: http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20del%20CBE%20sobre%20el%20derecho%20de%20los%20hijos%20nacidos%20de%20las%20TRHA.pdf. (Consultado el 15 de agosto de 2022).

[485] MUÑOZ, M., ABELLÁN-GARCÍA, F., CUEVAS, I., DE LA FUENTE, A., IBORRA, D., MATARÓ, D., NÚÑEZ, R., ROCA, M., *Documento sobre posicionamiento de la Sociedad Española de Fertilidad respecto de la regla del anonimato en las donaciones de* gametos, Fase 20 Ediciones, 2019.

El cambio cultural al que se refiere el Comité de Bioética de España y la amenaza al rol parental por la figura del donante que señala la SEF apuntan a la reticencia constatada de muchas familias a revelar su origen a sus hijos concebidos por donación. Esta reticencia tiene múltiples factores que actúan en consonancia, como son: secreto y el tabú social que aún existe frente a maternidades no tradicionales, el miedo de los padres a la reacción emocional del hijo al ser conocedor de sus orígenes, y el miedo a que pueda generar algún tipo de relación con su madre genética[486].

El presente caso, además de poner de manifiesto estas cuestiones muestra la vulneración del derecho de la menor a la identidad y a recibir información relativa a sus orígenes, con importante menoscabo de su salud mental. Se observa un conflicto en la presente legislación española entre el reconocimiento de este derecho humano, y el respeto a la confidencialidad del donante, amparada por el derecho a la autonomía, de modo que en el ordenamiento nacional vigente se muestra superior el segundo al primero.

En este sentido, cabe mencionar que la Convención de los derechos del Niño recoge, en su artículo 8, que se debe respetar el derecho del niño "*a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas*"; añadiendo en el segundo epígrafe que, "*cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad*"[487]. Entendiendo que la ascendencia genética supone "*un elemento*" de la propia identidad, parece indudable que privar al descendiente de la posibilidad de tener información acerca de la misma supone una vulneración del derecho reconocido a la identidad. Aunque es cierto que el epígrafe señala específicamente "*las relaciones familiares de conformidad con la ley*", y los donantes, a nivel legal, no presentan relaciones familiares, también lo es que, en el momento de la Convención de los derechos del Niño, no estaba presente el actual escenario de expansión de técnicas de reproducción asistida, así como que la ascendencia genética puede tener un importante significado emocional para la persona, además de relevancia en su salud

[486] HAMMOND, K., "The role of normative ideologies of motherhood in intended mothers' experiences of egg donation in Canada", *Anthropology & Medicine,* 2018, vol. 25, nº 3, pp. 265-279.
[487] Convención de los derechos del Niño.

genética e, incluso, en sus decisiones de maternidad o paternidad con otras personas, debido al riesgo, bajo pero existente, de coincidir con hermanos o hermanas genéticas.

4.3.5 Un error con importantes consecuencias: La necesidad de protocolos seguros en la reproducción humana asistida

Pareja heterosexual que se somete a estudio de infertilidad en la red pública de salud, constatándose baja calidad seminal del hombre, por lo que se ofrece tratamiento de inseminación artificial con el semen del propio hombre. Se consigue gestación, que llega a término sin incidencias, alumbrando un niño.

Dos años después, durante una reunión de amigos, donde se realizan comentarios sobre el escaso parecido físico entre el niño y su padre, un conocido les pide ver la cartilla de nacimiento, alertando entonces a los padres de que el grupo sanguíneo del menor era incompatible con los suyos. Ante la duda sembrada, los padres recurrieron a pruebas genéticas de paternidad por la vía privada, confirmando que, efectivamente, no había una filiación biológica con el padre. En ese momento, ambos padres sufren una intensa conmoción emocional. La madre presenta sentimientos de enfado y tristeza, sintiéndose engañada al pensar que le habían podido inocular una muestra que no era la de su pareja, con quien "*soñaba tener un hijo*"; el padre, por su lado, siente que su sueño de serlo ha sido "*frustrado*", y expresa gran temor ante el impacto emocional que esta noticia podrá tener en el menor o en su propia relación con él.

El desarrollo y la expansión de nuevas técnicas de reproducción asistida generan, a su vez, nuevas situaciones de riesgo que requieren revisar y actualizar las medidas de seguridad en la atención a las parejas que se someten a reproducción asistida, con especial consideración a las repercusiones emocionales que pueden acarrear los fallos en la misma. Dadas las profundas implicaciones psicológicas; y, en definitiva, de salud, que un error de estas características puede suponer, resulta imprescindible crear protocolos adecuados de seguridad en materia de reproducción asistida, semejantes a los establecidos en los procesos hospitalarios de parto para garantizar la no confusión o intercambio de bebés.

En este caso, los padres han acudido al Defensor del Paciente por los "*graves daños*" que la no paternidad biológica hacia el hijo les puede ocasionar tanto a ellos como

a su hijo. Al temor frente al impacto en la relación afectiva entre el padre y el hijo, se une la incertidumbre respecto a la salud genética.

Parece tratarse de un supuesto de error en la práctica de TRA de práctica imposible reparación. Se observa, además, una actuación contraria a los principios del Convenio de Oviedo, y de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, sin respeto al consentimiento prestado con graves repercusiones. Pero, además, se pone de nuevo de relieve el conflicto frente al derecho a la identidad, comentado ya en el supuesto previo, por el cual el descendiente (y, de forma inesperada para ellos, sus padres legales) se queda sin posibilidad de conocer una parte de su identidad, la ascendencia genética, de forma que se puede entender como contraria al artículo 8 de la Convención de los derechos del Niño; en particular, su apartado 2. Probablemente, no de forma ilegal en el sentido de infracción penal, aunque sí al menos por una actuación sin la debida diligencia, lo cierto es que el menor se ve privado de algunos de los elementos de su identidad*, al desconocer su ascendencia genética*, con la relevancia que dicha información puede tener a nivel emocional, de significado personal, e, incluso, de salud genética.

Por ello, la consejera de Salud de la Comunidad Autónoma ha iniciado una investigación para determinar si ha habido un error, ya sea de protocolo o humano, para tomar todas las medidas oportunas que garanticen que no vuelvan a producirse nuevos casos[488].

4.3.6 Madre por subrogación y problemas de atención a la salud que pueden derivarse

Niño de 30 meses atendido en consulta de autismo infantil para valoración por retraso en el desarrollo del lenguaje y dificultades en la interacción social. En la recogida de la historia clínica con la madre, ésta refiere que el menor fue concebido por gestación subrogada en Ucrania. La madre refiere historia de búsqueda de gestación a partir de los 40 años de edad, con sometimiento a múltiples técnicas de reproducción asistida, habiendo logrado una gestación a los 47 años de edad, que finalizó prematuramente en la semana 22, con óbito fetal. Expresa que, dos años después, su pareja y ella decidieron

[488] Publicado en prensa. El Mundo. *Denuncian al Servicio Andaluz de Salud al descubrir que un bebé nacido por fecundación asistida no es hijo biológico del padre.* 21 de marzo de 2023. Disponible en: https://www.elmundo.es/andalucia/2023/03/21/641994dcfdddff515d8b4593.html. (Consultado el 29 de octubre de 2023).

recurrir a la gestación subrogada por medio de una agencia internacional. Explica que la concepción se produjo con semen del padre y óvulo donado, transfiriéndose el embrión a una gestante ucraniana, a la que se le indemnizó con 20.000 euros "*por los inconvenientes*", y con la cual mantuvieron, y aún mantienen, contacto por medio de redes sociales. La mujer estuvo presente el parto y realizó el primer contacto piel con piel del bebé, ingresando con el mismo en una habitación separada de la gestante una vez que se produjo el nacimiento, tomando la decisión de que no existiera ningún contacto íntimo entre ambos, ni se instaurara lactancia materna. Explica que permaneció en Ucrania con el bebé durante aproximadamente seis semanas, hasta que pudo formalizar su situación legal en España.

Refiere una historia del desarrollo psicomotor dentro de la normalidad, aunque con retraso en la adquisición del lenguaje expresivo (no ha comenzado a combinar palabras, si bien realiza nominaciones y tiene un vocabulario de unas 50 palabras). En la Escuela Infantil, advirtieron algunas dificultades para interactuar con pares, buscando la ayuda del adulto, y una gran tendencia al disregulación emocional, con baja tolerancia a la frustración, llegando a agredirse a él mismo y a terceros en estas situaciones con golpes, patadas y mordiscos. En la consulta, se aprecia una buena calidad de la interacción conjunta, con sonrisa recíproca, modulación de la mirada y atención conjunta, señala y pide objetos, también los muestra. Es llamativa la presencia de estereotipias motoras (aleteos y saltos ante excitación) y un tic oral mantenido. Si bien no cumple criterios para diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, sí se observa un ligero retraso en el desarrollo del lenguaje, y la presencia de estereotipias motoras.

En la consulta, la madre expresa preocupación intensa respecto al futuro de su hijo. Refiere "t*engo que controlarlo ahora, antes de que cumpla diez años y me pueda dar una paliza*". Sin embargo, reconoce muchas dificultades para poner límites a su hijo o hacer valer las normas: "*No le corto las uñas porque se angustia, y bastante angustia ha pasado ya el pobre*". Al explorar a qué se refiere, la madre se muestra reticente, pero explica: "*Yo he leído mucho de la gestación subrogada y sé que eso aquí no se tolera, yo tampoco hubiera podido hacerlo, pero allí en Ucrania es algo muy normalizado… No me preocupa la gestante, ella está bien y yo le he dado dinero para la situación de guerra, pero sé que para los bebés la primera separación puede ser muy dura. Aunque yo noté al mío muy tranquilo en ese momento. No sé qué pensar*." En consultas sucesivas, se pone

de manifiesto la elevada inseguridad de la madre en la relación con su hijo. "*No sé si esto que le pasa le viene de la gestante o de mí. Todos me decís que lo que le pasa a mi hijo no es autismo, pero entonces, ¿qué es? ¿Es por mi culpa, o es porque el niño tiene algún defecto cerebral? Yo creo que la gestante no se cuidó bien en el embarazo. ¿Voy a tener un hijo dependiente, o es sólo que me manipula para salirse con la suya? Porque si no hago lo que él quiere, se pone fatal, me pega, y yo no quiero verlo sufrir, así que cedo, pero pienso en cuando crezca y creo que no voy a ser capaz de manejarlo*".

En la consulta, se aprecia cómo, ante las dificultades del hijo, surgen en la madre las dudas respecto al impacto que ha podido tener sobre él la separación al nacimiento de la mujer que le gestó; e, incluso, de las condiciones en que fue gestado. Esto condiciona que la madre intente compensar este posible sufrimiento cediendo ante todas sus demandas, incluso cuando se relacionan con su propio cuidado (como es cortarle las uñas). Sin embargo, esta falta de límites y de regulación externa parece estar condicionando un empeoramiento conductual del menor, que, a su vez, alimenta las fantasías catastrofistas de la madre respecto al futuro de su hijo, y la hacen sentirse más insegura en su rol de madre.

La Convención de los derechos del Niño, en su artículo 35, recoge la obligación de los Estados Partes de impedir la venta o trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma. En este caso, la mujer que gestó al niño recibió una retribución económica de 20.000 euros, por medio de un intercambio contractual que puede contemplarse como de compra del mismo, defendiéndose incluso como un posible supuesto de trata de personas, por la cosificación y explotación a la que se pueden ver sometidas las mujeres[489].

[489] Publicado en prensa, Diario Público, *La Fiscalía investiga como trata de personas un caso de vientre de alquiler de una migrante sin recursos en Córdoba*". 10 de octubre de 2023. Disponible en: https://www.publico.es/mujer/fiscalia-investiga-trata-personas-vientre-alquiler-migrante-recursos-cordoba.html (Consultado el 20 de octubre de 2023). LARA AGUADO, A., "*Trata de menores, maternidad subrogada y adopciones ilegales*", en V Congreso Jurídico Internacional sobre formas contemporáneas de esclavitud, Veinte años después del Protocolo de Palermo, Coordinador Julio Alberto Rodríguez Vásquez Lima, noviembre de 2022, OIT. ALBERT MÁRQUEZ, M.M., "La explotación reproductiva de mujeres y el mito de la subrogación altruista: una mirada global al fenómeno de la gestación por sustitución*", Cuadernos de Bioética* XXVIII 2017/2ª, p. 179; GERMÁN ZURRIARÁIN, R., "La maternidad subrogada: ¿«solidaridad» o «explotación»?", *Medicina y Ética*, 2019, vol. 30, nº 4, pp. 1239-1240; NUÑO GÓMEZ, L., "Una nueva cláusula del Contrato Sexual: vientres de alquiler", *Revista de filosofía moral y política*, 2016, nº 55, pp. 686-687.

Más allá de las cuestiones éticas respecto al alquiler de úteros, y las repercusiones en salud que se pueden producir a raíz de una drástica separación madre-bebé (que se analizarán posteriormente), en este caso se observa, también, la falta de seguimiento sanitario y apoyo al proceso de vinculación emocional de las figuras de cuidado con un hijo concebido por gestación subrogada. Los problemas en la vinculación madre-bebé son uno de los supuestos de necesidades especiales de atención en salud mental perinatal recogidos en la "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*" de la OMS, cuyas recomendaciones, en este caso, no se han seguido en la etapa estrictamente perinatal según la OMS (el primer año postparto), quedando relegada su derivación a servicios especializados hasta los dos años y medio de vida del menor. Esta situación ha comprometido el derecho del menor al disfrute del máximo nivel de salud posible, recogido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, al no facilitar su acceso precoz a una atención sanitaria especializada.

En este caso, cabe suponer que la madre que ha gestado al bebé, también puede estar viendo vulnerado su derecho a recibir una adecuada atención sanitaria prenatal y postnatal, protegido por el mismo artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, en su epígrafe 2. Desde la perspectiva de la salud mental materna, cabe mencionar las posibles repercusiones nocivas que estas prácticas pueden tener en las mujeres gestantes (de cuyo título de madres, según nuestro ordenamiento jurídico, no están despojadas, ya que la filiación la otorga el parto). Los estudios realizados hasta el momento sobre las implicaciones psicológicas en estas mujeres presentan muchos sesgos y limitaciones, puesto que han sido realizado, fundamentalmente, en el ámbito anglosajón, sin atender a las realidades más frecuentes que tienen lugar en países menos favorecidos (como Ucrania, India o Tailandia), donde algunas mujeres son prácticamente institucionalizadas para la producción de bebés, en situaciones muy desventajosas y con contratos que las despojan de derechos sobre sus cuerpos y sobre los bebés que están gestando[490]. Un estudio señala que la creencia inicial de muchas mujeres gestantes por subrogación acerca de que la compensación económica facilitará la renuncia del bebé tras el parto no se

[490] BASCUÑANA GARDE, M., "Gestación subrogada: Aspectos emocionales y psicológicos en la mujer gestante", *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 2018, nº 28, pp. 41-49.

mantenía después del mismo[491], y algunos autores han señalado la existencia de un sufrimiento psicológico intenso tras la renuncia que, en al menos en el 10% de los casos, requiere intervención intensiva en salud mental[492].

En este caso en concreto, conocemos que la mujer que gestó al niño (que en la actualidad está viviendo en un contexto bélico) ha continuado recibiendo apoyo económico puntual por parte de la que ahora es la madre legal del bebe gestado, pero desconocemos cuál es su estado mental tras la renuncia a su hijo y si ha recibido atención psicológica al respecto. Estas posibles repercusiones en salud quedan minimizadas, e incluso obviadas, dentro del intercambio económico, asumiendo que el sufrimiento psíquico por la gestación y posterior separación de un bebé (atravesando un puerperio sin hijo) se resuelve por medio del pago de un contrato previamente establecido, sin garantías sobre la atención a su salud mental.

Por ello quizás resulte necesario reflexionar acerca de la conveniencia de incluir este tipo de prácticas entre los supuestos de violaciones al derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, junto a la esterilización forzada, exámenes de virginidad y aborto forzados, sin el consentimiento previo de las mujeres; la mutilación genital femenina (MGF) y matrimonio precoz. Sin duda, todavía en la mayoría de los casos, y en muchas partes del mundo, las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se deben, como afirma la Oficina el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas[493], a creencias y valores sociales profundamente arraigados, con conceptos patriarcales sobre el papel de la mujer en la familia, pero no es menos cierto que los avances en TRA están dando lugar a nuevas situaciones y supuestos de violaciones de esa salud sexual y reproductiva de las mujeres, con potencial afectación grave de su salud mental.

[491] VAN DEN AKKER, OBA., "Psychosocial aspects of surrogate motherhood"; Life & Health Sciences, Aston University, Birmingham, UK; *Human Reproduction Update*, 2007, vol. 13, nº 1, pp 53–62.
[492] WILKINSON, S., "The exploitation argument against commercial surrogacy", *Bioethics,* 2003, vol. 17, nº 2, pp. 169-187.
[493] Oficina el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights (Consultado el 23 de diciembre de 2023).

4.3.7 Una maternidad polémica: La necesaria protección de los derechos de los bebés

Mujer de 68 años de edad, conocida dentro de la esfera pública española, cuyo caso salta a la prensa al conocerse que ha sido madre por medio de gestación subrogada en Estados Unidos. La mujer había perdido tres años atrás a su hijo unigénito, fallecido a los 27 años de edad por un proceso oncológico. Según refiere la propia mujer, la bebé sería su nieta, pues se trata de la hija genética de su difunto hijo, concebida a partir de semen criopreservado antes de someterse al tratamiento quimioterápico que le fue indicado.

El caso expuesto tuvo una amplia repercusión en la prensa española, en marzo de 2023, al tratarse de una conocida artista de este país, cuyo duelo tras la pérdida de su único hijo, tres años atrás, había sido también muy mediático. Se trata de una situación que pone de manifiesto los vacíos legales en materia de reproducción asistida, y los intereses encontrados entre la necesaria protección a la infancia y los derechos reproductivos.

En este caso, se entrecruzan una gran cantidad de aspectos. De un lado, la existencia del duelo por la muerte de un hijo, y el posible intento de reparación del vacío dejado por la pérdida de un hijo mediante el nacimiento de otro hijo. En entrevistas públicas ofrecidas por la mujer sólo tres semanas antes del nacimiento de la bebé, ésta había declarado sentirse "una muerta en vida", desde el fallecimiento de su hijo. Sorprendió que, tras el nacimiento de la niña, su primera publicación en redes sociales fue "*Ya nunca volveré a estar sola. He vuelto a vivir*".

Del otro lado, vuelve a poner de manifiesto la posibilidad de puentear la legislación española respecto a la ilegalidad de la gestación subrogada y adquirir un recién nacido mediante un cuantioso desembolso económico para aquellas personas con capital suficiente. Se trataría, por tanto, de una posibilidad reservada para la gente con una elevada capacidad adquisitiva, que, además, estaría contratando a mujeres, por lo general con necesidades económicas, para utilizar sus cuerpos, en un doble uso de poder (económico y de género).

Y, sin dudas el aspecto más relevante, la aparente falta de visión del bebé como otro, una persona con necesidades propias. Se trata de un bebé que es recibido en brazos

de una madre en la tercera edad (superior a los 65 años), que se autodefine como abuela (asegurando que ese será su papel), sin otra figura progenitora, abocado a una temprana orfandad.

Por ello, cabe señalar, además de la posible vulneración de derechos relativos a la madre gestante (tal y como se vio en el supuesto previo), de bioética y de atención a su salud materna, la vulneración de los principios recogidos en el Convenio de Oviedo, y en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, al emplear el material genético de una persona fallecida hace tres años en el momento del nacimiento del bebé. Además, cabe cuestionarse que se haya valorado el interés superior de este bebé en su concepción, que ha sido buscada pese a conocer que su desarrollo se produciría sin padre o madre vivos ya desde antes de su existencia.

CAPÍTULO V. EMBARAZO

5.1. Exposición de hechos: El embarazo como proceso fisiológico y realidad biopsicosocial dentro del ciclo vital de las mujeres

El embarazo constituye un proceso fisiológico dentro del ciclo reproductivo de las mujeres caracterizado por los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que supone. Se trata de un momento de gran relevancia en la vida de las mujeres que lo atraviesan, ya que durante el mismo no sólo se produce el desarrollo intrauterino del futuro bebé, sino que se inicia la aproximación al rol social de madre. Habitualmente, es durante la gestación cuando el vínculo afectivo materno filial comienza a instaurarse. La aparición precoz de este lazo afectivo es esencial para que, tras el momento del parto, la díada madre-bebé sintonice y se autorregule de una manera saludable.

Empleando una perspectiva estrictamente biológica, el embarazo es el tiempo que transcurre desde que sucede el momento de la concepción (como se denomina a la fecundación de un óvulo por un espermatozoide) hasta el momento del parto. La duración promedio del embarazo humano es de 38 semanas desde la concepción, o 40 desde la última menstruación; sin embargo, existe una gran variación individual. Así, se considera que el parto a término desencadenado fisiológicamente y con bebé maduro puede producirse en cualquier momento entre la semana 37 y la semana 42[494].

Por su parte, el desarrollo intrauterino hace referencia al proceso por el cual una única célula (el zigoto, procedente de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide) se multiplica y diferencia hasta formar un ser pluricelular que podrá sobrevivir en el medio extrauterino. El desarrollo intrauterino se produce a lo largo de dos periodos fundamentales: la embriogénesis (o formación de los distintos órganos y tejidos), que se produce hasta la semana 12 aproximadamente, y el periodo fetal, durante el cual se produce la maduración funcional de los órganos y el crecimiento del feto hasta la viabilidad de su adaptación extrauterina.

El embarazo, proceso natural, constituye no obstante una etapa de especial vulnerabilidad biofísica, que debe ser protegida ante numerosos agentes externos e internos que pueden condicionar su mala evolución, su interrupción o el mal desarrollo

[494] ALCOLEA, S., MOHAMED, D., *Guía Cuidados del Embarazo, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*, Ceuta, 2011.

del embrión o del feto. El estudio biomédico del embarazo suele clasificar su desarrollo por trimestres, si bien los cambios de los estados mentales y emocionales maternos (también desarrollados en tres etapas diferenciadas) no suelen coincidir cronológicamente con los trimestres gestacionales. A continuación, se describen las principales características del embarazo, según la clásica distinción por trimestres, así como las etapas psicológicas que tienen lugar en el mismo

5.1.1 Trimestres obstétricos

Cada uno de los tres trimestres en los que se divide el embarazo, desde el punto de vista fisiológico, tiene sus características particulares.

5.1.1.1 Primer trimestre

Durante el primer trimestre tiene lugar la concepción, la implantación y la posterior embriogénesis.

La concepción se produce cuando el óvulo, u ovocito, es fecundado por el espermatozoide, surgiendo entonces el zigoto, o célula huevo, con una dotación única a nivel genético, a partir de la cual se inicia la división celular.

La implantación del blastocito es el proceso de adhesión al endometrio dentro de la cavidad uterina.

En la fase de embriogénesis, o formación embrionaria, se produce la gastrulación, un proceso mediante el cual se forman las tres placas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo) a partir de las cuales se diferenciarán progresivamente los distintos órganos y sistemas, así como los anexos que darán lugar a la placenta. Este proceso tiene lugar, aproximadamente, entre la cuarta y la octava semana del desarrollo embrionario. Se trata de un periodo crítico para el desarrollo de malformaciones congénitas o para que se produzcan abortos espontáneos. Paradójicamente, la embriogénesis es el periodo del embarazo menos protegido a todos los niveles. Durante el mismo, la exposición a agentes potencialmente teratogénicos (fármacos, alcohol y otras drogas, alimentos de riesgo, radiaciones ionizantes…) tiene mayor repercusión sobre el embrión (al estar todavía en formación), y es, también, más frecuente que en otras etapas

del embarazo, entre otras circunstancias, por el desconocimiento inicial que muchas mujeres tienen respecto de su condición de gestantes.

Como es ampliamente conocido, el principal síntoma de embarazo, y motivo de sospecha del mismo, es la amenorrea, o ausencia de la menstruación. No obstante, el primer trimestre gestacional puede conllevar todo un abanico de síntomas y molestias físicas, cuya repercusión oscila desde una percepción casi nula hasta una grave incapacitación para las actividades cotidianas[495]. Algunos de los síntomas más frecuentes son las náuseas y vómitos (en grado de molestia matutina hasta hiperémesis gravídica con deshidratación y riesgo grave para la madre y el embrión, pudiendo requerir ingresos hospitalarios prolongados), fatiga o cansancio excesivo, somnolencia o hipersensibilidad olfatoria. Además, este primer trimestre también suele acompañarse de una gran variabilidad en el estado emocional, con aumento de la sensibilidad, presencia de abruptos cambios de ánimo y una mayor labilidad. La labilidad emocional durante el embarazo puede presentarse en mujeres sin problemas de salud mental; en general, la labilidad emocional es significativamente superior en mujeres en periodo perinatal que en mujeres que no se encuentran en periodo perinatal[496].

A día de hoy, la confirmación más frecuente del embarazo se produce mediante un test de orina adquirido en farmacia. Este momento genera emociones intensas y contradictorias en la mujer, que varían desde la alegría y la ilusión, hasta el miedo o el rechazo.

Progresivamente, en aquellas mujeres que, según la legislación vigente en nuestro país, deciden continuar con la gestación (cuya interrupción está regulada por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo)[497], se suele producir la asimilación y la aceptación del embarazo, que en general se acompaña

[495] SAYLE, AE., WILCOX, AJ., WEINBERG, CR., BAIRD, DD., "A prospective study of the onset of symptoms of pregnancy", *Journal of Clinical Epidemiology*, 2002, vol. 55, nº 7, pp. 676-680.
[496] LI, H., BOWEN, A., BOWEN, R., BALBUENA, L., FENG, C., BALLY, J., MUHAJARINE, N., "Mood instability during pregnancy and postpartum: a systematic review", *Archives of Women's Mental Health*, 2020, vol. 23, nº 1, pp. 29-41.
[497] Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. «BOE» núm. 51, de 1 de marzo de 2023, páginas 30334 a 30375. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1. (Consultado el 8 de octubre de 2023).

de importantes cambios en el estilo de vida referidos a la alimentación (puesto que hay un gran número de recomendaciones al respecto), la toma de fármacos, el hábito tabáquico o el consumo de alcohol, o respecto al puesto laboral desempeñado.

Es importante señalar que los embarazos no deseados por la madre que continúan adelante se asocian a la persistencia de ambivalencia afectiva tras el parto, así como con peores resultados en salud tanto para la madre como para el bebé, y que la construcción de un fuerte vínculo madre-bebé durante el embarazo es un factor decisivo en el desarrollo del vínculo postnatal también en las mujeres con embarazos inesperados o no deseados[498]-

Habitualmente, las mujeres no conocen de su embarazo hasta constatar la ausencia de la primera menstruación, que en ocasiones puede retrasarse varias semanas (debido a la existencia de sangrados de implantación que simulan menstruaciones ligeras, o en mujeres con alta irregularidad menstrual). Una vez que las madres son conocedoras de su gestación, dado que ésta no es visible externamente todavía, a menudo la información de la situación se encuentra limitada a su entorno de estricta intimidad, debido a un hábito social tradicionalmente perpetuado, al menos en España, de no contar hasta haber superado la barrera de las 12 semanas (marcada por la ecografía de revisión del primer trimestre, que se realiza en esa semana), cuando la viabilidad de la gestación es mayor. El tabú acerca de la revelación de las gestaciones tempranas supuestamente protege a las mujeres de tener que dar explicaciones en caso de pérdida de las mismas; no obstante, les impide acceder a muchas de las protecciones de las que deberían gozar, al tratarse, precisamente, del periodo de mayor sensibilidad para el desarrollo del futuro bebé. Del mismo modo, el silencio que pesa sobre el primer trimestre del embarazo ha favorecido el silenciamiento social de los abortos y las pérdidas gestacionales, convirtiéndolos para muchas mujeres en duelos secretos, que no reciben la atención y el cuidado médico, psicológico y social que a menudo necesitan. Las experiencias de las mujeres en la atención sanitaria a pérdidas gestacionales en el primer trimestre son frecuentemente negativas, siendo éste un campo evidente de necesidad de mejora asistencial para cumplir

[498] NELSON, HD., DARNEY, BG., AHRENS, K., BURGESS, A., JUNGBAUER, RM., CANTOR, A., ATCHISON, C., EDEN, KB., GOUETH, R., FU R., "Associations of Unintended Pregnancy with Maternal and Infant Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis", *Journal of American Medical Association,* 2022, vol. 328, nº 17, pp. 1714-1729; SHREFFLER, KM., SPIERLING, TN., JESPERSEN, JE., TIEMEYER, S., "Pregnancy intendedness, maternal-fetal bonding, and postnatal maternal-infant bonding", *Infant Mental Health Journal,* 2021, vol. 42, nº 3, pp. 362-373.

adecuadamente con la satisfacción del derecho al mayor grado de salud, física y mental posible.[499].

5.1.1.2 Segundo trimestre

Durante el segundo trimestre gestacional, el embarazo suele hacerse visible socialmente debido al crecimiento uterino, que da lugar a la barriga característica del embarazo. Es frecuente que disminuyan e incluso desaparezcan las molestias características del primer trimestre (aunque esto no siempre es así), mientras que, todavía, las limitaciones físicas por el aumento de volumen uterino en muchos casos no resultan excesivas. Suele tratarse de la etapa de mayor tranquilidad emocional, por lo que coloquialmente se lo denomina "*el trimestre de la luna de miel*".

Además, entorno a la semana 18-20 (dependiendo de si es el primer embarazo o ha habido gestaciones previas), las madres empiezan a percibir los movimientos fetales (las "*pataditas*" del bebé), que permiten incluir en la experiencia cotidiana la realidad del hijo que está creciendo en su interior[500]-

5.1.1.3 Tercer trimestre

Durante el tercer trimestre del embarazo se produce un gran crecimiento fetal dentro del útero. Este rápido incremento del volumen uterino es el principal causante de la sintomatología del tercer trimestre, puesto que supone una disminución fisiológica de la capacidad pulmonar (con respiración más superficial y frecuente), y la compresión del aparato digestivo (con rápida sensación de plenitud pese al aumento de la sensación de hambre, con necesidad de realizar ingestas pequeñas pero frecuentes; mayor reflujo esofágico o mayor estreñimiento). Se produce un cambio fisiológico de la postura, con lordosis lumbar, y a menudo aparecen molestias osteoarticulares, especialmente

[499] FREEMAN, A., NEITERMAN, E., VARATHASUNDARAM, S., "Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review", *Women and* Birth, 2021, vol. 34, nº 4, pp. 316-324.
[500] MIKHAIL, MS., FREDA, MC., MERKATZ, RB., POLIZZOTTO, R., MAZLOOM, E., MERKATZ, IR., "The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1991, vol. 165, nº 4, pp. 988-91; ALAMRI, N., SMITH, V., "The effect of formal fetal movement counting on maternal psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis", *European Journal of Midwifery*, 2021, vol. 6, nº 10.

lumbalgias[501]. Además, en las semanas previas a la fecha prevista de parto, pueden aparecer ansiedad y miedo respecto al mismo, una mayor preparación del entorno físico para la recepción del bebé (denominado "*síndrome de preparación del nido*"), inquietud respecto a las propias capacidades para cuidar al bebé de forma inminente, así como ilusión y ganas de conocerlo.

5.1.2 Desarrollo psicológico de la madre durante el embarazo

Los procesos psicológicos que tienen lugar durante el embarazo habitualmente se dividen, también, en tres etapas; si bien no suelen coincidir con los trimestres obstétricos. Estos procesos pueden verse altamente influidos por los antecedentes en salud mental de la mujer embarazada, así como por su personalidad, su propia biografía y sus experiencias previas; especialmente, aquellas relacionadas con la gestación actual.

Tal y como se ha visto ya en el tema relativo a la concepción, la vivencia de un embarazo puede ser muy diferente si ha sido buscado y deseado respecto a si ha sido inesperado y no deseado, o si ha sido conseguido espontáneamente y sin largos tiempo de espera respecto si ha requerido tratamientos específicos o reproducción asistida. Del mismo modo, el entorno social, económico y cultural va a tener una gran influencia en la vivencia maternal. Sin embargo, diversas autoras sí han encontrado factores comunes que experimentan a menudo las mujeres a lo largo del embarazo.

En primer lugar, desde una perspectiva psíquica, la primera etapa del embarazo es aquella que transcurre desde el conocimiento del mismo por parte de la madre hasta su primera experiencia real con el bebé (los movimientos fetales, percibidos entorno a la semana 20 en las mujeres primerizas, y una o dos semanas antes en aquellas que ya han tenido gestaciones previas). Esta etapa se caracteriza por la presencia de emociones contradictorias respecto al embarazo, denominada "*ambivalencia afectiva*", incluso en aquellas situaciones donde dicha gestación ha sido buscada y deseada. Durante los primeros meses, es habitual atravesar por emociones de dudas respecto a la capacidad y el propio deseo maternal, hacia una aceptación progresiva de los cambios vitales que supone la preparación a la llegada de un hijo. Con frecuencia, la existencia de síntomas

[501] BHARDWAJ, A., NAGANDLA, K., "Musculoskeletal symptoms and orthopaedic complications in pregnancy: pathophysiology, diagnostic approaches and modern management", *Postgraduate Medical Journal*, 2014, vol. 90, nº 1066, pp. 450-60.

físicos desagradables (como son las náuseas y los vómitos, la somnolencia y la fatiga extrema) alimenta la ambivalencia respecto al embarazo, que en general suele ceder de manera paralela a la mejoría de los síntomas físicas, y a la aparición de los movimientos fetales.

El malestar físico en el primer trimestre del embarazo, caracterizado fundamentalmente por las náuseas, los vómitos y la fatiga, afecta a más de la mitad de las mujeres embarazadas (se estima que hasta un 80% podrían padecerlo), y en un pequeño porcentaje (0,3 al 3%) puede llegar a constituir un síndrome clínico grave, denominado hiperémesis gravídica, o asociarse a malestar afectivo reactivo a la limitación funcional[502].

Algunas autoras, como la psicóloga de la maternidad María Michelena, han buscado un sentido evolutivo de adaptación social a la sintomatología física que caracteriza a los primeros meses de embarazo. Esta autora sugiere que, dado que en las etapas prehistóricas de nuestra especie no existía ninguna tecnología para confirmar la presencia de una gestación incipiente (más allá de la amenorrea), y el embarazo puede no hacerse visible hasta el segundo trimestre, la sintomatología de intenso malestar habría tenido una función de comunicación social para las comunidades en las que viven las mujeres que están en el primer trimestre de embarazo. De este modo, la experiencia de "enfermedad" de la mujer facilitaba que pudiera ser cuidada por el grupo y que quedara eximida de situaciones de gran exigencia física por medio de la fatiga excesiva[503]. Esta comunicación social que producen los síntomas del embarazo incipiente puede encontrarse también hoy en día: de hecho, un recurso habitual en el cine para hacer sospechar el embarazo de una mujer a sus espectadores es, precisamente, mostrarla vomitando.

Las ventajas evolutivas no se circunscribirían al cambio social en torno a la mujer con síntomas, puesto que éstos, de por sí, también pueden suponer algunas ventajas que

[502] LEE, NM., SAHA S., Nausea and vomiting of pregnancy, *Gastroenterology Clinics of North America*, 2011, vol. 40, nº 2, pp. 309-34; LONDON, V., GRUBE, S., SHERER, DM., ABULAFIA, O., "Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature", *Pharmacology*, 2017, vol. 100, nº 3-4:161-17; BUSTOS, M., VENKATARAMANAN, R., CARITIS, S., "Nausea and vomiting of pregnancy - What's new?", *Autonomic Neuroscience*, 2017, vol. 202, pp. 62-72.
[503] MICHELENA, M., Un año para toda la vida. *Booket*, Barcelona, 2013.

faciliten la supervivencia del embrión. Así, la extrema sensibilidad olfatoria y los ascos alimentarios pueden ofrecer una protección añadida frente a algunos alimentos en mal estado o potencialmente peligrosos para el desarrollo de su embarazo a través de las náuseas y el vómito[504].

La asociación demostrada entre la existencia en el primer trimestre de náuseas o vómitos matutinos considerados normales (excluyendo por tanto los cuadros clínicos de vómitos excesivos, o hiperémesis gravídica) y mejores resultados obstétricos respecto de las gestaciones que no presentan síntomas, han llevado también a generar la hipótesis de que dichos síntomas maternos serían un marcador de una mejor adaptación inmunológica de la unidad fetoplacentaria[505].

En cualquier caso, se ha observado que la presencia de al menos uno de los tres principales síntomas del primer trimestre de gestación (náuseas, vómitos y fatiga) produce un impacto negativo significativo en la calidad de vida de las mujeres que los padecen frente a aquellas que no, con repercusión no sólo en su salud física, sino también con un empeoramiento de su salud mental[506]. Esto contrasta llamativamente con la escasez de investigaciones publicadas acerca de los mecanismos por los que se producen los síntomas y posibles tratamientos para paliarlos, así como la desatención social y laboral que padecen las mujeres que los sufren. La ampliamente difundida expresión de que "*el embarazo no es una enfermedad*", totalmente correcta, se esgrime no obstante para no adaptar determinados puestos laborales a mujeres afectadas de estos síntomas (que sí tienen la experiencia de enfermedad y pueden encontrarse intensamente repercutidas por los mismos), dado que la eliminación de turnos nocturnos o de trabajo físico en general no se contempla hasta estados más avanzados de gestación, generalmente, a lo largo del segundo trimestre. Si bien, efectivamente, no es una enfermedad, el embarazo es una situación de salud que requiere cuidados específicos y a menudo se acompaña de síntomas

[504] SHERMAN, PW., FLAXMAN, SM., "Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, vol. 186, nº 5, pp. 190-197.
[505] LEE, RV., "Nausea and vomiting of pregnancy: an evolutionary hypothesis", *Revista Médica de Chile*, 2002, vol. 130, nº 5, pp. 580-584.
[506] BAI, G., KORFAG, IJ., GROEN, EH., JADDOE, VW., MAUTNER, E., RAAT, H., "Associations between Nausea, Vomiting, Fatigue and Health-Related Quality of Life of Women in Early Pregnancy: The Generation R Study", *PLOS ONE*, 2016, vol. 1, nº 11, e0166133.

que, aunque comunes en el estado gravídico, pueden resultar muy molestos para las mujeres que los padecen.

Por otro lado, la segunda fase del embarazo, a nivel psicológico, comienza a desarrollarse a partir de la experiencia corporal del hijo por parte de la madre, gracias a la percepción de los movimientos fetales, además de un mayor crecimiento uterino. Se trata de una etapa dominada por las llamadas "*representaciones maternas*", que hacen referencia a las imaginaciones y proyecciones que elabora la mujer respecto a su hijo presente y futuro[507]. Es muy frecuente que las madres atribuyan estados emocionales a su bebé en función del ritmo y la frecuencia de los movimientos fetales percibidos, y aprendan a detectar patrones en los mismos (incremento al recibir una mayor tasa de glucosa por medio de la ingesta de la madre de dulces, o patrón de incremento nocturno en relación al mayor aporte sanguíneo que le llega al bebé cuando la madre se recuesta). La ausencia de representaciones mentales avisa de una posible perturbación en la vinculación afectiva madre-bebé y se considerara un marcador de mal pronóstico de la relación de la díada tras el parto.

En tercer lugar, la última etapa psicológica del embarazo es aquella que antecede a la llegada del parto, cuando se acerca la fecha prevista. Se caracteriza por la elevada repercusión física del estado gestacional en la cotidianidad de la mujer, con dificultades para la bipedestación sostenida, la movilidad, la alimentación (con necesidad de ingestas frecuentes, pero de escasa cantidad) y el descanso, con insomnio de características mixtas y de origen multifactorial. A esta limitación de sus actividades cotidianas, que pone de manifiesto la inminente llegada del bebé, se suma, en un gran número de ocasiones, un estado interno de inquietud y preocupación respecto al momento del parto. En el caso de las mujeres primerizas, el miedo al parto se manifiesta como angustia frente a lo desconocido y el miedo a la pérdida de control; en mujeres multíparas, es frecuente que surjan preocupaciones respecto al bienestar de sus otros hijos durante su ausencia en los momentos del periparto, así como la posible re-experimentación traumática de sus partos previos. Además, en la última etapa de la gestación suele producirse un incremento de las conductas denominadas "*de preparación del nido*" por las cuales la madre procura hacer

[507] ZEANAH, CH., KEENE, M., ANDERS, TF., "Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants", *Psychiatry*, 1986, vol. 49, nº 3, pp. 193-203.

en su hogar un lugar que resulte confortable para el bebé. Si bien se ha asociado el aumento de estas conductas al inicio de la cascada hormonal que desencadenará el parto, se considera que la naturaleza y el contenido de las mismas tiene, en realidad, un claro origen cultural, puesto que dependen del contexto donde se haya desarrollado la vida de la madre (ya sea tejiendo o comprando ropa del bebé, preparando una cuna o un nido, etcétera).

Diversos estudios señalan que el estrés maternal en esta última etapa tiene una intensa repercusión en el estado afectivo de la madre tras el parto, así como en la vinculación afectiva que tendrá con su bebé. Curiosamente, algunos estudios han demostrado que la percepción de sus bebés que tienen las mujeres embarazadas en las últimas etapas de la gestación se correlaciona con una alta fiabilidad con la que tendrán de él tras el parto. Esta correlación, sin embargo, se ve interferida en aquellas situaciones en las que la experiencia de parto es traumática, situación que parece influir negativamente de forma casi invariable en la percepción materna del bebé tras el mismo[508].

A lo largo de todo el embarazo, es habitual que las madres presenten fenómenos de recuerdo y re-experimentación de situaciones de su propia infancia; fundamentalmente, respecto al tipo de cuidados que recibieron de sus principales figuras de apego; en especial de su madre. Este estado de resurgimiento de las experiencias primarias de apego con la figura materna se denomina "*transparencia psíquica*"[509]. Es un momento caracterizado por la intensidad emocional y las contradicciones internas (denominadas ambivalencia afectiva), que a menudo parten de la reactivación y revisión de la propia historia de cuidados y las relaciones mantenidas con la propia madre durante la infancia. Esta reactivación de conflictos primarios, pese a que puede acarrear la aparición de sintomatología ansiosa e inseguridad ante el rol maternal, con miedos a replicar situaciones de cuidado inadecuadas hacia el propio hijo, ofrece, sin embargo, una ocasión única de trabajo y sanación de traumas no resueltos. Se ha visto que el embarazo

[508] Se cita el mismo artículo que en la referencia previa, ZEANAH, CH., KEENER, MA., ANDERS, TF., "Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants", *Psychiatry*, 1986, vol. 49 nº 3, pp. 193-203.
[509] BYDLOWSKI, M., *Je reve un enfant. L'experience intérieure de la maternité*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2000.

supone una oportunidad de la mejora de la relación de la mujer embarazada con su propia madre cuando la futura abuela se muestra como una figura de apoyo hacia su hija en su proceso de convertirse en madre[510]. También se ha descrito una mayor tendencia en las mujeres embarazadas a la regresión emocional, experimentando una mayor dependencia afectiva por sus figuras cercanas.

Se ha señalado en las embarazadas una hipersensibilidad emocional mayor que en otras etapas de la vida, con una capacidad afinada para detectar expresiones de amenaza, hostilidad o tristeza en los rostros de terceros; especialmente, al final del embarazo[511]. Este incremento de la capacidad para detectar emociones probablemente se trate de un mecanismo evolutivo para aumentar en las mujeres la sensibilidad emocional de cara a facilitar su identificación en el recién nacido de estados emocionales desagradables y signos de peligro o agresión en las personas del entorno, promoviendo la protección del bebé. Este reconocimiento facial se ve afectado en situaciones de mala salud mental materna, disminuyendo la sensibilidad materna hacia las expresiones faciales del bebé[512].

A nivel cerebral, el embarazo produce cambios morfológicos en la corteza de los cerebros de las mujeres constatables por medio de estudios de neuroimagen e indistinguibles de los cambios cerebrales que acontecen en la adolescencia. Esta semejanza entre ambos periodos ha hecho que los cambios psicológicos y cerebrales derivados del embarazo y la maternidad hayan sido bautizados con el nombre de "*matrescencia*". Un estudio al respecto realizado comparando ambos grupos de población sugiere que tanto la adolescencia como el embarazo suponen momentos de elevada neuroplasticidad, mediada por hormonas, para favorecer la adaptación a las demandas ambientales[513]. Los cambios cerebrales inducidos por el embarazo se mantienen

[510] DAYAN, J., *Maman, porquoi tu pleures?,* Editions Odile Jacob, Paris, 2002.
[511] PEARSON, RM., LIGHTMAN, SL., EVANS, J., "Emotional sensitivity for motherhood: late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces", *Hormones and Behavior*, 2009, vol. 56, nº 5, pp. 557-563.
[512] TAKUBO, Y., TSUJINO, N., AIKAWA, Y., FUKIYA, K., UCHINO, T., KATAGIRI, N., ITO, M., AKIBA, Y., MIZUNO, M., NEMOTO, T., "Relationship between Antenatal Mental Health and Facial Emotion Recognition Bias for Children's Faces among Pregnant Women", *Journal of Personalized Medicine*, 2022, vol. 12, nº 9, p. 1391.
[513] CARMONA, S., MARTÍNEZ-GARCÍA, M., PATERNINA-DIE, M., et al., "Pregnancy and adolescence entail similar neuroanatomical adaptations: A comparative analysis of cerebral morphometric changes", *Human Brain Mapping*, 2019, vol. 40, pp. 2143–2152.

aproximadamente hasta seis años después del parto, coincidiendo con la duración del periodo infantil[514].

A nivel social, en las diferentes culturas humanas, es frecuente que alrededor de las mujeres embarazadas surja una red de apoyo afectivo y de cuidados, compuesta, generalmente, por otras mujeres cercanas a ella (ya sea con vinculación familiar, como madres, hermanas o primas; o socialmente afines, como amigas). En el entorno actual español, que ha experimentado procesos marcados de migración a las urbes con desvinculación progresiva de las redes primarias, cada vez es más frecuente que las mujeres embarazadas reciban apoyos limitados a su pareja (si la hay), y a los cuidados realizados desde el entorno sanitario.

5.1.3 Efectos del estrés durante el embarazo

El estrés materno durante el embarazo puede tener múltiples orígenes, que se recogen en el siguiente cuadro. Entre ellos, destacan las situaciones psicosociales adversas (falta de apoyo familiar o social, precariedad en el empleo, escasos recursos económicos o riesgo de pobreza, relaciones de pareja violentas…); pero, también, las asociadas al propio embarazo (por tratarse de un embarazo de riesgo debido a alguna condición de la madre o por complicaciones obstétricas), a trastornos mentales previos de la madre (con una mayor frecuencia de recaída durante el embarazo), o a las respuestas emocionales desencadenadas por el propio embarazo.

Cuadro 1: Causas de estrés durante el embarazo

Factores individuales de la mujer	Antecedentes personales de enfermedad mental Enfermedad física de la mujer Historia previa de embarazos y/o pérdidas gestacionales

[514] MARTÍNEZ-GARCÍA, M., PATERNINA-DIE, M., BARBA-MÜLLER, E., MARTÍNEZ DE BLAS, D., BEUMALA, L., CORTIZO, R., POZZOBON, C., MARCOS-VIDAL, L., FERNÁNDEZ-PENA, A., PICADO, M., BELMONTE-PADILLA, E., MASSÓ-RODRÍGUEZ, A., BALLESTEROS, A., DESCO, M., VILARROYA, O., HOEKZEMA, E., CARMONA, S., "Do Pregnancy-Induced Brain Changes Reverse? The Brain of a Mother Six Years after Parturition", *Brain Sciences*, 2021, vol. 11, nº 2, p.168.

	Edad (embarazo adolescente, edad avanzada) Estilo de apego adulto inseguro o desorganizado Rasgos de personalidad controladora o preocupadiza
Factores del propio embarazo	Embarazo complicado Embarazo concebido por TRA Diagnóstico prenatal de anomalía/malformación
Factores familiares	Conflicto en la pareja Existencia de violencia de género Ausencia de apoyo familiar Problemas en la relación con los propios padres
Factores sociales	Recursos económicos Actividad laboral (trabajos de riesgo para el embarazo, trabajos físicamente exigentes o altamente estresantes) Precariedad laboral
Factores culturales	Políticas de protección laboral al embarazo Políticas de apoyo económico Políticas de protección a la mujer en situación de violencia de género

Fuente: elaboración propia a partir de los artículos incluidos en el pie de página[515].

[515] ALDERDICE, F., LYNN, F., LOBEL, M., "A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2012, vol. 33, pp. 62–77;

Al respecto de los factores potencialmente estresantes que actúan sobre las mujeres embarazadas, resulta de especial relevancia mencionar el concepto de determinantes sociales de la salud (DSS), que explican cómo los contextos sociales y las condiciones en las cuales las personas viven y trabajan impactan en su salud[516]. La OMS define los determinantes sociales de la salud como "*las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*", y señala que estas circunstancias pueden ser muy diferentes entre los distintos subgrupos de una población, generando inequidades y provocando distintos resultados en materia de salud, por lo que se deben establecer políticas que permitan luchas contra esas inequidades[517]. Las mujeres embarazadas constituyen un grupo especialmente vulnerable a los determinantes sociales de salud; y, por ende, susceptible de sufrir desigualdades y padecer peores resultados subsecuentes en salud. Lo que implica, que se encuentra de hecho en una situación de doble vulnerabilidad, mujer y embarazo, sin tener en cuenta otras muchas que pueden confluir, dando lugar a la triple o múltiple vulnerabilidad.

Dentro de los determinantes sociales de salud, las condiciones laborales en las cuales se encuentran las mujeres que están embarazadas tienen un papel fundamental, por su influencia sobre el desarrollo del propio embarazo y la salud del bebé y la mujer que lo gesta. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su artículo 11, obliga a los Estados Partes a eliminar cualquier tipo de discriminación laboral contra las mujeres, incluyendo, en su epígrafe 2, la discriminación debida a la maternidad, mediante la prohibición de despido por embarazo, recogida en el apartado a) de dicho epígrafe, y la obligación, señalada en el apartado d), de "*Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos*

AWARD-SIRHAN, N., SIMÓ TEUFEL, S., MOLINA-MUÑOS, Y., CAJIAO-NIETO, J., IZQUIERDO-PUCHOL, MT., "Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España", *Enfermería clínica*, 2022, vol. 32, pp. 5–13; BIAGGI, A., CONROY, S., PAWLBY, S., PARIANTE, C.M., "Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review", *Journal of Affective* Disorders, 2016, vol. 191, pp. 62–77; DE JADRESIC, E., JARA, C., ARAYA, R., "Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1993, vol. 39, nº 1, pp. 63-74; GOUROUNTI, K., "Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review", *Women Health*, 2016, vol. 56, pp. 98–118.

[516] TARLOV, A., "Social determinants of Health: the sociobiological transition", en Blane D, Brunner E. Wilkinson D (eds), *Health and Social Organization*. London: Routledge; 1996, pp. 71-93.

[517] OMS, *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - Informe de la Secretaría.* 62ª Asamblea Mundial de la Salud; 2009.

de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella". El valor de la investigación científica en el reconocimiento de los riesgos laborales durante el embarazo se reconoce en el epígrafe 3 de ese mismo artículo 11: "*La legislación protectora relacionada con las cuestiones comprendidas en este artículo será examinada periódicamente a la luz de los conocimientos científicos y tecnológicos y será revisada, derogada o ampliada según corresponda*", una disposición a cuyo mejor cumplimiento responde este trabajo de investigación, buscando poner de manifiesto el conocimiento resultante de la práctica asistencial en el marco de la legislación que no podrá regular debidamente los supuestos de hecho si los desconoce.

Existe amplia evidencia científica acerca de condiciones laborales adversas que deben evitarse durante embarazo, tales como exposición a agentes químicos, radiactivos o biológicos de riesgo, que, a día de hoy, están bien reconocidos por sus efectos teratogénicos sobre el desarrollo embrionario. Pero cada vez existe una evidencia mayor sobre los problemas del estrés laboral durante el embarazo.

Los trabajos físicamente demandantes desarrollados durante el embarazo han demostrado un incremento de leve a moderado de parto prematuro[518]. A mayor exigencia física laboral (incluyendo mayor extensión de horarios en pie o caminando), parece existir un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacimiento[519]. Un estudio publicado en el año 2021 encuentra que el estrés físico laboral (con actividad ejercida de pie, o caminando) durante el primer trimestre de gestación (etapa de baja protección en las legislaciones laborales), se asocia con un incremento significativo de parto prematuro al final de la gestación[520]. El interés acerca de la repercusión que el estrés psicosocial laboral podría ejercer, también, sobre el embarazo, es creciente, si bien los estudios científicos metodológicamente bien diseñados son, todavía limitados. Sin embargo, hay revisiones

[518] VAN BEUKERING, MD., VAN MELICK, MJ., MOL, BW., FRINGS-DRESEN, MH., HULSHOF, CT., "Physically demanding work and preterm delivery: a systematic review and meta-analysis", *International Archives of Occupational and Environmental Health,* 2014, vol. 87, nº 8, pp. 809-834.
[519] CAI, C., VANDERMEER, B., KHURANA, R., NERENBERG, K., FEATHERSTONE, R., SEBASTIANSKI M, DAVENPORT MH., "The impact of occupational activities during pregnancy on pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2020, vol. 222, nº 3, pp. 224-238.
[520] VRIJKOTTE, T., BRAND, T., BONSEL, G., "First trimester employment, working conditions and preterm birth: a prospective population-based cohort study", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2021, vol. 78, nº 9, pp. 654-660.

sistemáticas que apoyan que la existencia de estrés en el entorno laboral de las mujeres embarazadas se asocia a peores resultados obstétricos, con incremento del riesgo de prematuridad y de bajo peso al nacimiento en el bebé[521]. Estos estudios no analizan el estado de salud mental de las mujeres embarazadas que, estándolo, se encuentran sometidas a estrés en su entorno laboral, ni la posible asociación que una mala salud mental de las mujeres embarazadas en sus entornos de trabajo puede tener con dificultades en el embarazo o en la salud del bebé, o en su propia salud mental y física tras el momento del parto. La salud mental, dentro de la salud laboral de las embarazadas, es todavía un ámbito insuficientemente investigado y, por tanto, insuficientemente atendido.

El estrés materno, en un sentido amplio, sí ha sido objeto de investigación creciente en los últimos años. Se conoce que el estrés en la mujer embarazada desencadena una respuesta no sólo emocional, sino también fisiológica, que condiciona cambios en su metabolismo, y favorece la aparición de situaciones adversas para la gestación, como son: niveles de cortisol en sangre elevados, aumento de tensión arterial e hipoxia fetal, alimentación materna inadecuada o incluso desnutrición, o consumo de sustancias potencialmente teratogénicas con una finalidad ansiolítica[522].

Si bien la hipótesis de que el estrés o la ansiedad en las mujeres embarazadas afectan al buen término de la gestación y al desarrollo del bebé ha sido sospechada desde hace años, ha sido con la entrada del siglo XXI cuando los estudios científicos han confirmado esta asociación. Cabe destacar que, durante el embarazo, la madre y el bebé se encuentran íntimamente unidos a través de la placenta, que funciona como una interfase materno-fetal. A través de la placenta, la sangre de la madre y la del feto entran en contacto directo, llegándole a este último los nutrientes y el oxígeno necesarios para su desarrollo y crecimiento; pero, también, otros elementos presentes en la sangre materna, como son las hormonas (entre las que se incluye el cortisol, u hormona del

[521] LEE, BE., HA, M., PARK, H., HONG, YC., KIM, Y., KIM, YJ., HA, EH., "Psychosocial work stress during pregnancy and birthweight", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2011, vol. 25, nº 3, pp. 246-254.

[522] AYE, IL., KEELAN, JA., "Placental ABC transporters, cellular toxicity and stress in pregnancy", *Chemico-Biological Interactions*, 2013, vol. 203, nº 2, pp- 456-66; YANG, X., HU, R., SHI, M., WANG, L., YAN, J., GONG, J., ZHANG, Q., HE, J., WU, S., "Placental Malfunction, Fetal Survival and Development Caused by Sow Metabolic Disorder: The Impact of Maternal Oxidative Stress", *Antioxidants*, 2023, vol. 12, nº 2, p. 360.

estrés). La placenta en sí misma funciona como un órgano con capacidad endocrina, que secreta múltiples factores (citoquinas, hormonas, factores de crecimiento tisular…), actuando tanto sobre el metabolismo materno como el fetal; participa en la maduración de las glándulas mamarias (que garantizarán la nutrición del bebé tras el nacimiento)[523] y supone un lugar inmunológicamente privilegiado, en el cual se produce exposición a antígenos ajenos sin que, por lo general, se desencadenen reacciones de rechazo.

Los estudios de los mecanismos por los cuales el estrés materno durante el embarazo repercute en el desarrollo del bebé son, fundamentalmente, de dos tipos: estudios sobre los efectos en animales, y estudios prospectivos en humanos.

Varios de los estudios del primer tipo han demostrado que el estrés materno en ratas y en chimpancés en periodo de gestación afecta a las conductas que muestran sus crías tras el parto, que se manifiestan hasta la edad adulta. Se ha señalado su probable relación con alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en las crías, producido a partir de la exposición al cortisol materno durante la gestación[524].

Un metaanálisis publicado en 2021, realizado sobre 42 estudios que acumulaban una amplia muestra poblacional (65 millones de mujeres embarazadas, así como sus recién nacidos) provenientes de Europa, Asia, América del Norte y Oceanía, ha demostrado que los hijos de madres que han presentado elevados niveles de estrés en el embarazo tienen un mayor riesgo de padecer cólicos del lactante, trastorno del espectro autista y obesidad a lo largo de su vida[525]. Además, demuestra que las repercusiones del estrés materno en la descendencia tienen un impacto en la misma a lo largo de toda la vida.

Los estudios prospectivos en humanos muestran, en primer lugar, unos peores resultados obstétricos en mujeres que han presentado ansiedad durante el embarazo, con un incremento de la pérdida de gestaciones, de partos prematuros y de bajo peso al

[523] EYNARD, A., VALENTICH, R., *Histología y Embriología Humanas. Bases moleculares y celulares con orientación clínico-patológica*, Editorial Médica Panamericana, 2008, p. 545.
[524] OLZA, I., "La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna en el neurodesarrollo infantil", en *Maternidad gozosa y entrañable*, pp. 93-102. Prensas Universitarias de Zaragoza, 2006.
[525] CAPARROS-GONZÁLEZ, RA., PERALTA-RAMÍREZ, MI., "Stress During Pregnancy and the Development of Diseases in the offspring: A Systematic-Review and Meta-Analysis", *Midwifery*, 2021, vol. 97, p. 102939.

nacer[526]. Un metaanálisis reciente señala la existencia de una posible asociación entre la ocurrencia de eventos estresantes en la madre durante el embarazo y la presencia de cardiopatía congénita en el bebé[527]. Del mismo modo, se conoce que el estrés oxidativo durante el primer trimestre de embarazo aumenta el riesgo de malformaciones congénitas debidas a una alteración del desarrollo de la cresta neural, situación especialmente estudiada en mujeres diabéticas embarazadas[528].

Estudios más recientes apuntan a que el estrés maternal durante el embarazo podría tener una influencia directa en el temperamento del bebé y una asociación mantenida con problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida[529]. Los mecanismos por los que se produce esta transmisión intergeneracional serían epigenéticos, debido a que el estrés provoca cambios placentarios inductores metilaciones en el ADN fetal, favoreciendo la expresión, a lo largo de la vida, de problemas diversos de salud, así como del neurodesarrollo, tales como mayores incidencias de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del espectro autista, ansiedad o depresión[530]. A la influencia de los estresores maternos durante el embarazo sobre la epigenética del embrión o feto se la denomina "*programación fetal*", siendo una de las principales teorías que en la actualidad explican las repercusiones negativas en salud

[526] GRIGORIADIS, S., GRAVES, L., PEER, M., MAMISASHVILI, L., TOMLINSON, G, VIGOD, SN., DENNIS, CL., STEINER, M., BROWN, C., CHEUNG, A., DAWSON, H., RECTOR, NA., GUENETTE, M., RICHTER, M., "Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association with Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2018, vol. 79, nº 5, 17r12011; GRIGORIADIS, S., GRAVES, L., PEER, M., MAMISASHVILI, L., TOMLINSON, G., VIGOD, SN., DENNIS, CL., STEINER, M., BROWN, C., CHEUNG, A., DAWSON, H., RECTOR, NA., GUENETTE, M., RICHTER, M., "A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes", *Archives of Women's Mental Health*, 2019, vol. 22, nº 5, pp. 543-556.

[527] GU, J., GUAN, HB., "Maternal psychological stress during pregnancy and risk of congenital heart disease in offspring: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Affective Disorders*, 2021, vol. 291, pp. 32-38.

[528] WEI, D., LOEKEN, MR., "Increased DNA methyltransferase 3b (Dnmt3b)-mediated CpG island methylation stimulated by oxidative stress inhibits expression of a gene required for neural tube and neural crest development in diabetic pregnancy", *Diabetes*, 2014, vol. 63, nº 10, pp. 3512-3522; MORGAN, SC., RELAIX, F., SANDELL, LL., LOEKEN, MR., "Oxidative stress during diabetic pregnancy disrupts cardiac neural crest migration and causes outflow tract defects", *Birth defects research. Part A, Clinical and Molecular Teratology*, 2008, vol. 82, nº 6, pp. 453-463.

[529] DUNKEL SCHETTER, C., TANNER, L., "Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice", *Current Opinion in Psychiatry*, 2012, vol. 25, nº 2, pp. 141-148.

[530] BABENKO, O., KOVALCHUK, I., METZ, GA., "Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2015, vol. 48, pp. 70-91.

mental y física para la descendencia de mujeres que han padecido estrés en sus embarazos[531].

Cuadro 2 Consecuencias del estrés durante el embarazo

Complicaciones	**Conclusiones**
Aborto espontáneo	Las experiencias adversas en el primer trimestre se asocian a mayor tasa de pérdidas[532].
Parto prematuro	Riesgo de que se desencadene el parto antes de que se haya completado la maduración neonatal, con requerimiento de cuidados intensivos en UCI Neonatal y posibles complicaciones asociadas[533].
Complicaciones maternas en el parto	Mayor riesgo de padecer preeclampsia intra y postparto[534].
Bajo peso/ Crecimiento Intrauterino Restringido (CIR)	Existe una asociación entre la presencia de estrés maternal y el crecimiento intrauterino restringido fetal[535].

[531] REYNOLDS, LP., BOROWICZ, PP., CATON, JS., VONNAHME, KA., LUTHER, JS., HAMMER, CJ., MADDOCK CARLIN, KR., GRAZUL-BILSKA, AT., REDMER, DA., "Developmental programming: the concept, large animal models, and the key role of uteroplacental vascular development", *Journal of Animal Science*, 2010, vol. 88, nº 13, pp. 61-72; REYNOLDS, LP., BOROWICZ, PP., CATON, JS., CROUSE, MS., DAHLEN, CR., WARD, AK., "Developmental Programming of Fetal Growth and Development*", Veterinary Clinics of North America: Food Animal Practice*, 2019, vol. 35, nº 2, pp. 229-247.

[532] FRAZIER, T., HOGUE, CJR., BONNEY, EA., YOUNT, KM., PEARCE, BD., "Weathering the storm; a review of pre-pregnancy stress and risk of spontaneous abortion", *Psychoneuroendocrinology*, 2018, vol. 92, pp. 142-154.

[533] STANEVA, A., BOGOSSIAN, F., PRITCHARD, M., WITTKOWSKI, A., "The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review", *Women and Birth,* 2015, vol. 328, nº 3, pp. 179-93.

[534] ROBERTS, L., HENRY, A., HARVEY, SB., HOMER, CSE., DAVIS, GK., "Depression, anxiety and posttraumatic stress disorder six months following preeclampsia and normotensive pregnancy: a P4 study", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2022, vol. 22, nº 1, p. 108.

[535] GEVA, R., ESHEL, R., LEITNER, Y., FATTAL-VALEVSKI, A., HAREL, S., "Prenatal diagnosis and management of intrauterine growth restriction: A long-term prospective study on outcome and maternal stress", *Infant Mental Health Journal*, 2005, vol. 26, nº 5, pp. 481-497.

Defectos congénitos	El estrés materno a lo largo de la vida y el estrés materno en primer trimestre podrían asociarse a un aumento de defectos congénitos de la cresta neural[536].
Problemas en el neurodesarrollo	Mayor incidencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia y de Trastorno del Espectro Autista[537].
Problemas en el desarrollo socioemocional	Mayor incidencia de problemas emocionales en la infancia y la adolescencia[538]

Fuente: elaboración propia a partir de datos de artículos recogidos en notas a pie.

La reducción de la cantidad de estrés a la que se encuentran expuestas las mujeres embarazadas (mediante medidas de protección multisectoriales) es una estrategia necesaria, y probablemente eficaz, para mejorar la salud de los recién nacidos y de la población a largo plazo, con un claro beneficio también en los costes sanitarios que supone la atención a la prematuridad y la enfermedad infantil, y los costes sociales de sus secuelas asociadas.

5.1.4 Estrés y salud mental en el embarazo

La relación entre el estrés excesivo y los problemas de salud mental es compleja y bidireccional, puesto que el sometimiento continuado a estrés produce problemas de salud física y mental (desde síntomas de ansiedad y depresión reactivos o trastornos adaptativos, hasta poder llegar a actuar como desencadenantes o disparadores de cuadros graves, como episodios de depresión mayor, de manía o episodios psicóticos); pero,

[536] CARMICHAEL, SL., SHAW, GM., "Maternal life event stress and congenital anomalies", *Epidemiology*, 2000, vol. 11, nº 1, pp. 30-35.
[537] HAN, VX., PATEL, S., JONES, HF., DALE, RC., "Maternal immune activation and neuroinflammation in human neurodevelopmental disorders", *Nature Reviews Neurology*, 2021, vol. 7 nº 9, pp. 564-579.
[538] VAN DEN BERGH, BRH., VAN DEN HEUVEL, MI., LAHTI, M., BRAEKEN, M., DE ROOIJ, SR., ENTRINGER, S., HOYER, D., ROSEBOOM, T., RÄIKKÖNEN, K., KING, S., SCHWAB, M., "Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2020, nº 117, pp. 26-64.

también, las enfermedades mentales suponen una importante fuente de estrés para las personas que las padecen.

La ansiedad, el estrés percibido y la depresión impactan en el desarrollo del feto y la relación materno-fetal[539]. Existe, además, una comorbilidad significativa entre ansiedad y depresión (siendo frecuente que, ante la primera, aparezca la segunda).

5.1.4.1 Ansiedad en el embarazo

Se estima que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia del 20% en el embarazo[540]. Algunos estudios describen la existencia de una curva de ansiedad en forma de U, describiendo la mayor incidencia de problemas de ansiedad durante el primer trimestre, que mejora durante el segundo trimestre obstétrico y aumenta parcialmente durante el tercero. No existe evidencia clara respecto a la gravedad de los trastornos de ansiedad en función del momento del embarazo en el que se produzca, si bien parece que en el primer trimestre podrían aumentar las malformaciones congénitas y los abortos, mientras que en el tercer trimestre podrían desencadenar un parto prematuro e interferir en el correcto neurodesarrollo del bebé[541].

Se ha descrito la ansiedad en el embarazo como un factor de riesgo fundamental para el consumo de alcohol y otras conductas nocivas, con graves repercusiones para el desarrollo del bebé[542]. Algunos autores han diferenciado una expresión de ansiedad específica del embarazo ("*pregnancy-specific anxiety*") de los distintos problemas o trastornos de ansiedad que pueden originarse o exacerbarse mientras la mujer está embarazada, pero que no se relacionan directamente con el embarazo[543]. Por ejemplo, la

---

[539] LI, H., BOWEN, A., BOWEN, R., MUHAJARINE, N., BALBUENA, L., "Mood instability, depression, and anxiety in pregnancy and adverse neonatal outcomes", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2021, vol. 21, nº 1, p. 583.

[540] BAYRAMPOUR, H., ALI, E., MCNEIL, DA., BENZIES, K., MACQUEEN, G., TOUGH, S., "Pregnancy-related anxiety: A concept analysis", *International Journal of Nursing Studies*, 2016, nº 55, pp. 115-30.

[541] GRIGORIADIS, S., GRAVES, L., PEER, M., MAMISASHVILI, L., TOMLINSON, G., VIGOD, SN., DENNIS, CL., STEINER, M., BROWN, C., CHEUNG, A., DAWSON, H., RECTOR, NA., GUENETTE, M., RICHTER, M., "Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association with Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2018, vol. 79, nº 5, 17r12011.

[542] ARCH, JJ., "Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks?", Comprehensive *Psychiatry*, 2013, vol. 54, nº3, pp. 217-228.

[543] BAYRAMPOUR, H., HOHN, RE., TAMANA, SK., SAWATZKY, R., JANSSEN, PA., BONE, JN., FAIRBROTHER, N., JOSEPH, KS., "Pregnancy-Specific Anxiety Tool (PSAT): Instrument Development and Psychometric Evaluation", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2023, vol. 84, nº 3, 22m14696.

tocofobia (o miedo al parto), la ansiedad en una mujer en seguimiento obstétrico estrecho por embarazo de riesgo, o el miedo intenso a perder un embarazo actual tras una pérdida previa son situaciones de ansiedad específica del embarazo, mientras que la ansiedad reactiva a un despido laboral en una mujer embarazada, o la reaparición de crisis de pánico en una mujer gestante que ya las tuviera previamente, son ejemplos de ansiedad no específica del embarazo. Un estudio señala que ambos tipos de ansiedad se retroalimentan mutuamente y alcanzan su máximo en la etapa previa al parto[544]. Además, ya ha estudios científicos que han encontrado una asociación inversa por la cual, a mayor ansiedad en el embarazo, menor es la duración de la gestación (es decir, habría un mayor riesgo de presentar partos prematuros); dicha asociación se encuentra mediada por el cortisol[545].

Se debe insistir en que los problemas de ansiedad durante el embarazo están infravalorados e infra diagnosticados, pese a las intensas repercusiones que puede tener en la buena evolución de la gestación y el desarrollo del feto.

5.1.4.2 Depresión durante el embarazo

Una de cada cinco mujeres embarazadas presenta sintomatología depresiva subsidiaria de recibir atención especializada[546]. Los factores de riesgo para padecer depresión durante el embarazo son múltiples: antecedentes personales de la mujer de haber padecido trastornos del ánimo, haber padecido previamente síndrome premenstrual sintomatológico, embarazos no deseados o embarazos complicados, precariedad socioeconómica, falta de apoyo social o sufrir violencia de género son sólo algunos de las situaciones que pueden desencadenar un episodio depresivo en este momento vital[547].

---

[544] HUIZINK, AC., MENTING, B., OOSTERMAN, M., VERHAGE, ML., KUNSELER, FC., SCHUENGEL C., "The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2014, vol. 35, nº 3, pp. 92-100.

[545] ROSS, KM., MANDER, H., RINNE, G., OKUN, M., HOBEL, C., COUSSONS-READ, M., DUNKEL SCHETTER, C., "Pregnancy-specific anxiety and gestational length: The mediating role of diurnal cortisol indices", *Psychoneuroendocrinology*, 2023, nº 153, p. 106114.

[546] YIN X, SUN N, JIANG N, XU X, GAN Y, ZHANG J, QIU L, YANG C, SHI X, CHANG J, GONG Y. "Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses", *Clinical Psychology Review*, 2021, nº 83, p.101932.

[547] TAYLOR, BL., NATH, S., SOKOLOVA, AY., LEWIS, G., HOWARD, LM., JOHNSON, S., SWEENEY, A., "The relationship between social support in pregnancy and postnatal depression", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2022, vol. 57, nº 7, pp. 1435-1444.

Durante el embarazo, además de los síntomas nucleares de depresión (consistentes en la presencia de un ánimo persistentemente bajo o irritable, y anhedonia, o incapacidad para sentir placer) puede predominar la sintomatología somática (en forma de fatiga excesiva, y dolores o molestias físicas excesivas sin justificación aparente) y las cogniciones negativas respecto a la propia valía y la capacidad de cuidado del bebé, con preocupaciones desproporcionadas respecto al parto o a la salud del bebé[548]. Es importante señalar que, como sucede en los episodios depresivos en otros momentos de la vida, a menudo aparecen los pensamientos de muerte, e, incluso, ideación autolítica. Cabe destacar que, en el mundo occidental, el suicidio es la principal causa de muerte de las mujeres durante el embarazo[549].

Los estudios más recientes realizados sobre SMP consideran que la depresión y la ansiedad prenatales son los mejores predictores de aparición de depresión postparto y se asocian con problemas en el apego infantil (como se verá más adelante)[550]. Por este motivo, cada vez se tiende más al empleo de la terminología "depresión periparto", y que engloba también aquellas depresiones iniciadas durante el periodo del embarazo[551].

La depresión en el embarazo puede tener consecuencias graves para la madre (con abandono del autocuidado, conductas de riesgo e, incluso, suicidio), y para el bebé, sumando a todas las repercusiones identificadas en los trastornos de ansiedad (riesgo de prematuridad y bajo peso al nacimiento), mayores tasas de complicaciones obstétricas graves, mayor interferencia en la vinculación afectiva madre-bebé y mayor perturbación del neurodesarrollo a corto y medio plazo.

Pese a la elevada prevalencia de depresión en el embarazo (mayor, por ejemplo, que la diabetes gestacional) y a las graves repercusiones que ésta puede llegar a tener, tanto sobre la madre como sobre el bebé, en el seguimiento obstétrico del embarazo a menudo no se incluye el cribado de depresión, y ello, aunque existen recomendaciones internacionales al respecto. A esto se une la escasa visibilidad social de los trastornos

[548] JADRESIC, ME., "Depresión en el embarazo y el puerperio", *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2010, vol. 48, nº 4, pp. 269-278.
[549] CHIN, K., WENDT, A., BENNETT, IM., BHAT, A., "Suicide and Maternal Mortality", *Current Psychiatry Reports*, 2022, vol. 24, nº 4, pp. 239-275.
[550] VAN NIEL, MS., PAYNE, JL., "Perinatal depression: A review", *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2020, vol. 87, nº 5, pp. 273-277.
[551] SERATI, M., REDAELLI, M., BUOLI, M., ALTAMURA, AC., "Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review", *Journal of Affective Disorders*, 2016, nº 193, pp. 391-404.

afectivos durante el embarazo (una etapa socialmente considerada como feliz o "*de buena esperanza*"), que disuade a muchas mujeres de consultar por temor a sentirse juzgadas, y el miedo a la toma de fármacos durante el embarazo.

Es frecuente que las mujeres con antecedentes de problemas de salud mental que están tomando tratamiento por ese motivo (antidepresivos o ansiolíticos), lo interrumpan de forma unilateral al conocer su embarazo, por miedo a repercutir negativamente en el desarrollo del bebé. Sin embargo, esta interrupción abrupta de psicofármacos ha demostrado riesgo de recaída en el 68% de los casos frente a un 26% en las mujeres que mantuvieron el tratamiento, cuando la mayoría de los fármacos no son nocivos para la gestación, o tienen un índice de riesgo/beneficio favorable, y deberían mantenerse durante el embarazo a la mínima dosis eficaz[552].

5.4.1.3 Otros problemas de salud mental durante el embarazo

El embarazo es un periodo especialmente vulnerable para sufrir reagudizaciones de cualquier trastorno mental previo que padeciera la madre; pudiendo, además, iniciarse sintomatología específica en relación con el propio embarazo. En un 3,5% de las mujeres embarazadas, generalmente en los casos de rasgos de personalidad de perfeccionismo y autoexigencia, pueden surgir o exacerbarse los síntomas de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en relación a la contaminación y el lavado de manos o de alimentos, por miedo a contagiar a su bebé[553]. La sintomatología de estrés postraumático vinculados a abusos sexuales previos, o a experiencias traumáticas de partos anteriores, está presente en un 3 a un 9% de las mujeres, y en el embarazo, se asocia a peores resultados obstétricos y a una mayor incidencia ansiedad y depresión tras el parto[554]. Del mismo modo, los trastornos de conducta alimentaria o los trastornos por consumo de tóxicos pueden

[552] COHEN, L., ALTSHULER, LL., HARLOW, BL., et al., "Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment", *Journal of American Medical Association*, 2006, vol. 295, nº 5, pp. 499-507; BLACK, E., KHOR, KE., KENNEDY, D., CHUTATAPE, A., SHARMA, S., VANCAILLIE, T., DEMIRKOL, A., "Medication Use and Pain Management in Pregnancy: A Critical Review", *Pain Practice*, 2019, vol. 19, nº 8, pp. 875-899.
[553] UGUZ, F., GEZGINC, K., ZEYTINCI, IE., KARATAYLI, S., ASKIN, R., GULER, O., KIR SAHIN, F., EMUL, HM., OZBULUT, O., GECICI, O., "Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy", *Comprehensive Psychiatry*, 2007, vol. 48, nº 5, pp. 441-445.
[554] LUTGENDORF, MA., ABRAMOVITZ, LM., BUKOWINSKI, AT., GUMBS, GR., CONLIN, AMS., HALL, C., "Pregnancy and posttraumatic stress disorder: associations with infant outcomes and prenatal care utilization", *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2022, vol. 35, nº 25, pp. 9053-9060.

suponer riesgos específicos durante el embarazo, y requieren de un seguimiento cercano.

Respecto a los trastornos mentales graves preexistentes, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, el embarazo, y también el postparto, son momentos de elevada vulnerabilidad, con una elevación del riesgo de experimentar descompensaciones potencialmente graves, por lo cual el seguimiento psicopatológico y la monitorización de fármacos debe realizarse de forma cercana, valorando siempre de forma cuidadosa el riesgo y el beneficio de cada intervención[555].

5.2. Derechos humanos en la protección a la mujer embarazada

Como se expuso en los Capítulos iniciales, las mujeres tienen derecho a una atención médica libre de discriminación, con igualdad a los hombres en el acceso a los servicios de salud, teniendo garantizados los servicios sanitarios apropiados en la atención al embarazo, siendo estos gratuitos cuando fuere necesario, y con garantías de que la mujer embarazada recibe una nutrición adecuada[556]. Es decir, se establece la protección de las mujeres embarazadas.

Además, el derecho de las madres a recibir una adecuada atención sanitaria en la etapa prenatal aparece igualmente recogido con un carácter funcional debido a los beneficios que implican para el *nasciturus*, en el artículo 24 apartado c) de la Convención de los derechos del Niño. Esto es, la protección de la mujer embarazada se recoge funcionalmente en cuanto es necesaria para su bebé, y no tanto en su condición de mujer que accede a la maternidad.

Las mujeres embarazadas, como todas las personas, tienen derecho a la información sanitaria, a la autonomía, a la participación en la toma de decisiones, como todas las personas en el ejercicio de sus derechos relativos a la salud.

La atención sanitaria de las mujeres embarazadas se realizará conforme a las recomendaciones de la OMS, recogidas en su guía "*Recomendaciones de la OMS sobre*

[555] JONES, I., CHANDRA, PS., DAZZAN, P., HOWARD, LM., "Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period", *The Lancet*, 2014, vol. 384, nº 9956, pp. 1789-1799.
[556] Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, epígrafes 1 y 2.

atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo" y comentadas en el Capítulo III del presente trabajo.

Las mujeres embarazadas, dentro de su derecho a servicios sanitarios apropiados, tienen también derecho a la atención de su salud mental de forma especializada; esto es, tienen derecho a ser atendidas por profesionales formados en atención a la salud mental perinatal.

En la atención a la salud mental perinatal de las mujeres embarazadas, se recomienda atender a las directrices de la OMS recogidas en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*", comentada ya en el Capítulo III.

Los Estados deben garantizar, por medio de políticas adecuadas, la eliminación de desigualdades e inequidades que puedan surgir por la influencia de los determinantes sociales de salud sobre las mujeres embarazadas.

En el ámbito laboral, las mujeres embarazadas tienen, también, derecho a la igualdad y la no discriminación laboral, reconocido en el artículo 11 de la Convención de la CEDAW; donde se incluye la prohibición, bajo pena de sanciones, del despido por motivo de embarazo, y la obligación de prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado que pueden resultar perjudiciales para ella, revaluando y actualizando periódicamente la legislación protectora a la luz de los nuevos conocimientos científicos.

Se exponen a continuación algunos supuestos de la práctica asistencia que se entiende pueden ilustrar algunos aspectos manifiestamente mejorables en la efectiva protección de estos derechos

5.2.1 Problemas a la atención a la salud mental en el embarazo

Mujer de 28 años, gestante de 11 semanas, que acude a su médico de Atención Primaria por sensación continua de ahogo, inquietud interna y labilidad emocional. Su médico le indica que, debido al embarazo, no considera recomendable iniciar tratamiento farmacológico, prescribiéndole medidas generales de salud (actividad física ligera, dieta

saludable, higiene del sueño). No explora determinantes sociales de salud, si bien decide adelantar la cita de seguimiento que tiene la paciente pendiente con su matrona.

En la semana 13 de gestación, tras cita con obstetricia para la ecografía de la semana 12 (donde no se explora el estado afectivo de la mujer), la mujer es atendida por su matrona, a quien le refiere estado ansioso generalizado, con multitud de preocupaciones respecto a su capacidad para hacerse cargo de un bebé y desempeñar un rol materno. La matrona señala que podrá acudir al grupo de preparación al parto, pero sólo a partir de la semana 28. Ante la insistencia de la mujer de que ella "*no se encuentra bien*", decide cursar derivación a psicología clínica del Centro de Salud Mental, con una primera cita para dentro de cinco meses. La paciente acude presencialmente a la ventanilla de Atención al Paciente del Centro de Salud Mental para intentar adelantar la cita. Finalmente, dos días después le comunican telefónicamente que podrá tener una primera cita con psiquiatría de adultos en el Centro de Salud Mental dentro de dos semanas.

En la semana 16 de gestación, la paciente es atendida en primera evaluación por psiquiatría. Se recoge historia clínica donde se detalla historia biográfica de adopción de la mujer a los dos años de edad, habiendo residido previamente en dos familias distintas de acogida, además de unos meses en un centro de acogida infantil. La relación con su madre adoptiva ha sido complicada, pasando por una etapa muy conflictiva en la adolescencia, cuando la paciente abandonó la escolarización obligatoria y mantuvo consumo habitual de cannabis y alcohol. Posteriormente, tras intervención terapéutica con una psicóloga privada, abandonó los consumos, inició una formación profesional de peluquería, y en la actualidad trabaja por cuenta ajena en una gran cadena de peluquería. En el momento actual, la relación con su madre adoptiva es cordial, aunque distante. Conoció a su actual pareja, que es electricista, hace dos años por medio de unos amigos comunes, aunque viven juntos desde hace sólo tres meses. El embarazo no ha sido buscado, aunque la paciente refiere que en un primer momento le hizo "*ilusión*" saber que iba a ser madre. Refiere que ha empezado a "*darle vueltas*" y piensa que ella "*va a ser una madre espantosa*", teme no saber cuidar a su hijo y está experimentando numerosas crisis de angustia, que van incrementándose a medida que pasan los días y ve "*que el embarazo de verdad sigue para adelante*".

La psiquiatra refiere que está presentando un trastorno adaptativo con síntomas ansiosos en relación con su embarazo y le ofrece la posibilidad de iniciar tratamiento farmacológico con un antidepresivo, que la paciente rechaza por temor a que éste pueda influir negativamente en el desarrollo de su bebé. La psiquiatra le refiere que "*no hay mucho más*" que puedan hacer por ella en el centro y le recomienda "*que intente llevar una vida tranquila, porque el bebé también lo necesita*". Le ofrece estrategias básicas de relajación y parada del pensamiento, y le deja cita de seguimiento en un mes para observar evolución.

El presente caso expone la falta de adherencia a las recomendaciones de las directrices de la OMS recogidas en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*".

En primer lugar, la provisión primaria de servicios (en este caso, desde Atención Primaria) en un primer momento no identifica adecuadamente el problema de salud mental perinatal de la paciente, no explora los determinantes sociales de salud que pueden estar implicados y no activa el primer paso de intervención, que es la intervención psicosocial. Sí procede adecuadamente a derivar a un especialista en salud materna (en este caso, la matrona). En la evaluación por parte de obstetricia, correspondiente al cribado del primer trimestre, la paciente no es explorada a nivel de salud mental, ni se realiza ningún cribado al respecto. La matrona identifica el malestar de la paciente, pero no puede ofrecerle, tampoco, atención en grupos de mujeres (recomendación recogida en la Guía de la OMS para una experiencia positiva de embarazo, señalando los beneficios que los grupos de mujeres tienen para que éstas desarrollen experiencias positivas), ya que éste está cerrado a mujeres con gestaciones que no han alcanzado el tercer trimestre.

Dado que el servicio desde el que trabajan no cuenta con unidad especializada en atención a la salud mental perinatal, la matrona deriva, adecuadamente, a psicología clínica de zona, pero la elevada lista de espera para acceder a psicología hace que, finalmente, se cambie esta cita por otra con una especialista en psiquiatría general, que puede atender a la paciente con mayor prontitud.

La evaluación de la paciente por parte de psiquiatría es inicialmente adecuada, recogiendo la historia biográfica y los factores de riesgo para experimentar psicopatología en la etapa perinatal (historia propia de adopción, problemas vinculares con sus figuras

de apego, consumo de sustancias en la adolescencia, relación de pareja reciente, embarazo no buscado), si bien la psiquiatra, probablemente por falta de formación en intervención perinatal, así como de recursos específicos dentro de su Centro de Salud Mental, no establece focos de intervención terapéutica al respecto, ni explora la situación vincular actual con su propio bebé, ni busca la promoción del vínculo afectivo prenatal madre-bebé, responsabilizando incluso a la mujer de sus síntomas al plantearle que "*debe llevar una vida tranquila*". Ofrece tratamiento farmacológico, que la paciente rechaza en una libre decisión tras recibir información sobre los riesgos y beneficios. Deja cita de seguimiento para monitorizar evolución de los síntomas.

En este caso, se observa una atención deficiente a las necesidades de la salud mental de una mujer embarazada, que, ante síntomas de malestar afectivo en relación con diversos factores de riesgo, no ha recibido intervenciones psicosociales básicas (activación de redes de apoyo, tratar de implicar a la pareja y a la familia adoptiva, incluirla en grupos de mujeres o grupos de embarazadas…), ni intervenciones psicológicas especializadas en salud mental perinatal. Se ha ofrecido como primera opción terapéutica un tratamiento farmacológico, que la paciente ha rechazado.

Por ello se estima que, en este caso, se está vulnerando el derecho a la atención a la salud de las mujeres en la etapa prenatal, recogida en el artículo 12, epígrafe 2, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, entendiendo que la salud mental es un pilar básico de la salud también durante el embarazo, y su desatención incumple este derecho humano al igual que el de atención a la salud prenatal recogido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, en su epígrafe 2, como medida necesaria para adoptar por los Estados Partes para garantizar el cumplimiento del derecho del niño al disfrute del máximo nivel de salud que sea posible.

5.2.2 Listas de espera, una limitación en el acceso a la salud mental en la etapa perinatal

Mujer de 37 años, embarazada de 16 semanas, con antecedentes personales en salud mental de anorexia nerviosa en la adolescencia (con buena recuperación), y episodio depresivo a los 25 años (desencadenado por el fallecimiento de su padre y la ruptura con

su pareja sentimental de entonces), que requirió tratamiento farmacológico con antidepresivos y un antipsicótico a dosis bajas durante dos años. Dada de alta de la consulta de psiquiatría hace 7 años, cuando ella tenía 30.

Respecto a la enfermedad actual, la mujer refiere que, desde hace un mes aproximadamente, ha experimentado una bajada progresiva del estado de ánimo, con tendencia al llanto y disminución de la ingesta por ausencia de apetito, por lo que no está ganando peso según corresponde a su estado de gestación. Presenta múltiples preocupaciones respecto a su bebé, refiriendo no sentirse capacitada para ejercer de madre, con gran vivencia de culpa por sentir que no lo está alimentando de manera adecuada. Asimismo, siente que ya no es capaz de disfrutar de las actividades que antes le gustaban, se siente continuamente muy cansada, con enclaustramiento en el domicilio y tendencia a permanecer en la cama, habiendo faltado al trabajo en varias ocasiones por no sentirse con fuerzas para ir. Su médico de cabecera, sospechando la presencia de un episodio depresivo, ha tramitado su baja laboral y ha cursado derivación a psiquiatría porque sospecha que la paciente requiere atención especializada y, debido a la gestación, él no se atreve a iniciar tratamiento farmacológico. La cita que ofrecen a la paciente, catalogada como preferente, en el CSM, es para dentro de cinco meses (prácticamente para su fecha prevista de parto). En su área de referencia no existe ningún dispositivo específico de atención perinatal a la que pueda ser derivada para evaluación, seguimiento e intervención.

Desde la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud nacionales se han visto altamente tensionados, con incrementos notables en indicadores tales como el tiempo de espera quirúrgico y el tiempo de espera a ser atendido en consultas externas. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, los datos públicos a julio de 2023 recogen cifras preocupantes respecto a la demora en la atención en consultas, siendo más de 375.000 las personas que tienen un tiempo de espera hasta la fecha de cita mayor de 90 días, tal y como se recoge en la siguiente tabla[557]:

Cuadro 3: Desglose por días de espera de pacientes de la Comunidad de Madrid pendientes de atención en consultas externas por fecha de cita (a julio de 2023)

[557] Página web oficial de la Comunidad de Madrid. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera-consultas-externas. (Consultado el 10 de septiembre de 2023).

• Número de pacientes de 0 a 30 días de espera	104.870
• Número de pacientes con 31-60 días de espera	63.879
• Número de pacientes con 61-90 días de espera	83.398
• Número de pacientes con > 90 días de espera	376.116

Fuente: Página web oficial de la Comunidad de Madrid.

La falta de recursos para la atención en consultas externas especializadas, y, concretamente, en la salud mental, dentro de la atención pública, se hace todavía más patente en la etapa perinatal. Por una parte, resulta evidente que, en un proceso temporalmente limitado, como es la gestación, con una duración estimada de 280 días, encontrar una demora superior a 30 días para una primera consulta supone el transcurso prácticamente de la tercera parte del embarazo sin atención. Por otro lado, se une la escasez de profesionales y recursos especializados en salud mental perinatal, de modo que muchas mujeres serán derivadas a profesionales de la psiquiatría o la psicología clínica generalistas, a menudo sin las competencias necesarias para identificar e intervenir en los problemas perinatales. En estos casos, la atención no sólo puede ser insuficiente, sino que, en ocasiones, puede llegar a resultar iatrogénica, debido a situaciones tales como la inexperiencia y el temor de muchos profesionales a emplear psicofármacos en el periodo perinatal, con dificultades para evaluar adecuadamente la balanza riesgo/beneficio[558].

De un lado, el presente estado de la atención en consultas externas en la Comunidad de Madrid (situación posiblemente extensible al resto de Comunidades Autónomas del territorio nacional) vulnera los principios fundamentales de disponibilidad y accesibilidad, e incluso el de universalidad, para un enfoque en salud basado en los derechos humanos. Esto repercute en la necesaria atención en salud a las

[558] DE LA CRUZ VILLALOBOS, N., "Psicofarmacología durante el embarazo y la lactancia", *Revista Cúpula*, 2022, vol. 36, nº 2, pp. 38-53.

mujeres durante el embarazo y el postparto, situación que aparece recogida como un derecho de las mujeres en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 12: "(…) *los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia*." Tal y como se viene reiterando desde el Capítulo I del presente trabajo, la salud mental es una parte indiscutible de la salud, también en lo referido a la salud materna.

Por otro lado, y unido a este último apunte, a muchas mujeres embarazadas en España no se les está ofreciendo una atención integral a su salud, puesto que muchos servicios de atención a la salud materna no incluyen la atención a su salud mental; y, cuando lo hacen, a menudo no cumple las recomendaciones de la OMS de ser atendidas por profesionales de la salud mental especializados en perinatal (preferiblemente, profesionales de Psicología, como recoge en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*"). De esta manera, no sólo las labores de prevención de enfermedad y promoción de la salud están limitadas, sino que el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas de los trastornos mentales perinatales a menudo no se realizan; debido, en parte, a la falta de accesibilidad de los recursos de salud mental perinatal y a la escasez de los mismos.

5.2.3 Derecho a la atención a la salud mental también en situaciones de pérdida gestacional

Mujer de 35 años de edad, gestante de 9 semanas, que acude al servicio de urgencias por sangrado vaginal. En la consulta es atendida por dos residentes de ginecología y un facultativo, que, en la ecografía vaginal, explica a las residentes los hallazgos de la prueba de imagen delante de la paciente, sin informarla a ella primero. La paciente escucha la expresión "*huevo huero*" y se angustia, incorporándose sobre la silla de exploración pregunta que "*qué significa eso*". El facultativo le responde mientras se retira al escritorio que "*no hay embrión*". La mujer rompe a llorar, pero ninguno de los tres médicos presentes añade nada o pregunta por su estado emocional.

La mujer se levanta y se viste de nuevo en el cuarto de baño anexo a la consulta médica; cuando sale, le entregan el informe médico de la consulta y le refieren la cita para proceder a un legrado instrumental programado, sin otra información añadida. La mujer abandona la consulta llorando.

El presente caso es representativo de las deficiencias que todavía existen en nuestro entorno en la atención sanitaria al duelo perinatal y el estado mental de las mujeres en las situaciones de pérdida gestacional.

En primer lugar, se observa un trato inadecuado y un cumplimiento incorrecto del derecho a la información sanitaria y la intimidad en salud. La paciente no es correctamente informada en un primer momento, contactando con la noticia de forma parcial a través de la explicación que da el ginecólogo facultativo a los ginecólogos en formación. No se siguen las recomendaciones de la OMS de ofrecer a la mujer la posibilidad de preguntar o aclarar cuestiones. No se tiene en cuenta el impacto emocional que la pérdida está suponiendo para la mujer. Los profesionales sanitarios que atienden a la paciente no evalúan su estado mental, no la atienden en su malestar afectivo ni valoran si existe la necesidad de derivarla a otros servicios para recibir dicha atención, contraviniendo las recomendaciones específicas que la OMS, en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*"; recoge para la atención en los casos de pérdida gestacional.

En segundo lugar, es necesario considerar que la falta de atención a la salud mental a las mujeres que sufren una pérdida gestacional supone una importante limitación en la atención a la salud integral de dichas mujeres. Esta limitación, que atañe sólo a las mujeres, supone una discriminación hacia ellas en su derecho a recibir atención sanitaria, contrario al epígrafe 1 del artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que refiere que los Estados Partes están obligados a "*eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia*".

Por último, es destacable también que, en la atención a la mujer, el facultativo se limita a indicar en el informe la necesidad de un legrado instrumental programado, sin

ofrecer información acerca de posibles alternativas para el tratamiento de un aborto, los riesgos y beneficios de la intervención, y sin recabar el consentimiento informado de la mujer. Se aprecia por tanto una vulneración de los derechos a la información sanitaria y la autonomía de la paciente.

5.2.4 "*El embarazo no es una enfermedad*": Cuando la incapacidad laboral temporal en el embarazo no es reconocida por el sistema de salud

Mujer de 26 años, embarazada de 7 semanas, derivada a consulta externa de psiquiatría por parte del servicio de salud laboral del hospital. La mujer trabaja como Médico Interno Residente (M.I.R.) de tercer año en la especialidad de medicina interna, debiendo realizar turnos de asistencia continuada de 24 horas ("guardias"), en una periodicidad mensual de 4 a 6. La mujer ha sido derivada por presentar síntomas de ansiedad reactiva al estrés que le supone mantener la carga laboral actual con los síntomas físicos relativos al embarazo. Refiere vómitos matutinos reiterados y náuseas persistentes durante todo el día, así como intensa somnolencia vespertina a partir de las siete u ocho de la tarde, explicando vivencia de incapacidad para mantener una actividad nocturna continuada en esas condiciones. Cuenta empeoramiento grave del malestar y los vómitos el día que sigue al turno nocturno, con incapacidad de tolerar alimentos durante horas. Explica que la intensa somnolencia que sufre por las noches le impide atender adecuadamente en su desempeño laboral. De hecho, ha recibido una reclamación oficial de un paciente que se sintió inadecuadamente atendido por ella durante una asistencia nocturna en urgencias: en dicha reclamación, el paciente explica que "*el desinterés de la doctora era manifiesto, pues no dejó de bostezar delante de él durante toda la consulta de urgencias*". Esta situación le está generando un estrés importante y una disminución de su confianza en sí misma como médico. Ha acudido al servicio de salud laboral para solicitar la adaptación de su puesto con la retirada de turnos nocturnos, pero desde allí le han indicado que no pueden reconocerle la exención legal de guardias hasta la semana 22 de gestación. Le han planteado la opción de solicitar una incapacidad laboral temporal (ILT) hasta que se resuelvan sus síntomas físicos por el embarazo, lo que supondría la detención de su formación como médico residente, teniendo que recuperar con posterioridad el tiempo de baja.

La mujer vive la situación con una elevada percepción de injusticia, porque considera que ella no requiere estar de baja y desearía continuar por el momento su formación médica, que ya deberá paralizar de cara al parto y el cuidado inicial del bebé. Explica que únicamente necesita una adaptación a su situación actual de embarazada. Además, todavía no ha comunicado su estado a sus compañeros, y se está sintiendo juzgada negativamente en su entorno laboral a raíz de sus dificultades para asistir resolutivamente a pacientes durante las últimas guardias y a la reclamación recibida.

De manera general, se ha demostrado que el trabajo por turnos en las mujeres embarazadas supone un estrés significativo, y el trabajo nocturno se ha asociado a mayores riesgos obstétricos[559]. Tal y como se ha expuesto en la exposición de hechos, el estrés durante la gestación tiene un impacto negativo en el propio curso del embarazo, así como en el desarrollo del embrión y del feto, y se correlaciona con mayores índices de psicopatología postparto. Pese al aumento progresivo de la protección en materia laboral realizada a partir de la segunda mitad del embarazo, a nivel legal, el primer trimestre continúa sin tener medidas de protección específica respecto a situaciones altamente estresantes en el ejercicio laboral, a pesar de los efectos teratógenos del estrés en el desarrollo embrionario, y el riesgo aumentado de aborto[560]. Ignorar esta evidencia contraviene los principios enunciados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Con el fin de impedir la discriminación contra la mujer por razón de maternidad, la Convención de la CEDAW, en su artículo 11, señala que los Estados Partes deberán tomar medidas para "*prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella*", señalando que la legislación protectora

[559] RODRÍGUEZ-RUIZ, MC., PÉREZ-ROSARIO, EN., en., Pérez Gamella, V., Mohamedi-Abdelkader, I., Graterol-Hernández, E.B, Polo de Santos, MM., "Revisión sistemática sobre los riesgos del trabajo nocturno en embarazadas", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2020, vol. 66, nº 258, pp. 13-25.

[560] CAPARROS-GONZALEZ, RA., TORRE-LUQUE, A., ROMERO-GONZALEZ, B., QUESADA-SOTO, JM., ALDERDICE, F., PERALTA-RAMÍREZ, MI., "Stress During Pregnancy and the Development of Diseases in the offspring: A Systematic-Review and Meta-Analysis", *Midwifery*, 2021, nº 97, p. 102939; ŻELAŹNIEWICZ, A., NOWAK, J., PAWŁOWSKI, B., "Woman's body symmetry and oxidative stress in the first trimester of pregnancy", *American Journal of Human Biology*, 2015, vol. 27, nº 6, pp. 816-821; WIDOWATI, R., KUNDARYANTI, R., JULIAN, DA., RAUSHANFIKRI, A., "Pregnancy and work stress: investigation of factors relating stress level of pregnant working women in Indonesia", *Gaceta Sanitaria*, 2021, vol. 35, nº 1, pp. 38-41.

de los Estados Partes deberán revisarse y actualizarse periódicamente a la luz de los conocimientos científicos.

Por su parte, el Convenio OIT sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183) recoge en su artículo 3 limitada la protección de la salud de las mujeres embarazadas o lactantes a aquellos supuestos que hayan sido determinados como perjudiciales para su salud o la del hijo por la autoridad competente o respecto del cual se haya establecido mediante evaluación que conlleva un riesgo significativo para la salud de la madre o del hijo[561], lo que resulta claramente insuficiente. Recoge, igualmente, la licencia en caso de enfermedad o de complicaciones, lo que no necesariamente resulta adecuado a este supuesto. Adaptar el puesto de trabajo parece a priori una mejor opción que el no trabajo, sin que sean situaciones suficientemente contempladas en algunos ámbitos, y muy en concreto, en el de las profesiones sanitarias[562]. Tampoco parece ajustarse a lo reconocido en el artículo 7 d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por el que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, que le aseguren en especial "*la limitación razonable de las horas de trabajo*", ni por supuesto al artículo 12 de este Pacto, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En el sector profesional sanitario, la deficiente protección laboral a las mujeres embarazadas ha motivado un gran número de reclamaciones y de denuncias legales en los últimos años. Así, la sentencia dictada por el Tribunal Supremo en 2017, que reconocía el derecho de una Médica Interna Residente de la especialidad de cuidados intensivos a recibir el pago económico de las guardias no realizadas a partir del octavo mes de gestación, permitió disminuir la brecha económica de género producida a raíz del

[561] Artículo 3: "*Todo Miembro, previa consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores, deberá adoptar las medidas necesarias para garantizar que no se obligue a las mujeres embarazadas o lactantes a desempeñar un trabajo que haya sido determinado por la autoridad competente como perjudicial para su salud o la de su hijo, o respecto del cual se haya establecido mediante evaluación que conlleva un riesgo significativo para la salud de la madre o del hijo*". OIT: C183 *Convenio sobre la protección de la maternidad,* 2000 (núm. 183)

[562] Artículo 5: "*Sobre la base de la presentación de un certificado médico, se deberá otorgar una licencia, antes o después del período de licencia de maternidad, en caso de enfermedad o si hay complicaciones o riesgo de que se produzcan complicaciones como consecuencia del embarazo o del parto. La naturaleza y la duración máxima de dicha licencia podrán ser estipuladas según lo determinen la legislación y la práctica nacionales*". OIT: C183 *Convenio sobre la protección de la maternidad*, 2000 (núm. 183)

embarazo[563]. Del mismo modo, en España, y hasta épocas muy recientes, para las médicas embarazadas, existía obligatoriedad de realizar asistencia continuada de 24 horas hasta la semana 37 de gestación, situación que en los últimos cinco años se ha ido modificando.

Al respecto, ha de recordarse que el artículo 7 de la Directiva 92/85/CEE, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia establece que los Estados miembros tomarán las medidas necesarias para que las trabajadoras embarazadas:

> "*no vean obligadas a realizar un trabajo nocturno durante el embarazo o durante un período consecutivo al parto, que será determinado por la autoridad nacional competente en materia de seguridad y salud, a reserva de la presentación, según las modalidades fijadas por los Estados miembros, de un certificado médico que dé fe de la necesidad para la seguridad o la salud de la trabajadora afectada*".

También recoge que, con arreglo a las legislaciones y /o prácticas nacionales, se incluya la posibilidad del traslado a un trabajo diurno o de una dispensa de trabajo.

Es importante señalar que la OMS reconoce el papel clave de los determinantes de salud en materia de salud mental, que, según recomienda, deben ser identificados y modificados por medio de estrategias políticas y legislativas, a fin de proteger y promover una mejor salud mental de las personas. En el capítulo 6 de su "*Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*", señala que el trabajo es uno de los escenarios fundamentales donde se producen tanto oportunidades como riesgos para la salud mental[564]. Además, en sus recomendaciones para la prevención de la depresión y la ansiedad posparto, la OMS incluye realizar intervenciones psicosociales durante el período prenatal y posnatal. Las intervenciones psicosociales se encuadran dentro de la

[563] Sentencia del Tribunal Supremo. Sala de lo Social. STS 633/2017 - ECLI:ES:TS:2017:633 Accesible en: https://www.poderjudicial.es/search/AN/openCDocument/e5e0cf323aea82ebc13003b2ec45c8c470351a2141d65976. (Consultada el 23 de junio de 2023).

[564] OMS, *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general-World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860. (Consultado el 15 de agosto de 2023).

Psicología Social, que busca comprender, predecir y cambiar las conductas sociales de las personas, y modificar los aspectos nocivos de su entorno para mejorar el bienestar.

Por otro lado, los Servicios de Salud Laboral de las empresas o de las instituciones son los encargados de gestionar los riesgos psicosociales asociados a los lugares de trabajo, siendo precisamente los centros y dispositivos de atención a la salud uno de los ambientes donde más problemas de salud mental de origen laboral se producen[565]. Así, una intervención básica sobre mujeres embarazadas que trabajan en la atención a la salud (médicas, enfermeras, psicólogas…) y que están sufriendo estados de ansiedad o depresivos debido a sus condiciones laborales es, precisamente, la modificación de dichas condiciones nocivas, no sólo para su estado de salud presente, sino en aras de prevenir la emergencia de ansiedad o depresión postparto. En la evaluación realizada a la mujer del presente caso por parte del servicio de Salud Laboral, no se realiza una adecuada identificación de los determinantes de salud, ni se activan las intervenciones psicosociales recomendadas para garantizar una adecuada salud mental perinatal, según las directrices de la OMS recogidas en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*".

En este caso, se vulneraron los derechos de las mujeres ya mencionados recogidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 11, para la protección de la mujer embarazada en el entorno laboral, desoyendo la evidencia acerca del efecto deletéreo en el embarazo del trabajo nocturno, así como de las jornadas ampliadas u horas extras, y no se siguieron las recomendaciones para la prevención de la ansiedad y la depresión postparto recomendadas por la OMS.

El estrés generado durante el embarazo en relación con la situación laboral y a las dificultades para la conciliación es un tema muy presente en la atención a la salud de las mujeres embarazadas, más allá de las situaciones específicas que supone el trabajo a turnos o la exposición de riesgo. Como en otros ámbitos de la salud mental, se trata de un problema que atañe a los servicios de salud, pero no únicamente a estos, siendo imprescindible un abordaje multisectorial de la sociedad, tal y como propone la OMS en su "*Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos"*.

[565] VILLARROEL, C., BUSCO, C., NEIRA, B., ENSIGNA, A., DURÁN, P., "Modelo de Intervención de Riesgos Psicosociales en la Red Asistencial de Salud", *Ciencia y Trabajo*, 2018, vol. 20, nº 62, pp. 76-79.

5.2.5 Recomendaciones durante el seguimiento sanitario del embarazo: ¿Promoción de la salud o iatrogenia?

Mujer de 33 años, primigesta, embarazada de 24 semanas, que acude a consulta rutinaria de seguimiento obstétrico del embarazo, siendo la primera vez que es atendida por el ginecólogo que la recibe (puesto que en cada cita ha sido atendida por un ginecólogo distinto). Tras pesar a la paciente en consulta para valorar la ganancia ponderal, se constata un incremento de peso de 9 kilogramos respecto del inicio del embarazo, siendo esta una ganancia superior a lo esperable por edad gestacional. La enfermera que la ha pesado dice que "*está ganando demasiado peso*" añadiendo que "*el embarazo no consiste en comer por dos*", el ginecólogo se dirige entonces a ella y señala que "*puede provocarle muchos problemas a su bebé si no cambia su alimentación*". La mujer, que se encuentra muy agobiada, rompe a llorar y cuenta que también está fumando durante el embarazo: si bien está intentando reducir el número de cigarrillos "*no consigue bajar de tres al día*". El ginecólogo le dice que con esas conductas "*está poniendo en grave riesgo a su bebé*", enumera las consecuencias negativas en salud para el embarazo y para el bebé derivadas del tabaco, e insiste en que "*debe dejar de fumar inmediatamente y que tiene que empezar a controlar su alimentación*", porque la mujer "*luego, si pasa cualquier cosa, no podrá quejarse*".

En ningún momento el ginecólogo pregunta sobre posible sintomatología ansiosa subyacente en la mujer, no explora si está teniendo dificultades afectivas en su embarazo ni los principales factores de riesgo psicosociales a los que puede estar sometida. Tampoco da recomendaciones específicas para promover una alimentación más saludable o reducir el hábito tabáquico, ni plantea la posibilidad de derivar a la paciente a otro recurso de salud donde pueda ser ayudada con estas dificultades.

La mujer sale llorando de la consulta, con elevado nivel de angustia, y su primera reacción, para reducir el nivel de ansiedad, es fumarse un cigarrillo tras abandonar el hospital.

El caso expuesto presenta muchas de las dificultades que supone la limitación de la atención sanitaria al embarazo sin atender a los procesos psíquicos de las mujeres embarazadas. Se observa un trato poco respetuoso con la paciente, cuestionando sus

decisiones por medio de un juicio que deja implícita una amenaza (la paciente "*no podrá quejarse si luego algo sale mal*" en su embarazo o en la salud del bebé), sin atender la ganancia de peso o el hábito tabáquico como posibles síntomas de un problema de ansiedad, que está interfiriendo en el bienestar de la mujer y en su autocuidado, y que debe ser identificado e intervenido.

En definitiva, se está realizando una mala práctica, puesto que no se identifica ni se atiende un problema de salud mental en el embarazo, que está condicionando hábitos poco saludables para el mismo. Así, se desatiende una parte las necesidades específicas de la atención durante al embarazo de esta mujer que, como se ha señalado ya reiteradamente, está reconocido tanto en el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra a Mujer como en el 24 de la Convención de los derechos del Niño, aunque es más que probable que este tipo de desatención responda a la escasa atención prestada hasta la fecha a la salud mental en general, desconociendo una parte importante del artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que reconocen, con carácter general, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

También se desatienden las recomendaciones de la OMS para una experiencia de embarazo positiva. Evidentemente, no se genera el clima de confianza y seguridad con un profesional de referencia en salud durante el embarazo, que recoge la guía. Y se desatienden, también, las principales directrices de la OMS recogidas en su guía para la atención a la salud mental perinatal, al no identificar ni atender adecuadamente el problema de salud de esta mujer embarazada.

Pero, además, el trato irrespetuoso y culpabilizador hacia la mujer ofrecido por el ginecólogo (muy alejado de una relación terapéutica de ayuda) tiene potencial iatrogénico y, de hecho, incide negativamente en la salud de la madre, que recurre precisamente a una conducta perjudicial para su embarazo (fumar), para mitigar la ansiedad que le ha generado esa consulta.

5.2.6 El techo de cristal y la maternidad: Determinantes sociales de salud en el

embarazo

Mujer de 38 años, embarazada de 16 semanas, que es derivada a consulta de psiquiatría por síntomas de ansiedad. Como antecedentes personales, refiere haber padecido un trastorno de pánico a los 22 años, coincidiendo con el último curso de su doble licenciatura en Derecho y Administración y Dirección de empresas; ella atribuye su alta exigencia académica como desencadenante principal del trastorno, que mejoró con tratamiento antidepresivo a dosis bajas, mantenido durante un año. A nivel social, la paciente trabaja en un cargo directivo de sección de una gran empresa multinacional. Ha sido recientemente ascendida, y por motivo de este ascenso, tiene programado un viaje de trabajo a Estados Unidos durante dos semanas dentro de dos meses. Ella no ha notificado a su empresa su embarazo porque, según cuenta, hace cuatro años estuvo a punto de recibir el nombramiento, cuando quedó embarazada de su primera hija. Cuenta que finalmente le dieron el puesto a otro compañero que también se había postulado al puesto pero que tenía menos méritos que ella. "*Lo justificaron diciendo que cuadraba mejor con el perfil, pero yo sé que fue por mi embarazo. A la vuelta de mi permiso de maternidad, me sentí relegada durante muchos meses, incluso me habían trasladado a un despacho más pequeño y sin ventanas. Me costó mucho volver a hacerme valer*".

En el momento actual, refiere haber empezado a padecer nuevamente crisis de pánico intensas y de frecuencia diaria, para las cuales no identifica desencadenante externo, si bien reconoce estarse viendo sometida a un gran estrés. "*No quiero hacer ese viaje en este momento, estando embarazada, pero no puedo decir que no, y no sé cómo transmitir a la empresa mi estado*". Además, siente que el cuidado de su hija de cuatro años recae principalmente en ella ("*mi marido me ayuda con algunas cosas, pero a quien llama la niña cuando necesita ayuda, cuando se ha hecho daño o cuando se despierta por la noche es a mí*"). Refiere sentirse "*desbordada*" por las demandas a las que tiene que responder tanto en su casa como en el trabajo, además de "*muy cansada*"*:* "*antes de mi embarazo no me importaba dormir sólo cuatro o cinco horas al día por los despertares de la niña, o por quedarme yo respondiendo a correos del trabajo; pero, ahora mismo, me resulta imposible seguir así*".

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), de 1979, condena la discriminación contra la mujer en todas

sus formas y recomienda seguir, "*por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer*".

La discriminación por embarazo hace referencia al trato desfavorable que las mujeres reciben en el ámbito laboral por situación de embarazo, de maternidad, o por afecciones médicas derivadas del embarazo o la maternidad[566]. La maternidad continúa siendo la principal variable mantenedora de la brecha salarial de género (aunque no la única), y dicha variable comenzaría a actuar ya desde el primer embarazo[567]. Si bien la protección a la mujer embarazada en el ámbito laboral ha sido objeto de un amplio desarrollo jurídico, y la discriminación por embarazo es ilegal, queda todavía un largo camino por recorrer. Existen multitud de situaciones, como la anteriormente expuesta (la desaparición de una oportunidad de ascenso laboral), que, por ser difícilmente demostrables, dejan en una situación de indefensión frente a la pérdida de oportunidades laborales a las mujeres que las padecen.

Sin entrar a valorar el evidente menoscabo del derecho a la igualdad de las mujeres que éstas sufren por el hecho de serlo, y que a menudo se incrementa por razón de la maternidad, en el tema de la salud materna, que es el que nos ocupa, hay que señalar que todas estas situaciones suponen un importante factor de riesgo para la misma.

De este modo, el no reconocimiento de los logros profesionales de la paciente del presente caso en su maternidad previa, con negación de un ascenso previamente apalabrado, implicó una vivencia de pérdida importante para ella relacionada directamente con su embarazo. Así, la paciente, pese a estar sufriendo continuas crisis de ansiedad, y con un embarazo en curso, no es capaz de transmitir a su empresa su incapacidad para afrontar un viaje transatlántico, por miedo a experimentar una nueva pérdida en el terreno laboral, de gran importancia para ella, por lo que no queda cubierta por la protección existente[568]

---

[566] TOMEI, M., VEGA-RUIZ, ML., "La discriminación de la mujer en el lugar de trabajo. Nuevas tendencias en materia de discriminación por motivos basados en la maternidad y el acoso sexual", *Revista Latinoamericana de Derecho Social,* 2007, nº 4, pp. 149-174.

[567] MARTÍN DE CARRIARES, S., *Brecha y penalización salarial por maternidad. Variables explicativas*. Tesis doctoral defendida en abril de 2021. Universidad Pontificia de Comillas.

[568] En efecto, a efectos, por ejemplo, de la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con

Esta situación laboral le está impidiendo disfrutar de una experiencia positiva del embarazo, que recomienda la OMS; y está suponiendo una gestación con un elevado estrés materno y estado de ánimo bajo, situaciones ambas que correlacionan con peores resultados obstétricos (más prematuridad, menor bajo peso al nacimiento, etcétera), y con una vinculación afectiva más dificultosa en la etapa postnatal, asociándose, asimismo, con un peor desarrollo en salud del infante a lo largo de la vida. Se puede señalar, también, la vivencia que experimenta la hija mayor de la paciente, de cuatro años de edad; puesto que, si bien no ha sido explorada en el caso expuesto, podemos extrapolar que sus relaciones de cuidado, principalmente ofrecidas por su madre, están viéndose distorsionadas por el estado parental de sobrecarga y estrés que ella está padeciendo.

Con esto se señala que las políticas laborales tienen repercusiones directas en la salud de las madres e indirectas en la de sus hijos e hijas, de forma que los modelos de trabajo tienen un impacto en la salud poblacional no sólo de forma inmediata, sino también con efectos demorados sobre las generaciones que están siendo criadas a la luz de los mismos. Esto supone un compromiso del bienestar de las generaciones futuras, que, según lo recogido en la Carta de Ginebra para el Bienestar, debe igualmente protegerse puesto que "*las sociedades del bienestar proporcionan las bases para que todos los miembros de las generaciones actuales y futuras prosperen en un planeta saludable, vivan donde vivan"*[569].

Las estrategias destinadas a la intervención en las primeras etapas de la vida por medio de políticas y programas centrados en la primera infancia, como refiere el Comité de los derechos del niño en su Observación General número 7, tienen un impacto positivo sobre el desarrollo de las personas[570]. Estas estrategias deben incluir, también, políticas destinadas a la primerísima etapa de la vida, esto es, la vida intrauterina, y a las madres que la albergan. Desde la perspectiva de los derechos humanos, resulta por tanto necesario valorar los determinantes sociales de salud en las mujeres embarazadas, y cómo los

arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE) solo se entiende por trabajadora embarazada aquella que comunique su estado al empresario, con arreglo a las legislaciones y/o prácticas nacionales.

[569] OMS, Carta de Ginebra para el Bienestar, 2021. https://www.who.int/es/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being. Consultado 7 abril 2023

[570] ONU, Observación General número 7 del Comité de los derechos del Niño.

contextos laboral y socioeconómico inciden sobre ellas y generan situaciones de desigualdad, produciendo peores resultados en materia de salud mental.

5.2.7 Vulneración de los derechos laborales en el embarazo

Mujer de 31 años, embarazada de 18 semanas, que acude de urgencias a Atención Primaria por presentar intensa crisis de ansiedad reactiva a problema laboral. Refiere que trabaja como enfermera en un gran hospital, en el que lleva encadenando contratos temporales desde hace seis años. Explica que hoy le tocaba la renovación de su contrato trimestral; tal y como venía realizando desde hacía años, ha acudido a Recursos Humanos para la firma de su nuevo contrato, cuando le han informado que no se iba a producir dicha renovación, por lo que la relación laboral con ella quedaba extinguida por finalización de contrato. La paciente se encuentra en un estado de gran agitación física, con elevación de la frecuencia cardiaca a 120 latidos por minutos y de la tensión arterial (TA 145/80), se muestra llorosa y con intenso desbordamiento emocional. Desde la consulta, se realiza ejercicio de contención emocional a nivel verbal, y se recomienda a la mujer notificar su situación a los sindicatos, si bien ella, muy angustiada, está convencida de que no van a poder ayudarla, porque el despido improcedente por causa de embarazo queda enmascarado bajo una finalización de contrato.

Tal y como se mencionaba en el caso anterior, se ha avanzado mucho en el derecho laboral, pero en numerosas ocasiones las mujeres todavía se encuentran con situaciones de discriminación contrarias a los derechos de las mujeres recogidos en la Convención de la CEDAW, en su artículo 11, y articulados regional o nacionalmente en legislaciones protectoras[571], viéndose, en cualquier caso, obligadas a interponer reclamaciones e iniciar procedimientos administrativos frente a sus empresas. Son situaciones en las cuales se observa la estrecha relación entre el trabajo y la salud; y, más allá de la perspectiva de género, cabe aplicar, también, la perspectiva en salud materna y de la díada madre-bebé.

Incluso en los casos en los cuales las mujeres ven adecuadamente atendidas sus reclamaciones en el ámbito laboral, siendo el resultado favorable a ellas, las mujeres han

[571] Como es el caso de la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE).

debido afrontar situaciones de estrés en el tiempo de su embarazo. Esta circunstancia supone un perjuicio evidente que no siempre es considerado en su totalidad, atendiendo al amplio calado de sus efectos nocivos, ya que, como se ha descrito previamente, el estrés en el embarazo puede tener consecuencias desfavorables tanto para la salud mental materna como para los resultados obstétricos y para el desarrollo y la futura salud mental y física del bebé.

De nuevo, la protección a la mujer embarazada en el ámbito laboral no puede ni debe verse únicamente como una cuestión de igualdad de género (un derecho humano indiscutible, consagrado internacionalmente en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer), sino que debe apelar también al derecho a la salud que tienen los bebés que están siendo gestados.

Al estar sometidos en su vida intrauterina a estrés materno, los fetos pueden verse grandemente perjudicados, experimentado modificaciones epigenéticas (ya explicadas previamente) que los predispondrá a un mayor riesgo de enfermedades físicas y mentales a lo largo de la vida, además de sufrir un mayor riesgo de prematuridad o bajo peso al nacimiento. Por lo tanto, el compromiso en salud no es sólo hacia los bebés, sino también hacia las personas adultas que llegarán a ser, suponiendo un evidente menoscabo para las generaciones futuras. Esto colisiona frontalmente con la afirmación recogida en la "*Carta de Ginebra para el bienestar. De la salud al bienestar*", de 2021, donde se afirma que se deben proporcionar las bases para que puedan prosperar "*todos los miembros de las generaciones actuales y futuras*".

5.2.8 Madre embarazada sin apoyo social y con deficiente asistencia sanitaria en la etapa prenatal

Mujer de 34 años, primigesta en la semana 30 de embarazo, que acude a consulta de Salud Mental Perinatal por mal estado afectivo. Como antecedentes personales, la paciente refiere haber acudido dos años a Psicología por la vía privada para manejar ansiedad escénica. La paciente es violinista profesional de alto nivel, habiendo formado parte durante años de algunas de las orquestas más prestigiosas del mundo (en Viena y en la Filarmónica de Berlín, en la cual ha estado ejerciendo hasta hace tan sólo unos meses). Su pareja, también músico profesional, ha tenido una trayectoria más dificultosa,

por lo que en los últimos cinco años ha trabajado en distintas orquestas americanas (fundamentalmente, en México), hasta que, recientemente, ha sido contratado en la Orquesta Nacional de España, por lo que se ha trasladado a Madrid. Ambos mantienen una relación afectiva desde la adolescencia; y, con el regreso de él a Europa, han decidido no seguir posponiendo sus deseos genésicos. Justo dos días antes de conocer que estaba embarazada, a ella le notificaron que este año no iban a renovar su contrato en la Orquesta Filarmónica de Berlín. La paciente se instaló entonces con su pareja en Madrid, donde no ha encontrado empleo, más allá de contratos esporádicos como amenizadora musical de eventos. Explica, muy angustiada, que "*ningún grupo musical importante contrata a embarazadas*". Su gran preocupación es que, al no haber cotizado en España, no tiene derecho a ninguna clase de prestación tras el parto, por lo que deberá buscar trabajo de manera inmediata una vez que dé a luz. Su pareja lleva poco tiempo trabajado en España y tampoco ha generado derecho a la prestación por paternidad. "*De repente, después de haber dedicado toda nuestra vida a la música, ensayando de ocho a doce horas al día, y sin parar de trabajar, nos encontramos con un bebé al que no nos dan derecho a cuidar, sin ningún apoyo de ningún tipo, con una mano adelante y otra detrás*". Está muy preocupada por los cuidados del bebé que espera y por la situación económica con la que se van a encontrar tras su nacimiento ("*si me quedo con ella, no podemos sostenernos económicamente, y si busco trabajo, no tengo dónde dejar a una bebé recién nacida*").

Además, señala la intensa vivencia de soledad en su embarazo. Relata que en su centro de salud de referencia no se han retomado los grupos de preparación al parto después de la pandemia de COVID-19. En su lugar, le han dado acceso a una grabación de dichas clases, pero refiere que siente que ese formato no le está ayudando a generar confianza en sí misma a la hora de afrontar un parto. Cuenta, además, que desde que llegó a España, no ha tenido experiencia de continuidad en el seguimiento de su embarazo, puesto que "*en cada cita la ve un médico distinto*". Explica que se siente abrumada, "*lo que pensaba que sería una experiencia especial y única en mi vida se ha convertido en un tormento*", refiere que siente que no está recibiendo ninguna clase de apoyo.

En el presente caso, encontramos, por un lado, la falta de apoyo social al embarazo y la ausencia de protecciones específicas, fuera del marco laboral; y, por otro, las limitaciones en el seguimiento al embarazo fisiológico dentro del sistema público de

salud. Todo ello supone importantes estresores psicosociales sobre la madre, con posibilidad de comprometer, de forma secundaria, su salud y la de su bebé.

Respecto al seguimiento en el embarazo, se observa incumplimiento de las recomendaciones de la OMS en su guía "*Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*"[572]. La guía recomienda la inclusión de grupos prenatales en la asistencia a las mujeres embarazadas, recogiendo lo siguiente:

> "*La atención prenatal adopta convencionalmente la forma de una consulta individual entre la embarazada y su proveedor de atención de salud. Sin embargo, la atención prenatal en grupo integra la habitual evaluación individual de la salud en el embarazo con actividades educativas en grupo adaptadas y el apoyo entre pares, con el propósito de motivar un cambio de comportamiento en las embarazadas, mejorar los resultados del embarazo y aumentar la satisfacción de las mujeres. La intervención incluye normalmente actividades de autoevaluación (por ejemplo, medición de la presión arterial), educación en grupo con debates facilitados, y tiempo para la socialización. La atención prenatal en grupo debe realizarse en un espacio que sea suficientemente grande para acomodar a un grupo de mujeres y cuente con una zona privada para las exploraciones.*"

Tal y como refiere la paciente, la pandemia de COVID-19 ha podido disminuir la formación de grupos prenatales y de preparación al parto en el entorno comunitario de nuestro país, incluso una vez superada la alarma por la misma.

Además, la OMS también señala que sus investigaciones han constatado que las mujeres valoran mucho su experiencia de embarazo, y que consideran importante poder generar una relación de confianza con su personal de referencia (en el caso de nuestro país, esta figura la ostenta generalmente el facultativo u obstetra, si bien también podría ostentarla la matrona del centro de salud). Así, en la guía se recoge:

> "*La evidencia mostraba que las mujeres de entornos de ingresos altos, medianos y bajos valoraban que el embarazo fuera una experiencia positiva. En un contexto*

[572] OMS, *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Consultado el 14 de septiembre de 2023).

de sistemas de salud, esto incluía la adopción de sistemas de cita flexibles y de continuidad asistencial de los proveedores donde se dé a las mujeres la privacidad y el tiempo necesarios para establecer relaciones auténticas y de apoyo con los proveedores de atención del embarazo y el parto (confianza alta en la evidencia).”

Sin embargo, en el actual modelo asistencial público, al menos en la Comunidad de Madrid, efectivamente no existe una continuidad de profesional facultativo entre citas, de forma que en cada una de ellas la mujer puede ser atendida por un obstetra distinto, siendo las citas de escasa duración, sin dar tiempo a generar una auténtica relación de confianza médico-paciente.

Por otro lado, en este caso nos encontramos con una situación de falta de apoyo social derivada de la ausencia de una vinculación laboral de la mujer embarazada con el Estado español. De nuevo, estamos ante los determinantes sociales de salud, los componentes estructurales, como las políticas laborales y económicas de nuestra sociedad, que inciden sobre las mujeres embarazadas generando desigualdades en este grupo específico de población, sometiéndolas a una mayor pobreza, a más estrés y a peores resultados de salud.

La OMS insta a diseñar políticas para luchar contra estas inequidades para acabar con la desigualdad y mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos por los determinantes sociales de salud[573]. Y, en su “*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*”, insiste en la necesidad de atender de forma individualizada a grupos de mujeres con necesidades específicas, entre los cuales incluye aquellas en riesgo de pobreza o en aislamiento social, recomendando a los sistemas sanitarios ofrecer apoyos y activar las redes sociales de las mujeres, por ejemplo, incluyéndolas en grupos terapéuticos de mujeres en etapa perinatal.

La pobreza es un determinante social de salud de especial relevancia. Es importante considerar que el estrés materno durante el embarazo frente a una situación de precariedad económica puede deteriorar también la salud de la mujer y del bebé que

[573] OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

espera. En este sentido, resulta imprescindible garantizar apoyos psicosociales para las mujeres embarazadas en situación de riesgo de pobreza, puesto que es su salud, y la de su bebé, lo que está en juego.

Una de las demandas más repetidas desde los colectivos de madres es la solicitud de una prestación universal puerperal, independientemente de la situación laboral o del tiempo cotizado, puesto que la reproducción es independiente del trabajo productivo.

La ausencia de una prestación universal por maternidad podría estar atentando contra el principio de igualdad en los recién nacidos, puesto que algunos bebés (precisamente, aquellos con una situación socioeconómica más desfavorable, por ser hijos de madres adolescentes o muy jóvenes, o madres en situación de empleo irregular sin cotización, o madres desempleadas) podrían ver comprometido su derecho a ser cuidados; ya que, al no tener garantizado el sustento en los primeros meses postparto por medio de la prestación por maternidad (situación, además, que supondría una mayor pobreza infantil), muchas madres podrían verse impelidas a incorporarse al mercado laboral de manera inmediata. Tal y como señala Zalakain, en un artículo del año 2021:

> "*La literatura publicada en relación con el diseño de estas prestaciones permite también afirmar que existe una relación positiva entre el carácter universal de estas prestaciones y su capacidad para la reducción de la pobreza, y que las prestaciones universales presentan, frente a las selectivas o focalizadas, más ventajas que inconvenientes. La evidencia disponible apunta en cualquier caso a la necesidad de avanzar hacia un universalismo focalizado ("targeting within universalism"), en la medida en que las estrategias que han tenido más éxito para abordar la pobreza infantil han demostrado ser las sustentadas en políticas destinadas a mejorar el bienestar de todos los niños y niñas, teniendo especialmente en cuenta, al mismo tiempo, a los niños y a las niñas que se encuentran en situaciones particularmente vulnerables*"[574].

[574] ZALAKAIN, J. , "Diseño e impacto de las prestaciones por hijos a cargo en los países de la OCDE", *Revista de servicios sociales*, nº 74, 2021, pp. 5-32.

CAPÍTULO VI. PERIPARTO

6.1 Exposición de hechos: La experiencia biopsicológica del parto

El parto es mucho más que un proceso biológico que se desencadena por la participación de una cascada hormonal y que finaliza el embarazo mediante la expulsión mecánica del bebé desde el útero materno al medio exterior. Se trata de un momento único en la vida del bebé, y también en la de la madre, que generalmente se produce rodeado de significados y respuestas sociales. La experiencia de parto puede resultar altamente satisfactoria para muchas mujeres que lo atraviesan; pero, también, puede suponer un trauma con importantes repercusiones en la salud materna, incluyendo el desarrollo de psicopatología postparto y dificultades en la vinculación con el bebé[575]. En esta línea, la OMS ha establecido en sus directrices la importancia de la experiencia positiva de parto, para reconocer el valor de un "*desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto*", señalando que esta experiencia es positiva si "*cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer*". Explica, además, que la mayoría de las mujeres "*desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médica*s"[576].

Según los datos de la OMS, la mortalidad materna en el parto continúa inaceptablemente alta en numerosos países en vías de desarrollo, constituyendo el 95% de la mortalidad materna mundial aquellas defunciones de mujeres parturientas en países de ingresos bajos, y siendo en la gran mayoría de los casos evitable y relacionada con una atención sanitaria deficitaria[577]. En los países desarrollados, la mortalidad asociada al

[575] TAHERI, M., TAKIAN, A., TAGHIZADEH, Z., JAFARI, N., SARAFRAZ, N., "Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum intervention", *Reproductive Health*, 2018, vol. 15, nº 1, p.73; RODRÍGUEZ-ALMAGRO, J., HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, A., RODRÍGUEZ-ALMAGRO, D., QUIRÓS-GARCÍA, JM., MARTÍNEZ-GALIANO, JM., GÓMEZ-SALGADO, J., "Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16, nº 9, p. 1654.

[576] OMS, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado el 14 de septiembre de 2023).

[577] SAY, L., CHOU, D., GEMMILL, A., TUNCALP, O., MOLLER, AB., DANIELS, J., GULMEZOGLU, AM., TEMMERMAN, M., ALKEMA, L., "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis", *The Lancet Global Health*, 2014, vol. 2, nº 6, e323-e333.; SAMUEL, O., ZEWOTIR, T.,

parto, tanto materna como fetal, ha disminuido hasta cifras muy bajas gracias a la atención sanitaria especializada, situación que ha de valorarse como un gran logro del desarrollo en materia de salud[578]. Sin embargo, las experiencias traumáticas acontecidas en el paritorio (en numerosas ocasiones, asociadas a tratos inadecuados, tal y como se desarrollará en este Capítulo), son una realidad muy prevalente entre las mujeres atendidas en sus procesos de parto: se ha estimado que el 45% de las mujeres que han parido consideran su parto como traumático, si bien la presencia clínica de estrés postraumático por el parto afectaría a entre el 1,5 y el 9% de las mujeres que han dado a luz[579]. Por tanto, en la atención al parto en los países desarrollados, el gran reto que se perfila en la actualidad es aquel que supone garantizar no sólo la supervivencia física de la madre y su bebé, sino que ésta se produzca en los máximos niveles de salud, incluyendo la salud mental.

Así, las graves consecuencias sobre la salud mental materna que asocian los partos traumáticos, unidas a las reivindicaciones de muchas mujeres que han visto violado su derecho a la autonomía durante el parto, han puesto en el foco de la atención pública la necesidad de garantizar un cuidado respetuoso al parto, promoviendo las experiencias positivas en el mismo, con una atención alineada con los derechos humanos que brinde a las mujeres apoyo y respete sus decisiones a lo largo de todo el proceso, tal y como recomienda la OMS[580]. En sus "*Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*", la OMS incluye, dentro de la experiencia de parto positiva, elementos nucleares que incluyen "*dar a luz un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico*", y permitir a la mujer permanecer acompañada y recibir atención de personal que no sólo cuente con las competencias técnicas adecuadas, sino que sea amable. Además, reconoce que las creencias y expectativas personales y socioculturales de la mujer deben "*cumplirse o superarse*", para que dicha experiencia pueda ser considerada positiva, señalando que la mayoría de las

NORTH, D., "Decomposing the urban–rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in sub-Saharan Africa", *Reproductive Health*, 2021, nº 18, p. 216.

[578] OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 *Asistencia cualificada en el parto*. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/. (Consultado el 8 de abril de 2023).

[579] POP-JORDANOVA, N., "Childbirth-Related Psychological Trauma", *Makedonska akademija na naukite i umetnostite Oddelenie za medicinski nauki, issuing body*, 2022, vol. 43, nº1, pp. 17-27.

[580] OMS, *Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.

mujeres desean alcanzar un "*sentido de logro y control personales*" en el parto a través de su participación en la toma de decisiones, en la cual deberá formar parte también en aquellas situaciones en las cuales resulta necesaria la intervención médica.

Con todo ello, es fácil comprender que en la experiencia de parto hay un gran número de elementos implicados que van más allá del proceso mecánico del parto, o descenso del bebé a lo largo del canal del parto. Las repercusiones de las experiencias de parto, negativas o positivas tienen un impacto trascendental en la salud y el bienestar de la madre y el bebé, tanto a corto como a largo plazo, tal y como se explicará a continuación.

6.1.1. Definición biomédica de parto

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), el parto es "*la acción de parir*". Si se revisa el término parir, en su primera acepción se recoge lo siguiente: "*dicho de una hembra vivípara: expulsar naturalmente el hijo o los hijos que tiene en su vientr*e"[581]. Desde la perspectiva médica, recogida por la especialidad de obstetricia, el parto se define como la expulsión de uno o más fetos maduros y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

Se considera que el parto a término (esto es, el que se produce en los tiempos considerados fisiológicos, con un feto ya maduro) es aquel que se produce entre las semanas 37 y 42 desde la fecha de la última menstruación. Aquellos partos que tienen lugar antes de la semana 37 se consideran partos prematuros, mientras que aquellos que se producen superada la semana 42 se consideran partos post-término, siendo el resultado de una gestación cronológicamente prolongada[582]. En este sentido, conviene tomar en consideración que las mujeres primíparas (aquellas que no han parido con anterioridad) tienden a tener gestaciones algo más prolongadas que aquellas que ya han tenido partos previamente[583].

[581] Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., (versión 23.6 en línea). Disponible en: https://dle.rae.es. Consultado el 28 de enero de 2023.
[582] KUEHN, BM., "Pregnancy length may vary by 5 weeks", *Journal of American Medical Association*, 2013, vol. 310, nº 9, pp. 893.
[583] JUKIC, AM., BAIRD, DD., WEINBERG, CR., MCCONNAUGHEY, DR., WILCOX, AJ., "Length of human pregnancy and contributors to its natural variation", *Human Reproduction*, 2013, vol. 28, nº 10, pp. 2848-2855.

Dentro del parto propiamente dicho, clásicamente se han distinguido tres fases. Al evento del parto le antecede una cuarta fase, denominada pródromos de parto, en la cual se producen síntomas variables e inespecíficos (cambios en el ritmo intestinal, con frecuentes despeños diarreicos, o cambios en el apetito; cambios afectivos en la mujer e incluso modificaciones en su actividad física), que pueden prolongarse durante unas horas hasta varios días previos al parto, y en la cual predomina el aumento de las contracciones uterinas de preparación, no rítmicas.

El parto propiamente dicho consta de la fase de dilatación, la fase expulsiva y el alumbramiento. Durante la denominada fase de dilatación (en referencia a la dilatación del cuello uterino para permitir la posterior salida del bebé por el canal del parto), las contracciones uterinas aumentan de frecuencia e intensidad hasta alcanzar la máxima dilatación del cuello uterino (unos 10 centímetros), al mismo tiempo que se inicia el descenso fetal. Durante la fase del expulsivo, las contracciones uterinas se hacen máximas y en su pico de mayor intensidad (acmé), unidas a los pujos voluntarios maternos, favorecen la salida mecánica del bebé al exterior del cuerpo materno. Durante la fase de alumbramiento, se produce la expulsión al exterior de la placenta[584].

6.1.2 Dimensión psicosocial del parto

El parto es un evento vital de gran importancia y una experiencia trascendental para la mayoría de las mujeres que lo atraviesan, con repercusiones en el estado afectivo y la confianza psíquica de la mujer en función de cómo se desenvuelva. Ya se ha mencionado que la experiencia de parto puede ser posteriormente recordada como un momento de satisfacción y triunfo tras el esfuerzo, con aumento de confianza de la mujer en sí misma y en su capacidad maternal, pero puede suponer, también, una experiencia potencialmente traumática asociada a un intenso sufrimiento, cuyas repercusiones en la calidad de la relación y el vínculo afectivo de la díada madre-bebé pueden llegar a ser altamente deletéreas[585]. Los análisis transculturales de la experiencia de parto realizados

[584] LÓPEZ-ZENO, LA., HARRINGTON, L., "Normal labor and delivery", en J. J. Sciarra (Ed.), *Gynecology & obstetrics* (vol. 2, cap. 68). Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
[585] OLZA, I., LEAHY-WARREN, P., BENYAMINI, Y., KAZMIERCZAK, M., KARLSDOTTIR, SI., SPYRIDOU, A., et al., "Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis", *BMJ Open*, 2018, vol. 8, nº 10, e020347.

por Callister han comprobado que muchas de las experiencias subjetivas que acontecen en el parto tienen un carácter universal, de modo que aquellos partos que transcurren de forma favorable y en los que las mujeres se sienten acompañadas, apoyadas y respetadas, suelen tener lugar experiencias intensas de amor, de unión e incluso experiencias místicas[586].

La neurofisiología del parto lo convierte en un evento único e irreplicable, mediado por cascadas hormonales complejas, en las cuales la oxitocina juega un papel crucial, y se produce una liberación masiva de neurotransmisores que participan en la creación de un estado de conciencia alterado en las mujeres de parto. En el parto fisiológico se produce la segregación natural de oxitocina (actor principal del parto) por parte del cerebro de la madre. La oxitocina es una hormona que, por un lado, induce las contracciones uterinas propias del parto, y, por otro, favorece el estado mental peculiar que una gran mayoría de mujeres presentan durante sus partos, con pérdida de la noción del tiempo y experiencias frecuentes de amor y conexión[587]. El cerebro materno también segrega endorfinas, unos péptidos que se unen a receptores de opioides a nivel del sistema nervioso central facilitando, la relajación, el disfrute y la vivencia de la experiencia de parto de una forma placentera. Además, en la fase expulsiva, se liberan catecolaminas (neurotransmisores del estrés), que inducen el denominado reflejo de eyección fetal, o contracciones uterinas de expulsión del bebé. En el bebé, la descarga catecolaminérgica favorece su transición de la vida intrauterina a la extrauterina[588].

El complejo equilibrio hormonal y de neurotransmisores que se establece en el parto fisiológico favorece la adecuada evolución de este, facilitando que la experiencia de parto resulte, en definitiva, satisfactoria para la mujer, pese a las vivencias de dolor, miedo o estrés que pueden tener lugar durante el mismo. La pieza clave en el complejo

---

[586] CALLISTER, L., SEMENIC, S., FOSTER, JC., "Cultural and spiritual meanings of childbirth. orthodox jewish and mormon women*", Journal of Holistic Nursing, Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 1999, vol. 17, nº 3, pp. 280-295.

[587] OLZA, I., UVNAS-MOBERG, K., EKSTRÖM-BERGSTRÖM, A., LEAHY-WARREN, P., KARLSDOTTIR, SI., NIEUWENHUIJZE, M., VILLARMEA, S., HADJIGEORGIOU, E., KAZMIERCZAK, M., SPYRIDOU, A., BUCKLEY, S., "Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth", *PLoS One*, 2020, vol. 15, nº 7, e0230992.

[588] HILLMAN, NH., KALLAPUR, SG., JOBE, AH., "Physiology of transition from intrauterine to extrauterine life", *Clinics in Perinatology*, 2012, vol. 39, nº 4, pp. 769-83.

baile de moléculas que sucede en el parto es la oxitocina. Esta hormona, además de inducir las contracciones uterinas, y promover el inicio de la lactancia, es una potente elicitadora a nivel cerebral de las conductas de cuidado amoroso de la madre hacia el bebé recién nacido[589]. La interferencia externa ejercida sobre este mecanismo neurohormonal, ya sea porque la mujer esté manejando niveles elevados de estrés (que implica la liberación de cortisol, una hormona que bloquea la liberación de oxitocina endógena y, por ende, la progresión natural del parto), o por la administración rutinaria de oxitocina sintética (de uso ubicuo en los paritorios españoles, pese a la evidencia creciente de sus repercusiones negativas en la vinculación inicial madre-bebé), impactan negativamente tanto en las vivencias del parto como en la evolución adecuada del mismo[590].

6.1.3 Atención sanitaria al parto: Entre los avances en salud y el intervencionismo innecesario

El parto es un momento de elevada vulnerabilidad para las mujeres y sus bebés, en el cual pueden ver comprometida su vida o su salud por multitud de eventos. Los avances sanitarios, con seguimiento a lo largo del embarazo y acceso a atención especializada, han permitido disminuir de forma drástica la morbimortalidad materna e infantil en los países desarrollados en las últimas décadas.

Sin embargo, la alta mortalidad materna en algunas regiones del mundo (sobre todo, en África Subsahariana y en Asia Meridional), asociada fundamentalmente a la pobreza, demuestra la inequidad en el acceso a los servicios de salud, y ahonda en la discriminación de género que todavía persiste profundamente arraigada a nivel mundial[591]. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en regiones pobres y en

[589] WALTER, MH., ABELE, H., PLAPPERT, CF., "The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child", *Frontiers in Endocrinology*, 2021, vol. 12, p. 742236.
[590] TZENG, YL., YANG, YL., KUO, PC., LIN, YC., CHEN, SL., "Pain, Anxiety, and Fatigue During Labor: A Prospective, Repeated Measures Study", *Journal of Nursing Research*, 2017, vol. 25, nº 1, pp. 59-67; TICHELMAN, E., WARMINK-PERDIJK, W., HENRICHS, J., PETERS, L., SCHELLEVIS, FG., BERGER, MY., BURGER, H., "Intrapartum synthetic oxytocin, behavioral and emotional problems in children, and the role of postnatal depressive symptoms, postnatal anxiety and mother-to-infant bonding: A Dutch prospective cohort stud", *Midwifery*, 2021, vol. 100, p.103045.
[591] OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 *Asistencia cualificada en el parto*. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/. (Consultado el 8 de abril de 2023).

el contexto de crisis humanitarias. Las mujeres más afectadas son las niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años; de hecho, las complicaciones en el embarazo y el parto (por hemorragias graves, infecciones y cuadros hipertensivos o preeclampsia y eclampsia) son una de las causas principales de muerte en las mujeres adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo[592].

Es fundamental entender que la mayoría de las muertes maternas son evitables, y para combatir dicha mortalidad, resulta imprescindible garantizar una atención sanitaria especializada a las mujeres en las etapas prenatal, durante el embarazo y, especialmente, durante el parto, y mantenerla a durante las primeras etapas del postparto[593]. Al respecto, cabe destacar la importancia reconocida en el plano internacional, primero en los Objetivos de Desarrollo del Milenio[594] y, actualmente, con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, "*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*", que reconoce que mujeres y hombres tienen necesidades sanitarias diferentes, pero el mismo derecho a gozar de una vida sana. Sin embargo, para muchas mujeres y niñas, la discriminación de género socava sistemáticamente su acceso a la atención sanitaria, por razones que incluyen menos recursos financieros y limitaciones en su movilidad. En concreto, las dos primeras metas del ODS 3 buscan, para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos[595].

Por otro lado, también se deben promover políticas públicas que aborden los embarazos en las mujeres adolescentes, desde una perspectiva preventiva (dadas las

[592] PATTON, GC., COFFEY, C., SAWYER, SM., VINER, RM., HALLER, DM., BOSE, K., VOS, T., FERGUSON, J., MATHERS, CD., "Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data", *The Lancet*, 2009, vol. 374, pp. 881–892.
[593] UNICEF, OMS, The World Bank, United Nations Population Division, *The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality*. Nueva York: UNICEF; 2015.
[594] Cuyo Objetivo 5 era mejorar la salud materna, con las metas de reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna, lograr el acceso universal a la salud reproductiva y reducir la tasa de mortalidad materna.
[595] https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/. Consulto 4 abril 2023.

importantes repercusiones sociales, emocionales y psíquicas que a menudo estos embarazos suponen para la madre y para el bebé gestado), pero también de apoyo y acompañamiento a aquellas adolescentes que atraviesan un embarazo[596]. En la lucha contra los embarazos no deseados que se producen en la adolescencia, resulta imprescindible garantizar una infancia y adolescencia libre de abusos sexuales, prostitución, trata y matrimonios infantiles[597], aspectos todos ellos igualmente contemplados en la Agenda 2030 y en varios de los ODS fijados.

La tasa de mortalidad materna en España está muy por debajo de la meta establecida por la Agenda 2030, que busca reducir la tasa de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. En todo el territorio nacional español, según recogen los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), las mujeres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos fueron 1,8778 en el año 2018 y 1,6638 en el año 2019. Cabe destacar que, en el año 2020 (coincidiendo con la pandemia de COVID-19 y la suspensión inadecuada de los protocolos de seguimiento a las mujeres embarazadas en un gran número de centros sanitarios de España), la mortalidad materna prácticamente se duplicó, llegando a rozar las 3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (2,9298), pese a que las mujeres embarazas y parturientas no eran un colectivo de riesgo de mortalidad por COVID-19[598]. Este dato demuestra, una vez más, la extrema vulnerabilidad del parto y de los derechos de las mujeres con respecto a la asistencia de sus procesos reproductivos, claramente influidos por los contextos, las crisis sociales y la accesibilidad a los sistemas de salud.

---

[596]LOREDO-ABDALÁ, A., VARGAS-CAMPUZANO, E., CASAS-MUÑOZ, A., GONZÁLEZ-CORONA, J., GUTIÉRREZ-LEYVA, CJ., "Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2017, vol. 55, nº 2, pp. 223-229. MANN, L. BATESON, D. BLACK, KI., "Teenager Pregnancy", *The Australian Journal of General Practice*, 2020, vol. 49, nº 6, pp. 310-316.

[597] MCNISS, C., KALARCHIAN, M., LAURENT, J., "Factors associated with childhood sexual abuse and adolescent pregnancy", *Child Abuse & Neglect*, 2021, nº 120, p. 105183; SEZGIN, AU., PUNAMÄKI, RL., "Impacts of early marriage and adolescent pregnancy on mental and somatic health: the role of partner violence", *Archives of Women's Mental Health*, 2020, vol. 23, nº 2, pp. 155-166; BOYCE, SC., BROUWER, KC., TRIPLETT, D., SERVIN, AE., MAGIS-RODRIGUEZ, C., SILVERMAN, JG., "Childhood Experiences of Sexual Violence, Pregnancy, and Marriage Associated with Child Sex Trafficking Among Female Sex Workers in Two US-Mexico Border Cities", *American Journal of Public Health*, 2018, vol. 108, nº 8, pp. 1049-1054.

[598] INE. Disponible en: www.ine.es. (Consultado el día 28 de enero de 2023).

En los países desarrollados, como es el caso de España, la atención al parto en entornos medicalizados, si bien ha conseguido convertir la mortalidad materna en eventos marginales, no está libre de problemas y dificultades, relacionados sobre todo con el trato deshumanizado, el empleo de protocolos obsoletos y el ejercicio de prácticas invasivas sobre los cuerpos de las mujeres, a menudo realizadas en base a criterios no estrictamente clínicos o no basados en la evidencia científica, sin recabar el consentimiento informado de las mujeres y sin tener en cuenta las repercusiones potencialmente negativas en la salud mental y física de la madre y del bebé[599]. Es cierto que el parto no está exento de riesgos, y existen eventos sobrevenidos de potencial gravedad e incluso letalidad para la madre o el bebé, pero también lo es que la atención del mismo, y la decisión de intervenir sobre él, como en los demás procesos de salud, requiere un cuidadoso balance de los riesgos y beneficios que suponen dichas intervenciones[600].

Tal y como se explicará ulteriormente, existe la necesidad inaplazable de generar conciencia perinatal en las instituciones sanitarias y de justica, promoviendo la formación de las y los profesionales en las bases psicológicas del parto y de la vinculación madre-bebé, y generando políticas públicas y prácticas asistenciales que garanticen un trato humanizado del parto, respetando siempre que sea posible la autonomía de las mujeres y favoreciendo la interacción precoz con sus hijos, para proteger los derechos de las madres y de los bebés, y promover los mejores estándares de salud mental, física y del desarrollo.

6.1.4 El trato irrespetuoso y las prácticas violentas en la atención obstétrica

El término "*violencia obstétrica*" es habitualmente empleado para nombrar las prácticas violentas realizadas por parte de los profesionales sanitarios sobre los cuerpos y los procesos reproductivos de las mujeres, generalmente, en el periodo que comprende el periparto, ya sea en el plano físico, psicológico, verbal, institucional o simbólico. Estas prácticas incluyen la patologización de los procesos fisiológicos del embarazo y el parto,

[599] MENA-TUDELA, D., IGLESIAS-CASÁS, S., GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM., CERVERA-GASCH, Á., ANDREU-PEJÓ, L., VALERO-CHILLERON, MJ., "Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, nº 21, p. 7726.

[600] WERNER-BIERWISCH, T., PINKERT, C., NIESSEN, K., METZING, S., HELLMERS, C., "Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018, vol. 18, nº 1, p. 473.

el trato deshumanizado, el paternalismo y las actuaciones médicas realizadas sin el consentimiento de la mujer y con menoscabo de su autonomía[601].

La denuncia de estas prácticas ha partido del activismo liderado por mujeres que, en la primera década de los 2.000, comenzaron a hacer visibles las situaciones de trato indigno vividas en los paritorios de países de Hispanoamérica (como México, Venezuela y Argentina), en donde ya se han aprobado leyes específicas para luchar contra este tipo de violencias[602]. En España, el movimiento de denuncia de las prácticas inadecuadas en el contexto de la atención obstétrica es cada vez mayor, pero el debate a menudo se queda paralizado en el término, que genera incomodidad y rechazo en el gremio médico. Así, pese a que cada vez existe una mayor conciencia social sobre el trato inadecuado que a menudo se dispensa a las mujeres en los paritorios dentro de nuestro sistema de salud, esta realidad continúa siendo negada por amplios sectores, entre los que se incluyen los sanitarios.

La denominación "*violencia obstétrica*" no está admitida universalmente, y numerosos colegios de médicos, así como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) han manifestado su rechazo a este término, considerando que cuestiona la ética, e incluso el honor, de las y los profesionales de la Obstetricia. Así, en un comunicado publicado en septiembre de 2021, la SEGO enunciaba lo siguiente:

> "*La "violencia obstétrica" es un término utilizado como referencia para aquellas intervenciones médicas innecesarias durante el proceso del parto, a menudo rutinarias, que en muchas ocasiones se realizan sin proporcionar información suficiente a las mujeres ni solicitarles el consentimiento. Nos parece inapropiado, tendencioso e injusto el término "violencia obstétrica" por su significado jurídico doloso, como intención de causar daño, ánimo de lesionar, empleo de fuerza o amenazas, tipificable penalmente, que debemos rechazar por completo. No debe*

[601] GOAZ MELET, S., FELDMAN, N., PADOA, A., "Obstetric Violence – Since When and Where to: Implications and Preventive Strategies", *Harefuah,* 2022, vol. 161, nº 9, pp. 556-561.
[602] BELLÓN SÁNCHEZ, S., "La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica", *Dilemata*, 2015, nº 18, pp. 93–111.

confundirse en modo alguno la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas"[603].

No deja de resultar paradójico que este comunicado, al mismo tiempo que niega la existencia de violencia obstétrica, reconoce la existencia de "*intervenciones médicas innecesarias durante el proceso de parto*", que además se realizan "*a menudo*" de forma "*rutinaria*" y "*sin proporcionar información suficiente"* ni "*solicitar el consentimiento*" de las mujeres. Con ello, se admite que muchas de esas intervenciones innecesarias se realizan violando el derecho fundamental de autonomía de las mujeres, al no ser informadas ni recabar su consentimiento, lo que hace inferir que estas decisiones, tomadas unilateralmente por los profesionales médicos, se imponen a las mujeres (que se encuentran en un momento de alta vulnerabilidad, como es el parto) desde la posición de poder que ocupan los profesionales. Además, se pone la carga de la responsabilidad en las mujeres (por tener "*expectativas de parto no cumplidas*"); y ello obviando que, según la OMS, y como se ha explicado previamente en este mismo Capítulo, el elemento fundamental de la experiencia de parto de parto positiva (que, a su vez, constituye la base para la salud y el bienestar de la madre y el bebé) es precisamente el cumplimiento o la superación de las expectativas de las mujeres sobre el mismo.

Por otro lado, si revisamos la definición que la OMS hizo del término "*violencia*", ya en 2002, encontramos lo siguiente:

"*El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones*"[604].

Las graves secuelas físicas, psicológicas y sociales que produce la violencia, y que suponen un importante problema de salud pública[605]. Y, en el caso de la violencia ejercida en grupos de población de elevada vulnerabilidad, como son las mujeres durante sus

[603] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Comunicado S.E.G.O.: "Violencia obstétrica"*; 2021. Disponible en: https://www.fundacionvoto.org.ar/noticias-novedades/docs/comunicado-sego-julio2021.pdf. (Consultado el 8 de noviembre de 2022).
[604] OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
[605] KRUG, EG., MERCY, JA., DAHLBERG, LL., ZWI, AB., "The world report on violence and health", *The Lancet*, 2002, vol. 360, nº 9339, pp. 1083-1088.

procesos de parto, y los recién nacidos, es fácil entender el potencial alcance que dichas secuelas pueden llegar a generar.

Con todo ello, resulta evidente que, en la denominada violencia obstétrica, existe un uso deliberado del poder (en grado de amenaza o efectivo) por parte de los profesionales médicos hacia la mujer parturienta, para tomar decisiones ("*intervenciones médicas innecesarias*") sin respetar su autonomía, "*sin información adecuada*" o "*sin su consentimiento*"; causando o con muchas posibilidades de causar daños psicológicos en las madres (hasta en un 9% del total de las mujeres que han parido, tal y como se señaló previamente) y problemas del desarrollo en los infantes (secundarios a los problemas vinculares asociados al malestar materno), además de las posibles secuelas físicas que pueda sufrir el bebé, fruto de las intervenciones invasivas[606]. Por ello, pese a las discrepancias en torno a la definición y empleo del término "*violencia obstétrica*", éste suele emplearse para referirse a aquellas prácticas obstétricas realizadas sin respetar el derecho a la autonomía de las mujeres (intervenciones sobre sus cuerpos realizadas sin información previa adecuada, o sin consentimiento) y que generan, o pueden generar, daño físico o psicológico[607]. En cualquier caso, la resistencia entre determinados sectores a su uso no ha impedido que su empleo se haya ido expandiendo por distintos organismos oficiales a lo largo de los últimos años.

Así, en 2019 la Asamblea General de la ONU examinó el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica[608] en el que afirma que :

---

[606] WEN, SW., LIU, S., KRAMER, MS., MARCOUX, S., OHLSSON, A., SAUVÉ, R., LISTON, R., "Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries", *American Journal of Epidemiology*, 2001, nº 153, pp. 103-107; ABENHAIM, HA., MORIN, L., BENJAMIN, A., KINCH, RA., "Effect of instrument preference for operative deliveries on obstetrical and neonatal outcomes", *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 2007, nº 134, pp. 164-168.

[607] MENA-TUDELA, D., IGLESIAS-CASAS, S., CERVERA-GASCH, A., ANDREU-PEJÓ, L., GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM., VALERO-CHILLERÓN, MJ., "Breastfeeding and Obstetric Violence during the SARS-CoV-2 Pandemic in Spain: Maternal Perceptions", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, nº 23, p. 15737.

[608] A/74/137Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, 11

"*En los últimos años, el maltrato y la violencia contra la mujer experimentados durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, a los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales; se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático. Reconociendo que estos problemas no se han abordado plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos*".

Se reconoce por ello que la violencia obstétrica es una violación de los derechos humanos de las mujeres, al igual que ya lo había reconocido la OMS unos años antes[609] aunque sin emplear el término "*violencia obstétrica*", y continúa refiriéndose a esa realidad como "*trato abusivo e irrespetuoso*"[610] que, sin embargo, admite como un grave problema de salud a nivel mundial.

Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa trabajó en el mismo sentido y reconoció en 2019 la existencia de violencia obstétrica y ginecológica[611].

La violencia obstétrica atenta de formas múltiples contra los derechos humanos de las mujeres, puesto que las discrimina por razón de género y compromete su derecho a la salud sexual y reproductiva, además de violar el principio de su autonomía. Las características específicas del proceso de parto y la influencia decisiva que éste tiene en el inicio de la vinculación madre-bebé (y, por lo tanto, en el sistema de apego del recién nacido), suponen que las prácticas ejercidas sobre las mujeres de forma violenta en el

---

de julio de 2019. El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos. Las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva

[609] OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf (Consultado el 18 de mayo de 2023).

[610] ONU, *A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence*. Disponible en: https://eipmh.com/wp-content/uploads/2019/09/UN_Res.71170.pdf. (Consultado el 7 de noviembre de 2022).

[611] Consejo de Europa, "Obstetrical and gynaecological Violence". Resolución 2306 Asamblea Parlamentaria, 2019.

momento del parto tengan importantes repercusiones sobre sus bebés. Así, la violencia obstétrica también vulnera la protección básica del bebé y de su interés superior; comprometiendo su derecho a la salud física y mental, con secuelas que en ocasiones se mantienen a lo largo de la vida.

En las situaciones de violencia obstétrica concurren dos problemáticas fundamentales. Por una lado, las deficiencias en la implementación de derechos en los sistemas de salud fundamentalmente, en lo referido a la autonomía del paciente y, por otro, la desigualdad estructural de género[612].

Efectivamente, la violencia obstétrica es un problema estructural, construido sobre un funcionamiento institucional muy aferrado a sus prácticas, de modo que, en el ciclo de incorporación y formación de nuevos profesionales a los equipos, éstas se transmiten de forma naturalizada a la asistencia, dificultando la identificación y la toma de conciencia de los propios profesionales que las ejercen. Algunos ejemplos de prácticas obstétricas potencialmente violentas son: la amniorrexis artificial y las episiotomías rutinarias, la administración subrepticia de haloperidol u otros ansiolíticos en el parto, la instrumentalización del parto rutinaria o sin información y consentimiento de la mujer, las cesáreas sin criterios clínicos, la sujeción mecánica de las manos o las piernas de la mujer (práctica rutinaria en las cesáreas, que generalmente se realiza sin tan siquiera informar previamente) o la separación madre-bebé sin una necesidad médica debidamente justificada.

Por su propia naturaleza, ya que se trata de vivencias de las mujeres a menudo negadas por los profesionales, resulta muy difícil estimar la incidencia de la violencia obstétrica en los diferentes países, al igual que en los sistemas de salud españoles, donde la descentralización de las competencias hace que los registros sean altamente desiguales. Pero, si atendemos a los datos españoles recogidos sobre diversas prácticas obstétricas, (algunas de las cuales pueden ser potencialmente constitutivas de violencia), en el informe de 2021 del Ministerio de Sanidad, denominado "*Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-*

[612] LLOBERA CIFRE, R., FERRER PÉREZ, VA., CHELA ÁLVAREZ. X., "Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido", *Investigaciones Feministas*, 2019, nº 10, pp. 149–184.

2018", se observa que nuestro país se encuentra todavía muy alejado de las recomendaciones internacionales[613]. Así, mantiene una tasa de cesáreas por encima de los estándares de calidad (en 2018 los hospitales de la red del SNS tuvieron un 21,8% de partos por cesárea, y en los hospitales privados la tasa de cesáreas fue de 36,5%); y, aunque se observa un descenso en las ratios de amniorrexis artificial (de un 19,5% en 2010 a un 13,0 % en 2018) y de episiotomías (un 27,5%) en los últimos 5 años, éstas continúan también por encima de las recomendaciones internacionales. Además, se objetiva el aumento de los partos instrumentalizados, y un incremento significativo del uso del "*vacuum extractor*" (o ventosa), por encima de los índices deseados. También se observa un incremento muy llamativo de inducciones de parto, claramente por encima del estándar de calidad, alcanzando en 2018 el altísimo porcentaje de un 34,2% de partos inducidos artificialmente.

Estas cifras ponen de manifiesto un escenario de atención obstétrica en España muy alejado de los estándares de calidad recomendados internacionalmente; y, por sí mismas, hablan de la necesidad de reflexión acerca del modelo asistencial, más allá de la experiencia subjetiva de aquellas mujeres que son sometidas, de manera innecesaria, o con un balance beneficio/riesgo desfavorable, a situaciones tales como cortes innecesarios en el periné, o una cirugía abdominal, que es lo que ocurre en el caso de una cesárea, en el inicio de la vida de su hijo.

Del mismo modo que hace veinte años los protocolos de atención al parto en nuestro país incluían recomendaciones sin valor clínico (como el rasurado perineal o la administración de enemas a las parturientas), o incluso nocivas para la salud materna y del bebé (como la separación rutinaria madre-bebé o la promoción de la lactancia artificial); en el momento actual, resulta imprescindible revisar de manera exhaustiva las actuaciones en paritorio y los posibles factores asociados por su inadecuación a los estándares reconocidos internacionalmente.

El estudio de la situación no sólo debe enfocarse hacia las prácticas, sino también a las posibles causas y los factores perpetuantes, como hace la Relatora especial en su

[613] Ministerio de Sanidad, *Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018*; 2021.

informe[614], en el que afirma que, en el contexto de los servicios de salud materna y reproductiva, las condiciones y limitaciones del sistema de salud son causas subyacentes del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto, con malas condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud y una histórica sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica y obstétrica. Así, tanto las limitaciones de recursos como las condiciones de trabajo en los sistemas de salud desempeñan un papel importante como factor impulsor del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto[615].

En el mismo sentido, algunos estudios recientes muestran una asociación directa entre un aumento de recursos de los servicios de obstetricia (con un mayor número de obstetras) y un descenso de las tasas de cesáreas[616]. Con ello, se puede inferir que la deficiencia de recursos humanos está favoreciendo que algunas mujeres sean sometidas a una cirugía mayor abdominal, tal es el carácter de la cesárea, en un momento de elevadísima vulnerabilidad biopsicológica, no por motivos clínicos o de salud, sino por razones meramente logísticas de los servicios de maternidad.

A raíz de denuncias individuales de mujeres con experiencias de parto irrespetuosas acontecidas dentro del Sistema Nacional de Salud español ante el Comité CEDAW, éste ha emitido hasta 3 dictámenes condenatorios hacia España, reconociendo la existencia de violencia obstétrica en España y obligando al Estado a resarcir a las afectadas, además de instarle a poner las medidas oportunas para acabar con esta lacra. Estos casos se expondrán de forma más detallada en los supuestos clínicos posteriormente

---

[614] A/74/137 *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, 11 de julio de 2019

[615] Lo que contrasta con las obligaciones de los Estados de garantizar la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención de la salud materna, los bienes y servicios, la adecuada capacitación del personal sanitario y el equilibrio de género entre los profesionales de la salud. Para cumplir esta obligación, los Estados "*debe(n) dedicar el máximo de los recursos de que dispone(n) a la salud sexual y reproductiva*" y adoptar un enfoque basado en los derechos humanos para determinar las necesidades y las asignaciones presupuestarias. Sin embargo, muchos Estados no dan prioridad, en sus presupuestos, a la atención de la salud de las mujeres. El hecho de que los Estados no destinen suficientes recursos a las necesidades específicas de salud de las mujeres es una violación del derecho de la mujer a no ser objeto de discriminación. Además, muchos Estados no garantizan que los trabajadores sanitarios reciban la capacitación adecuada en materia de ética médica y derechos humanos de los pacientes, ni la obligación de dichos trabajadores de prestar una atención respetuosa y no discriminatoria, afirma la Relatora Especial en el informe de 11 de julio de 2019.

[616] RECIO ALCAIDE, A., ARRANZ, J. M., "An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain", *Health Policy,* 2022, vol. 126, nº 1, pp. 24–34.

presentados, y reconocen la existencia de una grave vulneración de los derechos humanos de las mujeres parturientas y sus bebés que se está produciendo en la asistencia sanitaria a los partos.

A este respecto, en las Observaciones finales emitidas por el Comité CEDAW sobre el noveno informe periódico presentado por España en el año 2022, el último presentado hasta la fecha, se afirma que, si bien se están empezando tomar medidas para combatirla, la violencia obstétrica sigue siendo una realidad presente en la asistencia sanitaria española:

> "*El Comité observa con aprecio también los esfuerzos realizados por el Estado Parte para combatir la violencia obstétrica, a raíz de las recomendaciones formuladas en la comunicación núm. 154/2020 del Comité. No obstante, le preocupa que su aplicación no sea sistemática y se caracterice por importantes disparidades entre regiones*."[617]

6.1.5 El cambio de paradigma: Hacia un parto humanizado y respetado

Del mismo modo que la meta en la atención al parto no puede quedarse en la supervivencia de madres y bebés, sino que debe tender a proporcionar el disfrute del máximo nivel de salud posible para ambos, tampoco el objetivo debería ser únicamente la eliminación de la violencia obstétrica, aunque, sin duda, su erradicación es prioritaria, sino que los esfuerzos deben encaminarse hacia unos buenos tratos en el parto. Asimismo, se ha señalado desde algunos sectores que la terminología negativa (como es la de "*violencia obstétrica*"), aunque necesaria, dificulta la imprescindible investigación al respecto, al no contar con el apoyo y la identificación necesarios por parte de los profesionales que atienden los partos. Con el ánimo de facilitar esta participación de los profesionales, defienden el empleo de términos alineados con la ética de los cuidados, explicada en el Capítulo II del presente trabajo, para garantizar un parto respetado[618]. Este concepto amplía el foco respecto de la violencia obstétrica, y defiende la necesidad de

[617] CEDAW/C/ESP/CO/9, 31 de mayo de 2023. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de España.
[618] BELIZÁN, J. M., MILLER, S., WILLIAMS, C., PINGRAY, V., "Correction to: Toda mujer en el mundo debe tener un cuidado respetuoso durante el parto: una reflexión", *Reproductive health*, 2020, vol. 17, nº 1, p. 112.

promover las mejores prácticas posibles de acompañamiento y cuidado en la atención obstétrica a las mujeres embarazadas y a sus familias[619].

Alineada con esta perspectiva del cuidado respetuoso, la OMS publicó en 2018 un listado que incluía 56 recomendaciones para mejorar la experiencia de las mujeres en el parto[620]. En dicho informe, la OMS reconoce que:

> "*En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto*."[621]

El objetivo fundamental de las recomendaciones es promover el trato respetuoso y humanizado a las mujeres durante el parto, dándoles un mayor poder de decisión y respetando su derecho a la autonomía.

La OMS señala la importancia de la experiencia de la atención en el parto, concepto que se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto fisiológico, con vivencia de logro y control a lo largo del mismo por medio de su participación activa en la toma de decisiones, incluso cuando se desean o se necesitan intervenciones de carácter médico. La directriz reconoce una experiencia de parto positiva como:

> "*Un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer.*"[622]

---

[619] SHAKIBAZADEH, E., NAMADIAN, M., BOHREN, MA., VOGEL, JP., RASHIDIAN, A., PILEGGI VN., "Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis", *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2018, nº125, pp. 932–942.

[620] OMS, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado el 14 de septiembre de 2023).

[621] *Ibidem.*

[622] *Ibidem.*

La experiencia de la atención es un aspecto clave en la evaluación de la calidad de la atención en el parto, y se ha relacionado con la consecución de mejores resultados clínicos centrados en la mujer.

Estos resultados incluyen el nacimiento de un bebé saludable en un entorno seguro a nivel sanitario, y también psicológico; la atención por parte de personal sanitario competente en su desempeño clínico, pero que ha de ser también amable y respetuoso en el trato con las mujeres; y la garantía de un acompañamiento emocional continuo de la mujer por la persona que ella escoja.

La directriz de la OMS "*resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos*", proponiendo un modelo global de cuidados durante el parto que considera la heterogeneidad existente a nivel mundial en las prácticas de atención al parto.

En sus recomendaciones, la OMS señala que las principales formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento son las siguientes: "*Proveer apoyo psicosocial a las mujeres; contacto madre-hijo irrestricto; escaso beneficio de una tasa de cesárea superior al 7%; posición levantada durante el trabajo de parto*."[623]

6.1.6 Atención al parto en nuestro entorno

En España, la atención al parto está incluida en la Cartera de servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

A raíz del inicio de la visibilidad de las prácticas inadecuadas que tienen lugar en la atención obstétrica dentro del Sistema Nacional de Salud, y partir de los datos de elevado intervencionismo innecesario en los partos, en el año 2006, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), con el objetivo de asegurar una atención de calidad al parto de forma que las mujeres recibiesen la mejor atención, fueran adecuadamente informadas y pudieran participar activamente en el proceso.

[623] *Ibidem.*

Un reciente estudio[624], publicado en 2021, que analiza el impacto de la EAPN en los datos del Sistema Nacional de Salud, ha constatado una reducción de un 2% de las tasas de cesáreas de los hospitales públicos del SNS en comparación con los hospitales privados (con un ahorro directo de 131,7 millones de euros entre los años 2008 y 2011), y una reducción de la mortalidad perinatal estimada en un 0,08%. Sin embargo, se siguen observando grandes diferencias entre Comunidades Autónomas, e incluso entre hospitales de una misma Comunidad, a la hora de implementar la EAPN. Además, el efecto de esta estrategia no ha conseguido situar a España en el rango de estándar de calidad de tasa de cesáreas recomendado por la OMS (entre un 10 y un 15% de cesáreas), ya que la tasa global sigue estando por encima del 20% (con grandes diferencias entre los distintos centros hospitalarios).

Dicho estudio señala la necesidad de considerar no sólo el ahorro directo de los partos vaginales frente a las cesáreas, sino todos los costes añadidos por las repercusiones que las cesáreas tienen en la salud de las mujeres y de sus recién nacidos a corto, medio y largo plazo. Además, incide en la necesidad de seguir las recomendaciones internacionales de la OMS, tanto para reducir cesáreas innecesarias (especialmente, aquellas para las que hay un alto grado de evidencia científica), como para incrementar el número y la autonomía de las matronas como la profesional adecuada para liderar la atención del parto normal.

La adherencia a las recomendaciones de la OMS por parte de los centros hospitalarios nacionales puede ser facilitada a través del seguimiento de las Guías de Práctica Clínica elaboradas por parte del Ministerio de Sanidad. Es llamativa la falta de actualización de las Guías de Práctica Clínica nacionales para la atención sanitaria a las mujeres en sus procesos de parto. Pese a que las Guías de Práctica Clínica no son vinculantes ni de obligatorio cumplimiento, sus recomendaciones tienen una repercusión innegable en el diseño de los protocolos de atención al parto en los distintos hospitales dentro del territorio nacional. Sin embargo, la "*Guía de práctica clínica de Atención al Parto Normal*" fue publicada en el año 2011, y la "*Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*", en 2014. Dado el avance de la evidencia científica, se

[624] RECIO ALCAIDE, A., ARRANZ MUÑOZ, JM., *Evaluación del impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal sobre las tasas de cesáreas y mortalidad perinatal en España*. Instituto de Estudios Fiscales, 2020.

considera que las Guías de Práctica Clínica que no han sido sujetas a revisión en los 5 años previos deben observarse con cautela por el riesgo que tienen de estar obsoletas.

La atención al parto difiere a lo largo de sus etapas: la preparación al parto, o atención preparto; la atención al parto propiamente dicho, o intraparto, y los cuidados en el postparto hospitalario.

6.1.6.1 Preparto

El parto es un evento importante en la vida de las mujeres, para cuyo desarrollo es necesario que se sientan seguras y tranquilas. En las últimas etapas del embarazo, es frecuente que aparezcan miedos e incertidumbres respecto al momento de parto. Los sentimientos de miedo y ansiedad pueden interferir en la adecuada progresión del parto y prolongarlo, con las consecuencias negativas que esto puede acarrear. Por ello, la preparación psicológica para el parto favorece que éste se experimente de forma más positiva, disminuye el riesgo de intervencionismo y facilita que la mujer salga del mismo fortalecida y con mayor autoestima, factores que protegen frente a la aparición de problemas emocionales en el postparto e influyen positivamente en el desarrollo de un estilo de apego saludable en el bebé, así como el bienestar en la pareja y en la familia.

La preparación psicológica al parto pasa por informar adecuadamente a las mujeres de las características del proceso, las emociones que pueden experimentar, los distintos escenarios en los que pueden encontrarse, e implicarlas activamente respecto de su toma de decisiones, que deben ser entendidas como elecciones abiertas y sujetas a los cambios que puedan ir surgiendo durante el mismo. Es el caso, por ejemplo, del manejo del dolor durante el parto: para las mujeres, resulta beneficioso conocer de antemano las diversas opciones con las que podrán contar, sabiendo que en todo momento podrán cambiar de decisión respecto de la inicial. En nuestro entorno nacional, no está generalizada la práctica de informar a las mujeres de manera individualizada acerca de sus opciones de analgesia de forma previa al parto, ni de administrar activamente información acerca de los datos asistenciales y los servicios ofrecidos por cada centro hospitalario respecto de la atención al parto.

Este hecho es básico, puesto que, en España, existen grandes discrepancias en los protocolos de atención al parto dependiendo de cada centro hospitalario, siendo

diametralmente opuestos, incluso, dentro de una misma Comunidad Autónoma. Muchas mujeres, que desconocen esta realidad, se limitan a acudir a su centro hospitalario de referencia, confiando en que allí recibirán una atención adecuada a sus necesidades en el parto. En muchas ocasiones, sin embargo, esto no es así.

Respecto a la preparación al parto, dentro de nuestro sistema de salud, es una práctica habitual el ofrecimiento de grupos de preparación al parto realizados por enfermeras o matronas desde los centros de salud comunitarios, siendo muy dependiente del profesional a cargo el tipo de información que se ofrece.

Algunas de las recomendaciones de la OMS para la preparación al momento del parto, que deberían promoverse desde los proveedores primarios de salud, son las siguientes:

- "*Proveer preparación durante el embarazo, parto y para la paternidad. Brindar adecuada preparación e información como parte del cuidado. Incluir compañías que la mujer elija en esta preparación. Reconocer que los padres tienen necesidades propias como individuos y no solamente como compañeros o acompañantes de la pareja.*
- *Evaluar factores de riesgo psicosociales potenciales que puedan influir en la mujer y su familia. Es útil utilizar una escala como la Escala ALPHA para estos fines.*
- *Brindar a las mujeres información basada en evidencias científicas, y estimular su participación en las decisiones acerca de su cuidado.*
- *No sentirse obligados, en ningún momento del embarazo o el nacimiento, a brindar cuidados que no estuvieran basados en evidencias científicas, aunque éstos cumplieran con los intereses de la madre y el niño, y fueran requeridos por la mujer o su familia.*
- *Ofrecer un enfoque individualizado acerca de la atención en todo momento*.[625]"

En relación con las líneas nacionales, hay que referenciar los grupos de preparación al parto, así como el plan de parto.

[625] CHALMERS, B., MANGIATERRA, V., PORTER, R., "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course", *Birth*, 2001, nº 28, pp. 202-207.

En cuanto a los grupos de preparación al parto, dentro de nuestro sistema de salud, es una práctica habitual el ofrecimiento de grupos de preparación al parto realizados por enfermeras o matronas en los centros de salud comunitarios, como método principal para informar a las mujeres y a sus parejas.

La "*Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*", elaborada por el Ministerio de Sanidad y editada en el año 2014, señala la escasez y la baja calidad de los estudios diseñados para evaluar la eficacia de los programas de educación prenatal para la preparación al nacimiento[626]. Sin embargo, sugiere que la participación en estos programas contribuye a mejorar el conocimiento y la autopercepción de las mujeres a la hora de afrontar el parto, y podría contribuir a una menor duración del trabajo de parto. Si bien la evaluación de resultados es limitada, la guía señala que estos programas no suponen ningún tipo de perjuicio hacia los participantes, y sí asocian una percepción individual y social positiva, al ser vistos como espacios de aprendizaje donde poder adquirir habilidades e información necesarias para afrontar la adaptación a las nuevas circunstancias que suponen la llegada de un bebé. En definitiva, la guía realiza la siguiente recomendación:

> "*Se sugiere ofrecer a todas las gestantes y sus parejas, la oportunidad de participar en un programa de preparación al nacimiento con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del/la recién nacido/a y con la lactancia*."

Por su parte**,** el plan de parto y nacimiento está incluido dentro de la Estrategia de Atención al Parto Normal y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y pretende ser un instrumento de garantía y promoción del derecho a la autonomía de las mujeres en relación a sus partos. Se trata de un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Se basa en la premisa de que disponer de esta información por escrito ayudará al equipo sanitario de atención al parto a conocer las preferencias de la mujer, facilitará que ésta conozca y participe activamente en su proceso de parto, y mejorará la

[626] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.* Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.

comunicación entre ambas partes, entendiendo que el parto es un momento de gran vulnerabilidad física y psicológica para la mujer.

Este documento no sustituye a la información dada por el equipo profesional (matrona y médico), que deberá garantizar la preparación de la mujer al parto durante el seguimiento del embarazo. Se puede realizar en cualquier momento, aunque generalmente se recomienda plasmarlo por escrito entre las semanas 28 y 32 de gestación. La mujer puede modificar en cualquier momento sus decisiones. El documento de plan de parto no recoge la posibilidad de escoger prácticas contrarias a la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en un parto normal[627].

6.1.6.2 Intraparto

Como ya se ha mencionado, el parto es un evento que está mediado por fenómenos neurohormonales muy complejos y delicados que pueden verse interferidos por la presencia de estrés o miedo en la mujer, pudiendo llegar a prolongar el parto; o, incluso, a frenar su progresión, generando una cascada de eventos que pueden culminar en un mayor intervencionismo médico sobre el parto, con repercusiones potencialmente negativas asociadas.

Para el desarrollo fisiológico del proceso de parto, es necesario que la mujer pueda sentirse segura y confiada en su entorno, así como respetada por las personas que la están asistiendo. Son muchos los elementos que, en una atención hospitalaria no adaptada a las necesidades del parto, como la que desafortunadamente todavía se ofrece a muchas de las mujeres que acuden a parir a los hospitales españoles, pueden interferir en su sensación básica de seguridad y dificultar la progresión de un parto natural.

En primer lugar, si hacemos referencia al propio entorno, resulta fácil entender que los paritorios de apariencia hospitalaria, tipo quirófanos, puede poner a las mujeres en alerta, facilitando una percepción de situación de enfermedad. Por ello, otros países, como Alemania o Reino Unido, están instaurando el concepto de casas de nacimientos, o lugares anexados a los hospitales, pero fuera de los mismos, liderados por matronas,

[627] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Plan de parto y nacimiento. Estrategia de Atención al Parto Normal y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*; 2011. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf. (Consultado el 12 de noviembre de 2022).

donde las mujeres puedan disfrutar de partos en entornes más acogedores, semejantes a los domiciliarios, pero con toda la seguridad y garantías que ofrece la posibilidad de acceso inmediato a la atención médica especializada. Del mismo modo, la elevada presencia de personal sanitario que a menudo transita entorno a las mujeres de parto (médicos facultativos, residentes y estudiantes de Medicina, matronas y estudiantes de enfermería, auxiliares…) viola la necesaria vivencia de intimidad que, también, tranquiliza a las mujeres y les permite vivir con plenitud su proceso de parto. Esta intimidad de las mujeres, así como la vivencia de vulnerabilidad, las lleva a desear encontrarse acompañadas en el parto por sus personas de confianza. Las recomendaciones de la OMS reconocen el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante su parto por una persona de su elección.

Ser atendida por una persona conocida (un obstetra de referencia), con quien ya se haya establecido un vínculo médico-paciente, en lugar de por desconocidos aleatorios de guardia, también favorece la tranquilidad de la mujer, si bien es cierto que las condiciones materiales de asistencia en la sanidad pública prácticamente hacen imposible esta realidad. Sin embargo, dentro de la sanidad privada, para aquellas mujeres que pueden económicamente acceder a ella, es frecuente la elección de un ginecólogo de referencia, que será quien mantenga el seguimiento y quien asista también en el momento del parto.

Otro elemento que ayuda a disminuir el estrés en las mujeres y aumentar su confianza es ser adecuadamente informadas durante su proceso de parto, tanto de las situaciones que se van produciendo, como de las diversas opciones que hay en cada momento. El apoyo durante el parto ha demostrado disminuir el uso de fármacos analgésicos y reducir la instrumentalización del parto y la tasa de cesáreas. La ausencia de información a las mujeres, y su participación en la toma de decisiones durante el parto es, probablemente, uno de los puntos más problemáticos de nuestro sistema de salud, por medio de la repetición de prácticas instauradas institucionalmente y naturalizadas en la formación especializada, y, por tanto, de muy difícil identificación, reconocimiento y modificación.

La OMS ha recomendado instaurar un modelo de cuidados respetuosos durante el parto, centrado en las mujeres, para que la experiencia de parto resulte positiva. Un

metanálisis publicado en 2022 y realizado sobre 22 estudios procedentes de 19 países, acerca de las percepciones de mujeres con partos atendidos dentro de un modelo de cuidados intraparto y parto respetado, demostró que las interacciones respetuosas y de cuidado entre las mujeres y sus profesionales sanitarios generaban percepciones positivas en las mujeres respecto de sus propias vivencias de parto, enfatizando la asociación entre las interacciones interpersonales respetuosas y las vivencias subjetivas en los procesos de parto[628].

Las principales recomendaciones de la OMS intraparto son:

- "*Uso del partograma para registrar y monitorear el progreso del trabajo de parto.*
- *Limitar los exámenes vaginales para evaluar el progreso realizándolos cada 4 horas en trabajos de parto normales y cada 2 horas cuando se llegue a la línea de alerta del partograma.*
- *Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto; particularmente evitar la introducción de cualquier dispositivo dentro de la vagina. Estimular una política de "manos libres".*
- *Abandonar el uso de rasurado y enema.*
- *Estimular la deambulación durante el trabajo de parto.*
- *Usar el estetoscopio fetal para monitorear la frecuencia cardíaca fetal.*
- *No restringir líquidos durante el trabajo de parto, y permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente, ingerir comidas livianas si las necesitan. Apoyo psicosocial*
- *Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.*
- *Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Proveer "doulas" (acompañantes entrenados) en el caso de ausencia de una persona, y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiriera. Notar que los*

[628] MIYAUCHI, A., SHISHIDO, E., HORIUCHI, S., "Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis", *Japan Journal of Nursing Science*, 2022, vol. 19, nº3, e12475.

padres no siempre son la compañía adecuada para apoyar a sus parejas, y que ellos también pueden beneficiarse de recibir un apoyo adecuado.

- *Usar un sistema rotativo de parteras para facilitar el trabajo en los momentos de mayor actividad.*
- *Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.*
- *Ser sensible a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias.*
- *En periodo expulsivo, usar una posición levantada si la mujer lo elige durante el parto. Evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía (con las piernas levantadas). Abandonar las camas de parto tradicionales para los partos normales. Usar una cama standard si se elige una cama para el parto.*
- *No realizar episiotomía de rutina (o perineotomía o incisión mediana). · No suturar rutinariamente los desgarros o los cortes menores: las pequeñas heridas pueden usualmente cicatrizar solas. Suturar cuando esté indicado.*
- *No realizar exámenes del cuello después del parto en forma rutinaria excepto que exista evidencia de hemorragia.*
- *Las tasas de cesárea deben ser entre 5% y 15% en cualquier institución, dependiendo del nivel de atención.*
- *Usar la tecnología más sencilla disponible en lugar de técnicas sofisticadas si esta tecnología está apoyada por evidencia fuerte acerca de su utilidad.*
- *Usar el método de Misgav Ladach (Starr) para la cesárea cuando sea posible.*
- *No aumentar los costos en cuidados que no sean esenciales; una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo. Los costos de cuidados que no son necesarios (por ejemplo, televisión en las habitaciones) pueden ser cubiertos por la iniciativa privada. Manejo del dolor,*
- *Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, el cambio de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura, y otros.*

- *Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea*."[629]

6.1.6.3 Postparto inmediato

El periodo inmediatamente postparto, en el cual los cerebros de la madre y del bebé se encuentran impregnados de los procesos neurohormonales que acaban de acontecer en el parto, se denomina periodo sensitivo (llamado también "*la hora de oro*"), y son unos minutos de gran valor, en los cuales el contacto íntimo piel con piel favorece la puesta en marcha de patrones neuroconductuales básicos que dejarán una huella indeleble en la psicología y la conducta del bebé, y facilita la emergencia de las conductas maternales de cuidado de la madre[630]. El contacto estrecho madre-bebé en el periodo sensitivo tiene un efecto calmante para ambos y actúa de regulador sobre los parámetros fisiológicos del bebé, facilitando la termorregulación, la regulación de la frecuencia cardiaca y la de la respiración.

Las recomendaciones de la OMS para este postparto inmediato son:

1. "*Nacimiento: Ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo inmediatamente. Animar a que la madre participe. Quitar esa toalla y tapar a la madre y al niño con una segunda toalla que se encuentre seca. Mantener la cabeza del bebé tapada para minimizar la pérdida del calor. Cortar el cordón una vez que hayan cesado las pulsaciones del mismo mientras el bebé se encuentra con su madre, siempre y cuando no exista una hemorragia significativa.*
2. *Incentivar el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el postparto inmediato y posteriormente.*
3. *Promover el amamantamiento: Incentivar la alimentación al niño cuando el mismo esté dando señales de que está listo para recibirla, mostrando salivación,*

[629] OMS, *Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto. Manual del usuario. [WHO labour care guide: user's manual]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en http://apps.who.int/iris. (Consultado el 13 de noviembre de 2022).
[630] MOORE, ER., BERGMAN, N., ANDERSON, GC., MEDLEY, N., "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, vol. 11, nº 11.

movimientos orales, llevándose las manos a la boca y moviéndose hacia el pecho materno. No forzar la alimentación hasta que el bebé no esté listo.

4. *No separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto. Intentar realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre, en lugar de utilizar una mesa examinadora apartada. Retrasar la realización de los exámenes que no sean necesarios. Realizar los exámenes con la madre y el niño juntos; demorar la hora del baño por 6 horas o más. Demorar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica, para evitar que el contacto visual madre- hijo se vea alterado. Después del nacimiento buscar los momentos apropiados, para dar la vitamina K, BCG y realizar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica contra la gonorrea (en aquellas instituciones donde esté indicado).*[631]"

6.2 Lactancia materna precoz: recomendaciones internacionales

La lactancia materna se abordará en mayor extensión en el próximo Capítulo, relativo al puerperio y la etapa postnatal. No obstante, dada la importancia de su inicio precoz, se hará a continuación una breve enunciación de las principales recomendaciones al respecto.

Colocar a los recién nacidos sobre el pecho de sus madres en la primera hora de vida (conocido como inicio precoz de la lactancia materna) ha demostrado favorecer la supervivencia y la regulación fisiológica del neonato, así como ser una medida crítica para el establecimiento de la lactancia materna a largo plazo. Cuando se impide la lactancia materna inmediata tras el parto (por ejemplo, con la separación madre-bebé) las consecuencias pueden llegar, incluso, a amenazar la vida del bebé, con una asociación directa entre el tiempo de espera y el riesgo de muerte (a mayor tiempo de demora, mayor riesgo de defunción del neonato). Además, alimentar a los recién nacidos con cualquier

[631] Artículo citado previamente, CHALMERS, B., MANGIATERRA, V., PORTER, R., "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course". *Birth*, 2001, nº 28, pp. 202-207.

líquido o sucedáneo de leche distinto a la leche materna ha demostrado tener peores resultados en salud y suponer un riesgo en el establecimiento de la lactancia materna[632].

Como ya se refirió en el Capítulo III, en el año 1989, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) decidieron aunar sus esfuerzos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los servicios de Maternidad y de Neonatología, mediante una Declaración conjunta que incluía diez medidas (denominadas "*Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*"). Desde el año 1991, todos los hospitales y los servicios de maternidad a lo largo del mundo que aplican los "*Diez pasos*" son denominados "*hospitales amigos del niño*", para señalar su apoyo a las buenas prácticas de alimentación del lactante, entre las que se insiste en la necesidad de promover la lactancia materna precoz, en la primera hora tras el nacimiento. En el año 2015, ambas organizaciones decidieron coordinar nuevamente sus esfuerzos para recopilar la evidencia científica sobre la que se sustentan los beneficios de los "*Diez pasos*", y promover programas sólidos de apoyo a la lactancia materna desde todos los sistemas de salud. En el año 2018, se publicó la "*Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño*", que hace hincapié en "*la importancia de aplicar los Diez Pasos en todos los establecimientos y a todos los bebés, ya sean prematuros o a término, nacidos en hospitales privados o públicos, y de países ricos o pobres*"[633].

Por desgracia, según recoge UNICEF, entre los años 2015 y 2021, únicamente el 47% de los recién nacidos a lo largo de todo el mundo han podido disfrutar de un inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida), y sólo el 67% de los recién nacidos recibieron alimentación exclusiva de leche materna en sus primeras 48 horas (lo que supone que un tercio de los recién nacidos recibieron leche de fórmula en sus primeros dos días de vida; habitualmente, dentro de hospitales o entornos sanitarios)[634]. Es significativo que, si bien estos datos varían de forma considerable entre las distintas

[632] UNICEF, *Breastfeeding: Too few children benefit from recommended breastfeeding practices*. Nueva York: UNICEF; 2015. Accesible en: https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding. (Consultado el 12 de febrero de 2023).
[633] OMS y UNICEF, *Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa "Hospital Amigo del Niño"*, 2018.
[634] UNICEF, *UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding*. Disponible en: http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young child-feeding/. (Consultado el 11 de febrero de 2023).

regiones del mundo, las bases mundiales de datos de UNICEF consideran que tienen información insuficiente respecto a la alimentación ofrecida a los recién nacidos en los países de Europa Occidental; países que, en principio, cuentan con registros sanitarios de calidad y están comprometidos con las directrices internacionales en materia de infancia y de salud.

6.3 Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad. De la evidencia científica a la recomendación

Respecto a los cuidados de la madre en el puerperio hospitalario, la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y el puerperio (2014), elaborada por el Ministerio de Sanidad, resume la siguiente evidencia:

> "*El puerperio hospitalario debe fomentar el vínculo de la madre y el bebé con la participación del padre en el proceso. Debe prestarse especial atención al estado de la madre, y a la aparición de fiebre o cualquier otro signo clínico que pueda indicar alguna complicación. Debería evitarse la realización rutinaria de pruebas o procedimientos en aquellas mujeres en las que no se identifiquen signos de alarma*".

Y realiza la siguiente recomendación:

> "*Se recomienda que los controles y cuidados prestados a la madre durante el puerperio hospitalario se dirijan a la identificación de signos que puedan alertar de complicaciones, prestar los cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto y a fomentar el autocuidado y cuidados del bebé, sobre todo en cuanto a alimentación e higiene, así como favorecer el vínculo entre la madre y el bebé*.[635]"

En cuanto a los beneficios de la no separación y el colecho durante el puerperio hospitalario, la Guía recoge y resume la siguiente evidencia:

1. "*Contacto piel-con-piel (CPP) entre la madre y el recién nacido/a. La evidencia disponible (una RS con 34 ECAs y 2.177 participantes) sugiere que el contacto*

[635] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.* Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.

piel-con-piel entre la madre y el recién nacido/a en las 24h siguientes al parto tiene un efecto beneficioso para ambos. El CPP, en comparación al contacto habitual, se asocia a mayor estabilidad cardiorrespiratoria en recién nacidos/as pre-término tardíos (34 − 37 semanas de gestación completas) sanos. Las madres que realizan CPP con su recién nacido es más probable que mantengan la lactancia materna a los 1 − 4 meses posparto que las que realizan un contacto habitual. Las madres que tienen un CPP con su recién nacido/a mantienen la lactancia materna durante más tiempo (64 días más de media) que las que no realizan un CPP Las madres que realizan CPP con su bebé es más probable que mantengan la lactancia materna exclusiva a los 3 − 6 meses posparto que las que realizan un contacto habitual. Las mujeres que realizan un CPP con el recién nacido/a presentan menor grado de congestión mamaria dolorosa autodeclarada que las que no realizan CPP.

2. *Ubicación del recién nacido/a durante las noches de la estancia hospitalaria posparto: cuna separada, cuna adosada a la cama, en la cama. La evidencia disponible (un único ECA con 64 participantes) sugiere que se producen más intentos de lactar durante la noche (tanto exitosos como no exitosos) cuando los recién nacidos/as duermen en la misma cama que la madre o en una cuna adosada (tipo sidecar) que cuando se ubican en una cuna separada. No hay diferencias entre ubicar a los recién nacidos/as en la misma cama o en una cuna adosada en cuanto a la frecuencia de intentos de lactar. No hay diferencias en la duración del sueño de la madre ni del bebé según este se duerma en la misma cama, en una cuna adosada o en una cuna separada. No hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de satisfacción de las madres entre las diferentes ubicaciones del recién nacido/a. Hay mayor frecuencia de eventos con potencial riesgo respiratorio cuando el recién nacido/a duerme en la misma cama en comparación a cuando duerme en una cuna separada. No hay diferencias en la frecuencia de eventos con potencial riesgo de caída al dormir en la misma cama en comparación a dormir en una cuna separada. No hay diferencias en la frecuencia de eventos con potencial riesgo respiratorio o de caída al comparar dormir en una cuna adosada vs dormir en una cuna separada o al comparar dormir en la misma cama vs dormir en una cuna adosada.*"

Por ello, la Guía recomienda fuertemente:

> "*Se recomienda que los bebés sanos se coloquen, inmediatamente tras el nacimiento, sobre el abdomen o el pecho de la madre y mantengan un contacto íntimo piel con piel.*
>
> *Se sugiere que durante las dos primeras horas de vida el contacto piel con piel sea supervisado por un profesional sanitario con la finalidad de identificar posibles complicaciones en los bebés*".

Añade, también, una recomendación débil:

> "*En madres con recién nacidos sanos, se sugiere que, durante las noches de estancia hospitalaria en el posparto, el recién nacido duerma en una cuna adosada (tipo sidecar) a la cama de la madre*."

Desde la perspectiva de la bioética de los cuidados, analizada en Capítulos previos, algunas legislaciones autonómicas, como la de la Comunidad Autónoma de Murcia, están empezando a incorporar el derecho de los bebés a permanecer en brazos de sus madres desde el momento mismo de su nacimiento. Recientemente, la Asamblea General de Murcia, con el consenso de todos los partidos políticos, aprobó una modificación del artículo 16 de la Ley 3/2009, sobre los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, incorporando en dicho artículo:

> "*El derecho del bebé recién nacido a no ser separado de su madre tras el parto (contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido), salvo por razones médicamente justificadas. El derecho a la identidad sanitaria desde el momento de su nacimiento, como sujeto de la asistencia, con apertura de historia clínica*"[636].

6.4 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Los beneficios del contacto estrecho piel con piel del bebé con su madre comenzaron a implementarse en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) neonatales,

[636] Ley 12/2018, de 20 de noviembre, de modificación de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. Nº de Disposición: BOE-A-2019-365. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

en un inicio en relación temporal con las tomas de alimentación para los bebés prematuros o con bajo peso al nacimiento. La introducción de este contacto estrecho (denominado método canguro) en las unidades de cuidados intensivos neonatales, demostró aumentar la supervivencia y disminuir la morbilidad de los menores[637], de tal forma que, progresivamente, se han ido alargando los periodos en los que se aplica, y ha empezado a realizarse, también, con las figuras paternas. La evidencia científica también avala la existencia de un efecto analgésico sobre el dolor en los bebés que mantienen contacto estrecho piel con piel. Dado el impacto negativo que el dolor, como mecanismo de estrés, tiene sobre el neurodesarrollo infantil, resulta prioritario continuar promocionando el contacto íntimo de los bebés con sus figuras de cuidado, especialmente, aquellos que requieren cuidados hospitalarios o métodos potencialmente dolorosos para garantizar su salud[638].

Los estudios científicos y las guías sanitarias de los principales organismos internacionales recomiendan el respeto absoluto por la unión física de la díada madre-bebé en los primeros momentos tras el parto, no debiendo producirse la separación salvo que resulte imprescindible para garantizar la salud del bebé o de la madre y no existan otras alternativas. Incluso en estos casos, debería promoverse el mayor contacto posible entre las madres y sus bebés. Es el caso de las madres que requieren cuidados intensivos: en muchas ocasiones, las madres ingresadas en UCI por riesgo físico para su vida no tienen acceso a sus bebés, con las vivencias consecuentes de angustia y malestar psicológico, y los bebés encuentran interferido su derecho a estar con sus madres. Por su parte, las Unidades de Cuidados Neonatales, intensivos o intermedios, (UCI-N) están realizando por todo el mundo un cambio de paradigma hacia las denominadas "*puertas abierta*s", permitiendo a las madres y los padres acceder libremente a sus bebés, en un reconocimiento de los beneficios saludables que el contacto mantenido tiene para ambas partes de la díada. Los programas de cuidado integral a las familias de los neonatos

[637] CONDE-AGUDELO, A., DÍAZ-ROSSELLO, JL., "Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, nº 8, CD002771.
[638] CAMPBELL-YEO, M., BENOIT, B. NEWMAN, A., JOHNSTON, C. BARDOUILLE, T., STEVENS, B., JIANG, A., "The influence of skin-to-skin contact on Cortical Activity during Painful procedures in preterm infants in the neonatal intensive care unit (iCAP mini): study protocol for a randomized control trial", *Trials*, 2022, vol. 23, nº 1, p. 512.

hospitalizados buscan ayudar a las madres y los padres en sus primeras experiencias de cuidado, promoviendo las relaciones saludables madre-bebé (y padre-bebé)[639].

Desde la perspectiva de la salud de las mujeres, las madres que afrontan su maternidad con un bebé prematuro a menudo han atravesado una finalización del embarazo y un parto altamente estresantes, ya sea por compromiso de la vida de su bebé, de la suya propia o de la salud de ambos. A menudo, estas situaciones han sido inesperadas y de elevada urgencia, con realización de cesáreas emergentes y separación precoz madre-bebé debido a la gravedad clínica, para poder garantizar su supervivencia. Es frecuente que las madres deban elaborar también el duelo por las fases del embarazo que no han vivido y por las expectativas truncadas respecto a su parto.

Además, deben enfrentarse a un puerperio y a unos primeros contactos con su bebé en un entorno muy diferente del natural. Las UCI Neonatales no dejan de ser espacios altamente medicalizados, con un ambiente que a menudo es vivido como hostil (con monitores, medidas de protección sanitaria, alarmas, ruidos, multitud de profesionales sanitarios, etcétera), en los cuales se ofrece información en un lenguaje muchas veces desconocido para las madres y los padres, acerca de problemas que frecuentemente no comprenden (respecto a la mecánica respiratoria de los bebés, procesos de alimentación, etcétera). A este difícil contexto se une que el pronóstico de los bebés prematuros a menudo es incierto, tanto en lo referido a su supervivencia, como en la posibilidad de secuelas a corto, medio y largo plazo. Es fácil comprender que, cuando un recién nacido necesita ser ingresado por cualquier problema, a menudo se produce una angustia extrema en sus madres y padres. A todo ello, se suma una visión del hijo distinta de la imaginada: los bebés prematuros pueden tener un aspecto poco bonito o deseable, tanto en su coloración, como en su tamaño, y su visión puede suponer emociones encontradas, alejadas de la ternura que, con mayor facilidad, elicitan en términos generales los bebés sanos nacidos a término. En términos de vinculación, este ambiente artificial dificulta que las madres y sus bebés puedan iniciar su relación en un momento de máxima riqueza instintiva por ambas partes (en situaciones de urgencia vital, la madre y su bebé no entran en contacto estrecho durante el "*periodo sensible*",

[639] FRANCK, LS., WADDINGTON, C., O'BRIEN, K., "Family Integrated Care for Preterm Infants", *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2020, vol. 32, nº 2, pp. 149-165.

anteriormente referido), y el inicio de las visitas, incluso en las unidades de puertas abiertas, presenta barreras físicas que no favorecen la sincronización de la díada. El periodo que rodea y sigue al nacimiento prematuro se caracteriza por un sentimiento de irrealidad: las madres son confrontadas a la brutalidad del nacimiento y la imposibilidad de desplegar los comportamientos esperables, sobre todo por la ausencia del hijo a su lado. En ocasiones ni siquiera pueden verlo o tocarlo, verdadera prueba de realidad, a partir de las que pueden construirse las representaciones del bebé.

La labor de los equipos de salud mental perinatal en las Unidades hospitalarias de Neonatología es fundamental. Los equipos de salud mental perinatal, integrados con el resto del equipo de la UCI Neonatal, tienen entre sus funciones apoyar a las madres y padres de los bebés, facilitar la interacción con los bebés y promover la coordinación y la formación con los equipos de neonatología.

Respecto a las madres y padres, ayudan a fomentar explicaciones contextuales a nivel biopsicosocial a sus sentimientos y preocupaciones (por ejemplo, validar las dificultades de organización y las emociones encontradas que pueden experimentar unos padres con un bebé prematuro ingresado, y un hijo pequeño en el domicilio), explicitando las preocupaciones que pueden presentar respecto al pronóstico de su bebé, la organización de sus cuidados, etcétera; y validando el abanico emocional que pueden estar experimentando.

Además, intentarán poner al bebé en el centro de la intervención, facilitando la interacción de las madres y padres con sus bebés, dando información del desarrollo evolutivo normal, mostrando las habilidades propias y únicas de cada bebe, y hablando con el bebé y por el bebé. En cierto modo, podría decirse que la función de las psicólogas y psiquiatras perinatales, en el contexto de la UCI Neonatal, es actuar de traductoras del bebé, ayudando a identificar su satisfacción, sus necesidades o deseos, observando y reforzando las interacciones positivas de los padres y las respuestas de los bebés. De este modo, se fomenta la participación de los padres y las madres en el cuidado de sus bebés prematuros en el contexto de la UCI Neonatal, fomentando interés, sus competencias y sus respuestas parentales.

Respecto a la coordinación con el equipo de neonatología, además de actuar, también, como traductores del bebé, favorecen la formación de los profesionales en

apego, y apoyan en la gestión emocional de situaciones complicadas para los profesionales implicados (fallecimientos, enfermedad grave en recién nacido…). Para poder apoyar a las díadas madre-bebé (y, de forma más amplia, a las familias con bebés prematuros) resulta imprescindible aumentar la formación de las y los profesionales sanitarios en los mecanismos psicológicos del periparto y en la teoría del apego; así como promover una cultura sanitaria de humanización de los cuidados de la primera infancia que permita identificar las necesidades de las familias y sus bebés para poder atenderlas y apoyarlas.

En su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*", la OMS reconoce a los bebés prematuros o enfermos y sus madres y familias como poblaciones de especial riesgo o necesidad de atención, señalando que resulta imprescindible monitorizar el estado mental materno en estas situaciones para identificar posibles síntomas de malestar, así como la necesidad de garantizar que las madres reciban información clara y la entiendan, y que puedan consultar todas sus preocupaciones al respecto de la salud de sus bebés a los profesionales sanitarios[640].

6.5 Derechos humanos esenciales la atención al parto

Como ya se ha indicado reiteradamente, el artículo 12 de la CEDAW reconoce que las mujeres tienen derecho a una asistencia sanitaria y su apartado 2 se refiere expresamente a garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, incluida nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Por otro lado, en sus procesos de parto, las mujeres tienen los siguientes derechos en salud: derecho a la autonomía y a la participación en la toma de decisiones, derecho a la no violencia y el trato digno, derecho a la participación y a la rendición de cuentas, y derecho a la intimidad, la privacidad y la confidencialidad.

[640] OMS, *WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142. (Consultado el 11 de abril de 2023).

En la atención sanitaria al parto se recomienda seguir las directrices de la OMS, recogidas en sus guías "*Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia de parto positiva*" y "*Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario*"[641].

Las recomendaciones de la OMS incluyen considerar el especial valor de las experiencias positivas de parto y cumplir con directrices tales como el acompañamiento emocional y físico de la embarazada por la persona que ésta desee, la atención por parte de personal capacitado técnicamente pero que, además, actúe con amabilidad, su participación activa en la toma de decisiones, incluso cuando el intervencionismo médico esté indicado, y la no separación madre-bebé, a no ser que exista una razón clínica que lo justifique.

Los bebés recién nacidos tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño.

Las mujeres, en sus procesos relativos al parto, tienen también derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y bienestar.

La Carta de Ginebra reconoce la necesidad de proteger el derecho al disfrute del bienestar de las generaciones futuras.

Se examinan a continuación algunos supuestos clínicos que ilustran estas situaciones.

6.5.1 ¿Temores infundados? La necesaria formación en salud mental perinatal de los profesionales sanitarios que atienden en el parto

Mujer de 31 años con embarazo a término. Dicho embarazo se produjo de manera espontánea, y fue buscado y deseado en el contexto de una relación de pareja estable. Como antecedentes personales, destaca la existencia de abuso sexual en la infancia (ASI), perpetrado de manera reiterada por familiar de segundo grado (un tío paterno) entre los 6

[641] OMS, *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: http://apps.who.int/iris. (Consultado el 12 de septiembre de 2023); OMS, *Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto. Manual del usuario.* [WHO labour care guide: user's manual]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en http://apps.who.int/iris. (Consultado el 13 de noviembre de 2022).

y los 7 años de edad. La mujer hizo la revelación del abuso a los 20 de años, en el contexto de una psicoterapia realizada por la aparición de crisis de pánico. Si bien encontró apoyo dentro de su familia, ella decidió no denunciar. Desde entonces se ha mantenido estable, sin necesidad de seguimiento por parte de la red de salud mental.

En la revisión obstétrica de la semana 37, la paciente se niega a exploración vaginal, pudiendo realizarse únicamente ecografía abdominal, si bien la ginecóloga que le atendió no indaga más en los motivos de esta decisión. Tres semanas más tarde, en la semana 40, la mujer acude por Urgencias a Obstetricia con parto en curso (fase de dilatación con contracciones cada 1-3 minutos). En el momento de la valoración, la mujer expresa miedo al parto y rechaza la exploración vaginal, negándose a pasar a paritorio, por lo que se solicita una interconsulta preferente a psiquiatría perinatal.

En la intervención por parte de psiquiatría, la mujer explicita sus temores respecto al momento del parto, a la lactancia materna y a la experiencia de intimidad con su bebé. Desde psiquiatría perinatal, se realiza contención emocional, se validan emociones negativas y se ofrece actuar de intermediaria con la matrona asignada al parto para contextualizar sus miedos y facilitar su vivencia de parto respetado. Tras la atención, la mujer se encuentra más tranquila y regulada, con mayor confianza en su matrona, y accede a entrar en paritorio acompañada de su pareja. El parto es vaginal sin incidencias, y la mujer decide iniciar lactancia materna, que resulta satisfactoria. Al alta del ingreso postnatal, mantiene seguimiento en las consultas externas de psiquiatría infantil (programa perinatal) durante seis meses, constatándose una instauración saludable del vínculo madre-bebé.

Este caso es ilustrativo de una situación relativamente habitual pero prácticamente desconocida e invisibilizada. Las experiencias de abuso sexual en la infancia (ASI) son altamente frecuentes en nuestro entorno, y, especialmente, entre las mujeres: diversos estudios señalan que, si bien la incidencia y prevalencia del fenómeno son difíciles de estimar, y tienden a resultar infra-estimadas, su expansión es mucho mayor de la habitualmente considerada, calculándose que, en España, 1 de cada 4 mujeres han

padecido algún tipo de ASI[642]. Se trata, por tanto, de una problemática sobre la cual es esencial aplicar una perspectiva de género, dado las elevadas cifras de mujeres que han sido víctimas de este delito. Las experiencias de abuso sexual pueden reactivarse en forma de síntomas postraumáticos (con re-experimentación, hipervigilancia y evitación) en el momento del parto, que no deja de ser un evento de la vida sexual de las mujeres, en el cual a menudo se sienten especialmente vulnerables.

El conocimiento y la formación del personal sanitario en materia de atención a las víctimas de abuso sexual resulta especialmente importante en aquellos contextos de atención periparto, para ofrecer una atención adecuada que, ante todo, no suponga una nueva experiencia de re-victimización para las mujeres. Supone, por tanto, una medida necesaria para no incurrir en una discriminación por razón de sexo en la atención sanitaria a las mujeres (entre las cuales existe una elevada prevalencia de ASI), recogida en la Convención de la CEDAW, en su artículo 12, que conmina a eliminar todas las formas de discriminación en la atención médica contra la mujer, a fin de asegurar su asistencia en condiciones de igualdad, garantizándole los servicios apropiados en la atención al embarazo, el parto y el postparto.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, esta formación es necesaria para poder ofrecer a las mujeres que han sufrido ASI un trato digno y respetuoso en sus partos. Y, en alineamiento con las recomendaciones de la OMS, este trabajo de acompañamiento en el parto y trato respetuoso, con especial atención a los deseos, los valores y las preferencias de las mujeres, es el único que puede propiciar una experiencia de parto positiva, que a su vez es una base imprescindible para la consecución de la salud y el bienestar de la díada madre-bebé.

6.5.2 Trato irrespetuoso en el parto

Mujer con embarazo a término que acude con molestias prodrómicas de parto que acude a un hospital público español para recibir información. Relata que, sin recibir información ni recabar su consentimiento, se procede a su ingreso hospitalario, durante

[642] Fundación ANAR. *Abuso Sexual en la Infancia y la Adolescencia según los Afectados y su Evolución en España (2008-2019).* Edelvives; 2020. Disponible en: https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Estudio-ANAR-abuso-sexual-infancia-adolescencia-240221-1.pdf. (Consultado el 24 de noviembre de 2022).

el cual se le practican un total de diez tactos vaginales durante 48 horas de manera innecesaria y traumática para ella, sin que se hubiera producido el desencadenamiento del parto, y se inició administración de oxitocina sintética sin recabar su consentimiento informado, con importante malestar físico asociado. A continuación, se realizó su traslado a paritorio sin permitirle permanecer acompañada por su pareja, le practicaron una episiotomía sin darle información previa ni recabar su consentimiento, y aplicaron instrumentación de parto mediante ventosas. Además, se realizó extracción manual de placenta (técnica que sólo está indicada si no ha habido expulsión natural tras 30 minutos después del nacimiento). La niña, que nació con fiebre alta e infección bacteriana por *Escerichia coli*, asociada a tactos vaginales numerosos, hubo de estar ingresada en UCI Neonatal durante una semana. La madre no tuvo permitido ver a su bebé hasta el día después del parto y, posteriormente, únicamente se le permitió visitarla durante 15 minutos cada tres horas, y sin que le fuera tampoco permitido el establecimiento de la lactancia materna, en contra de la voluntad manifestada por la madre.

Las secuelas física y psicológica de las experiencias traumáticas vividas durante el parto y los momentos inmediatamente posteriores fueron muy intensas para la mujer, que vio gravemente alteradas todas las esferas de su vida y ha requerido tratamientos prolongados durante años.

Este caso es representativo de la vulneración de los derechos a la información y el trato digno y respetuoso y de la falta de consentimiento que ha de ser siempre requerido en todas las intervenciones de salud, una situación que sufren un gran número de mujeres en sus procesos de parto.

Los hechos descritos sucedieron en 2011 en un hospital de Galicia, y su víctima, identificada bajo las siglas S.F.M, inició un largo proceso legal para reclamar por la incorrecta atención, agotando los recursos internos de la justicia española. Tras no obtener respuesta a la reclamación que interpuso al hospital, presentó una reclamación por responsabilidad patrimonial de la administración pública por el mal funcionamiento de los servicios sanitarios, que fue desestimada por la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia dos años después. Por ello, en 2014, la mujer interpuso una nueva demanda ante los tribunales de lo contencioso-administrativo, desestimada en 2015 al considerar el juzgado que "*no hubo mala praxis médica*". Apeló entonces ante el Tribunal Superior de

Justicia de Galicia, que, una vez más, desestimó su causa por considerar que no quedaba probada la mala *praxis* médica. En última instancia, la mujer presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, que no fue admitido a trámite. Por ello, la mujer decidió reclamar ante el Comité CEDAW puesto que España ratificó en 2001 el correspondiente Protocolo Facultativo[643], por el que los Estados reconocen la competencia del Comité CEDAW para recibir y considerar las quejas expresadas por personas o grupos organizados de la sociedad civil, lo que constituye un mecanismo exigente de rendición de cuentas en materia de actos de discriminación contra las mujeres, en comparación con el mecanismo vigente de presentación de informes periódicos.

En su dictamen[644], el Comité de la CEDAW considera probado que, en el caso de S.F.M., las autoridades judiciales españolas no realizaron un análisis exhaustivo de los elementos probatorios presentados, y establece dos tipos de medidas: aquellas destinadas a reparar el daño sufrido por la denunciante y que incluyen la indemnización económica por los daños físicos y psicológicos ocasionados; y aquellas de alcance general, por constatar que España, como Estado Parte de la CEDAW, no está cumpliendo adecuadamente con sus obligaciones. Así, el dictamen impone a España cuatro recomendaciones, entre las que se incluyen:

> "*1. Adecuar la atención obstétrica a los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, respetando los principios de autonomía, información y consentimiento.*
>
> *2. Realizar estudios que permitan conocer la incidencia, las causas y los mecanismos perpetuadores de la violencia obstétrica en España, con objeto de orientar adecuadamente las futuras políticas públicas.*
>
> *3. Proporcionar formación específica sobre derechos de salud reproductiva de las mujeres a los profesionales sanitarios implicados en su atención.*

[643] Instrumento de Ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecho en Nueva York el 6 de octubre de 1999. BOE, 9 de agosto de 2001.
[644] ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018, 6 de marzo de 2020 (CEDAW C/75/D/138/2018, de 28.02.2020).

4.Capacitar al personal judicial y administrativo español, generando los recursos necesarios para denunciar posibles situaciones de violencia obstétrica."

Con ello, se abre la delicada cuestión de los efectos de los dictámenes de los Comités Internacionales de Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico español y de su ejecutoriedad[645], en la que resulta esencial la Sentencia 1263/2018, de 17 de julio de 2018 de la Sección 4.ª de la Sala de lo contencioso-administrativo del Tribunal Supremo (TS), por su gran impacto jurídico. En ella, el TS ha reconocido por primera vez efectos en nuestro ordenamiento jurídico por un Dictamen adoptado por el Comité CEDAW, calificándolo de "*vinculante/obligatorio*" y "*presupuesto válido para formular una reclamación patrimonial*" contra el Estado por mal funcionamiento de la Administración de Justicia, que habría tenido como consecuencia la violación de los diversos derechos reconocidos en la Constitución Española, en combinación con los arts. 2, 5 y 16 de la Convención CEDAW.

Así, la inexistencia de un procedimiento específico de ejecución de los dictámenes del Comité es, en sí mismo, un incumplimiento de un mandato legal y constitucional por parte de España, por lo que parecen absolutamente necesarias la adopción de medidas

[645] En realidad, afirma la profesora Concepción Escobar, "*el problema a que se enfrenta el TS en el presente caso no es nuevo. Por el contrario, la naturaleza, efectos y oponibilidad frente a los poderes públicos de las decisiones de los órganos internacionales de protección de los derechos humanos ha sido objeto de un reiterado debate tanto en la doctrina como en la jurisprudencia, que se inicia en buena medida con el tratamiento del caso Barberá, Messegué y Jabardo ante la AN, el TS y el TC 7, y que se ha mantenido como una constante hasta nuestros días, proyectándose tanto sobre las sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos como sobre los dictámenes adoptados por diversos Comités creados por tratados internacionales de derechos humanos en los que España es parte. Sin embargo, aunque esta problemática ha sido una constante en las tres últimas décadas, la respuesta dada a la misma por los poderes públicos no ha sido clara y uniforme, teniendo un fuerte componente pretoriano*". ESCOBAR HERNÁNDEZ, C., "Sobre la problemática determinación de los efectos jurídicos internos de los "dictámenes" adoptados por comités de derechos humanos. Algunas reflexiones a la luz de la STS 1263/2018, de 17 de julio", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Práctica Española de Derecho Internacional, 2019, vol. 71/1, pp. 241-250; IZQUIERDO SANS, C., "Los efectos de las decisiones de los comités de derechos humanos resolviendo comunicaciones individuales: El caso de España", *Litigación internacional para la defensa de los derechos humanos*, coord. por María García Casas; Cristina Izquierdo Sans (dir.), José María Alonso Puig 2022, pp. 203-230; LÓPEZ MARTÍN, A.G. "La doctrina del Consejo de ·Estado sobre los efectos jurídicos de los dictámenes de los comités de derechos humanos de Naciones Unidas", en *Los efectos jurídicos en España de las decisiones de los órganos internacionales de control en materia de derechos humanos de naturaleza no jurisdiccional*, coord. por Carlos Fernández de Casadevante, 2020, pp. 171-200; GUTIÉRREZ ESPADA, C., "Reflexiones sobre la ejecución en España de los dictámenes de los comités de control creados por los tratados sobre derechos humanos", en *Los efectos jurídicos en España de las decisiones de los órganos internacionales de control en materia de derechos humanos de naturaleza no jurisdiccional*, coord. por Carlos Fernández de Casadevante, 2020, pp. 279-297.

tanto en el poder ejecutivo como reformas en el poder legislativo[646]. Por lo tanto, conforme a la más autorizada doctrina:

> "*debe reconocerse el valor de la sentencia del TS cuya finalidad no parece ser otra que garantizar la plena eficacia en el Derecho español de los tratados de derechos humanos en los que España es parte, abriendo para ello una nueva vía de aproximación a la cuestión del efecto jurídico de los dictámenes de Comités y otros órganos internacionales de control, que se antoja menos reduccionista y procedimental que la seguida hasta la fecha por la Audiencia Nacional y el TS, y más próxima a la jurisprudencia constitucional*[647]".
>
> "*El valor de la sentencia radica, pues, en el reconocimiento de que los citados dictámenes están llamados a producir efectos jurídicos en el ordenamiento jurídico español con la finalidad de garantizar el pleno respeto de los derechos fundamentales*[648]".
>
> Sin embargo:
>
> "*el desplazamiento del razonamiento del Tribunal hacia la calificación del Dictamen como un acto "vinculante/ obligatorio" para los poderes públicos distorsiona la naturaleza de dichos dictámenes y abre la puerta a problemas de interpretación de imprevisibles consecuencias*".
>
> Además, ha de tenerse en cuenta que:
>
> "*la decisión adoptada por el TS no puede ser extrapolada en su totalidad a cualquier supuesto relacionado con la aplicación de un dictamen adoptado por*

[646] AGUILAR VILLUENDAS, VJ., *Efectos de los dictámenes de los Comités Internacionales de Derechos Humano sen el ordenamiento jurídico español Guía práctica para la abogacía*, Fundación Abogacía Española, 2022.

[647] ESCOBAR HERNÁNDEZ, C., "Sobre la problemática determinación de los efectos jurídicos internos de los «dictámenes» adoptados por comités de derechos humanos. Algunas reflexiones A la luz de la STS 1263/2018, de 17 de julio", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Práctica Española de Derecho Internacional Vol. 71/1, enero-junio 2019, Madrid, pp. 241-250.

[648] ESCOBAR HERNÁNDEZ, C., "Sobre la problemática determinación de los efectos jurídicos internos de los «dictámenes» adoptados por comités de derechos humanos. Algunas reflexiones A la luz de la STS 1263/2018, de 17 de julio", *Revista Española de Derecho Internacional, Sección Práctica Española de Derecho Internacional*, 2019, vol. 71/1, pp. 241-250.

cualquier Comité, por lo que habrá que esperar a un ulterior desarrollo de esta nueva línea jurisprudencial[649]".

6.5.3 Ausencia de consentimiento informado en la atención sanitaria al parto y visibilización de prácticas inadecuadas

Mujer que acude a hospital público español en la semana 38 de gestación, por rotura espontánea de bolsa. Denuncia que el hospital ignoró el período protocolario de espera de 24 horas en casos de amniorrexis; y, sin informar a la paciente sobre las alternativas existentes, se procedió a la inducción de su parto de forma inmediata y sin su consentimiento. Durante el proceso, la mujer fue sometida a múltiples tactos vaginales y no se le permitió comer, pese a su petición al respecto. Posteriormente, se decidió realizar una cesárea sin criterios médicos que la justificaran, a la cual no pudo acceder su acompañante. Los médicos no permitieron a su pareja estar presente en el nacimiento. Así relata la mujer su experiencia:

> "*Me pusieron en la mesa de operaciones como si fuera una muñeca. Nadie se presenta, nadie me habla, nadie me mira a la cara. Nadie se preocupa en intentar calmarme. Lloro mucho. Me ponen los brazos en cruz. El quirófano está lleno de gente, parece una plaza pública, me ignoran y gritan entre ellos 'falta el bote de la placenta', 'donde está la pulsera del niño'. Estoy allí sola y desnuda y la gente va y viene, la puerta no para de abrirse y cerrarse […]. Hablan entre ellos de sus cosas, qué hicieron el fin de semana, hablan sin importarles que estoy allí y que va a nacer mi hijo, él, que solo puede nacer esa vez, y no me dejan vivirlo*."

La cesárea fue realizada por un grupo de médicos internos residentes (M.I.R) en formación, sin el consentimiento previo de la mujer, a la que ataron las manos durante la intervención. Por ello, cuando nació su bebé, no pudo cogerlo ni tocarlo, ya que tenía los brazos inmovilizados, y no le dieron la oportunidad de tener contacto piel con piel con él. Así queda registrado lo sucedido en el dictamen del Comité CEDAW[650]:

---

[649] *Ibid.*

[650] ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019**, Fecha de aprobación del dictamen: 27 de junio de 2022. Decisión adoptada CEDAW/C/82/D/149/2019, 13 de julio de 2023.

"*Tras realizar la cesárea, se incumplió nuevamente el protocolo que indica que el neonato permanecerá con su madre durante las horas de reanimación inmediata, para iniciar la lactancia materna y el contacto madre-hijo (que mejora ritmo cardiaco, temperatura, glucosa sanguínea, sistema inmunitario y sueño). Sin embargo, el bebé fue separado de su madre para ser llevado al pediatra sin ninguna razón y la autora no tuvo oportunidad de hacer contacto piel con piel con él; la autora solo alcanzó a verle de lejos. Cuando lo volvieron a traer, limpio y vestido, se lo enseñaron a la altura de su mano, pero no pudo acariciarlo porque desde la operación seguía con los brazos atados. Le ordenaron que le diera un beso, acercándoselo a la cara, pero llevándoselo inmediatamente sin que le pudiera decir nada. La autora solicitó que le dieran el niño a su padre, a lo que se le respondió "tranquila, chavalilla, que ya está". La autora oyó cómo explicaban a los estudiantes la forma en la que había que coserla. Terminaron sin decirle nada*."

Tampoco se respetó su deseo de iniciar lactancia materna y no ofrecer lactancia artificial:

"*A esta separación materna se sumó la lactancia artificial, a pesar de que la familia había manifestado su intención de amamantarlo. La lactancia artificial dificultó posteriormente la lactancia materna cuando después de tres horas finalmente se devolvió el recién nacido a la autora. Probablemente a consecuencia de los biberones administrados previamente, el bebé se agarró mal al pecho, por lo que los padres se vieron obligados a pedir un suplemento artificial*."

Posteriormente, la mujer tuvo que acudir a su médico de atención primaria por síntomas de ansiedad relacionados con su experiencia de parto. Fue diagnosticada con trastorno de estrés postraumático posparto.

Nuevamente, se describen tratos irrespetuosos en la atención sanitaria al parto, sin informar a la mujer ni poner en el centro sus deseos y preferencias para generar una experiencia de parto positivo. Todo lo contrario; de hecho, la mujer del caso presenta un trastorno por estrés postraumático secundario a una experiencia traumática de parto, con importantes secuelas.

Este caso descrito corresponde a la denuncia interpuesta por la mujer identificada por las siglas N.A.E ante el Comité CEDAW; que, en 2022, dictaminó que N.A.E había sufrido violencia obstétrica[651]. Previamente, la mujer había llevado su caso a los tribunales españoles; pero, a lo largo del proceso administrativo y judicial, las resoluciones afirmaron que era el médico quien decidía si practicarle una cesárea y que el daño psicológico que sufría era, simplemente, una cuestión de "*percepción*", por lo que decidió denunciar ante organismos internacionales de derechos humanos.

La perito de psiquiatría que valoró a la paciente, y que realizó el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, vinculado a los tratos recibidos en el parto, señaló a este respecto que: "*su caso era ilustrativo y paradigmático de lo que señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los expertos en trauma postparto, que a la falta de cuidados y respeto durante el parto, se añadió la posterior negación por parte de profesionales médicos de la gravedad e impacto de los síntomas resultantes*."

En el dictamen además de reconocer a N.A.E. como víctima de la violencia obstétrica, se afirma que, "*si los médicos y las enfermeras hubieran seguido todos los estándares y protocolos aplicables, es probable que la víctima hubiera dado a luz de forma natural sin tener que pasar por todos estos procedimientos que la dejaron física y mentalmente traumatizada*", y se insta a España a abolir no solamente leyes y reglamentaciones, sino también costumbres y prácticas que constituyan violencia obstétrica, y pide proporcionar a N.A.E. una reparación adecuada por los daños de salud física y psicológica sufridos. Además, solicita que España lleve a cabo las medidas necesarias para garantizar el respeto la autonomía y la capacidad de las mujeres en la toma de decisiones respecto a su salud reproductiva, brindándoles información completa en cada etapa del parto y exigiendo que se obtenga su consentimiento libre, previo e informado para cualquier tratamiento invasivo durante la atención del parto.

Como puede observarse, comienza la visibilización de casos de violencia, discriminación y no consentimiento de la mujer, que habían silenciados y normalizados,

[651] ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer**.** Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019. CEDAW/C/82/D/149/2019, 13 de julio de 2023.

dentro de la atención sanitaria en el parto, y que a día de hoy se siguen produciendo en nuestro entorno.

6.5.4 Malos tratos durante el parto

Mujer que, tras una gestación a término sin incidencias, ingresa en hospital público español para dar a luz. Durante la dilatación, la mujer estuvo obligada a permanecer tumbada y sin moverse, pese a que padecía una hernia de hiato cuyos síntomas empeoraban en dicha postura. Refiere haber solicitado beber agua en varias ocasiones; pero, según explica, dicha petición no fue atendida, sin que se le proporcionaran razones para ello. Señala que, estando con una dilatación únicamente de 3 centímetros, y sin haber realizado una solicitud para la misma, se le indicó que, "*si no accedía a la administración de la analgesia epidural en ese momento, cuando la desease sería tarde o no sería posible por exceso de trabajo en el servicio*", situación en la cual la mujer refiere haber sentido "*temor*". Durante la administración de la anestesia epidural, la paciente refiere que fue pinchada hasta por tres personas distintas, dos de las cuales serían médicas en formación, puesto que, durante la administración de nueve pinchazos, escuchó cómo una de ellas corregía a las alumnas hasta que, finalmente, ésta última decidió hacer la punción lumbar ella misma. Según el testimonio de la paciente: "*Me tocaron la espalda, debajo de la cintura… después de un segundo intento, le seguían unas risitas. Mientras tanto las otras mujeres, supongo que estudiantes (…), hacían comentarios muy inoportunos*".

Horas después del ingreso, con un registro cardiotocográfico normal (esto es, una monitorización del feto sin signos de riesgo para el mismo), y habiendo alcanzado una dilatación de 8 cm y tras exploración de la matrona, que le refiere que considera que "*tiene un periné muy elástico y no va a tener problemas para parir*" y le comunica que la van a trasladar a paritorio, la mujer escucha que todos los paritorios están ocupados, tras lo cual le indican que la van a trasladar a quirófano para practicar una cesárea. Ella se niega a dicha intervención por el mero hecho de la saturación de quirófanos; no obstante, es trasladada a quirófano en contra de su voluntad, si bien el personal médico argumentará más tarde que la pareja de la paciente dio su consentimiento. La mujer refiere que, en el camino al quirófano, le entraron ganas de pujar y que le dijeron: "*Mira, está aquí, ¿por*

qué te mandan?". No obstante, y pese a su oposición, su hija le es extraída por medio de una cesárea de urgencia.

Tras la operación, y durante el ingreso hospitalario, la mujer presenta importante debilidad generalizada y dolor. Además, expresa sentimientos sobre la pérdida de su parto, por lo que se le recomienda apoyo emocional. A su salida del hospital, muestra dificultades para la deambulación, padeciendo caídas frecuentes y requiriendo ayuda de otras personas. Además, presenta dolor agudo en el abdomen durante el postparto, que los especialistas señalaron como relacionados con "*las punciones epidurales practicadas durante el parto*". Una perito gineco-obstétrica estableció que las lesiones neuropáticas que presentaba la mujer se debían a una mala aplicación técnica de la administración de la anestesia epidural, debido a que "*la persona o personas no eran expertas o eran expertas, pero estuvieron desatinadas*". Posteriormente, la mujer padeció importantes secuelas físicas y psicológicas mantenidas en el tiempo, como "*intolerancia a la actividad, debilidad generalizada, insomnio y ansiedad*", requiriendo atención por parte de psiquiatría, con diagnóstico de estrés postraumático, y necesidad de tratamiento prolongado con ansiolíticos y antidepresivos, y cursando por todo ello una baja laboral prolongada.

El caso descrito sucedió en 2009 y corresponde al de la denuncia interpuesta por M. D. C. P. ante el Comité de la CEDAW; que, en 2023, 14 años después de los hechos, condenó por tercera vez a España por violencia obstétrica[652].

Según recoge el dictamen:

> "*El Comité considera que el cúmulo de hechos del presente caso; en particular, la pérdida de dignidad, el abuso y el maltrato sufrido por la autora, la aplicación irregular de anestesia epidural y la falta de consideración de patologías previas sin el consentimiento informado y/o sin haber justificado la necesidad de dichas intervenciones y la omisión en recabar el consentimiento informado previo a*

[652] ONU, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 2023. Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020. Dictamen del Comité de la CEDAW nº 154/2020, de 24 de febrero de 2023 (CEDAW/C/84/D/154/2020).

realizar una cesárea, todo lo cual dejó secuelas físicas y psicológicas en la autora, constituyen violencia obstétrica".

En este caso, como en los dos anteriores, la mujer había planteado ante las instancias internas españolas la presunta violencia obstétrica sufrida; agotando la vía contencioso-administrativa, con apelación y amparo, y los tribunales españoles habían desestimado el caso. En un primer lugar, M., la damnificada, interpuso una reclamación de responsabilidad patrimonial ante el servicio público de salud por mala *praxis,* obteniendo un silencio administrativo. Por ello, decidió acudir a un juzgado de lo contencioso-administrativo, que no vio mala *praxis* en lo sucedido, y argumentó que la cesárea se había realizado debido a un estancamiento de la dilatación (sin embargo, tal y como recoge el dictamen del Comité CEDAW, respecto a esta afirmación, "*sin aportar ninguna prueba que apoyase tal afirmación o mediante la cual se justificase la urgencia por encontrarse en riesgo la salud de la madre o del feto*"). Tras esta resolución, M. apeló al Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, que consideró que haber comunicado la intervención al marido y a la madre de la paciente era suficiente para considerar que se había producido con consentimiento. De acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica el titular del derecho a la información asistencial es el paciente[653], pudiendo ser informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. Cuando se trata de un supuesto de incapacidad (que no es en principio el caso), el paciente ha de ser informado, y sólo si, según el criterio del médico que le asiste, el paciente carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. La argumentación del Tribunal Superior de Justicia parece ajustarse a este supuesto, aunque en ningún momento se recoge así, por lo que hay que entender que no se tuvieron en cuenta los principios esenciales de la Ley, como ya se expuso en el Capítulo I, en el sentido de que toda actuación en el ámbito de la salud requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, que

[653] Artículo 5 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

el consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, y que el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles[654].

Por todo ello, el Comité observa en su dictamen que "*en el presente caso, las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones de género estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir por ejemplo que es el médico quien decide realizar o no la cesárea sin explorar alternativas, ni explicar las razones a la paciente, ni recabar su consentimiento informado, aun cuando la autora había expresado su oposición a dicho procedimiento*". El Comité de la CEDAW señala que los estereotipos de género pueden afectar al derecho de las mujeres a ser protegidas, por lo que las autoridades responsables deben tener "*especial cautela*" para no reproducirlos.

En este caso, como en los dos anteriores, el Comité solicita al Estado Parte la "*reparación plena*" para la mujer, incluyendo "*una indemnización económica acorde a los daños de salud física y psicológica sufridos*". Del mismo modo, vuelve a recomendar la provisión a los profesionales de la salud y del poder judicial de la formación necesaria, e insiste en la necesidad de realizar estudios y estadísticas sobre la violencia obstétrica. Recomienda, también, que se asegure el acceso de las mujeres a servicios de salud adecuados durante el embarazo, el parto y el puerperio, protegiéndolas de maltrato, faltas de respeto y abuso durante el parto[655].

6.5.6 Violencia en el parto y estrés postraumático

Mujer de 37 años que acude a consulta de psiquiatría de un centro de salud mental (CSM) derivada desde su médico de Atención Primaria por presentar síntomas de estrés postraumático tras el parto. La mujer padece ansiedad basal incrementada, con hipervigilancia, alerta y sobresalto ante mínimos ruidos, entre los que se incluye también el llanto del bebé. Presenta conductas de evitación a la ducha porque refiere que al percibir el agua en las piernas re-experimenta el momento de rotura de la bolsa.

---

[654] Artículo 1 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

[655] MARTÍNEZ SAN MILLÁN, C., "España y la deshumanización del parto por medio de la violencia obstétrica. Comentario al Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer nº 154/2020, de 23 de febrero de 2023", *Revista de Estudios Europeos*, 2023, vol. 82, pp. 285-298.

Realiza un relato de parto altamente traumático en el que no se sintió escuchada ni respetada. Refiere que a su llegada a Urgencias con parto en curso la ginecóloga que la exploró la regañó por "*haber acudido tan tarde*", y que se negó a administrarle la anestesia epidural porque "*dilatada como estaba de 8 centímetros, no pensaba llamar a la anestesista*". La trasladaron inmediatamente a paritorio, y la mujer cuenta que, en una nueva exploración vaginal, sintió de pronto un dolor intenso y cómo se humedecían las piernas, se quejó preguntando "*qué le habían hecho*", y la ginecóloga le transmitió que "*acababa de romperle la bolsa para que el niño pudiera salir*". No le informaron de este procedimiento, innecesario para la evolución del parto, ni pidieron su consentimiento para llevarlo a cabo.

La ginecóloga avisó a dos residentes que estaban de guardia, la mujer cuenta que delante de ella les dijo que "*aquel iba a ser un parto instrumentado, y que podrían practicar*". Cuenta que ella manifestó entonces que "*no quería que practicara nadie con ella*", y la ginecóloga la interrumpió rápidamente diciendo que "*si no le gustaba, que se hubiera ido a parir a un hospital que no fuera universitario*". La paciente dice, también, que le practicaron un corte en el periné (episiotomía), sin informarle y sin que quedara constancia en el informe clínico que le dieron al alta (si bien recibió cinco puntos; y la herida, que posteriormente sufrió una dehiscencia, tuvo que ser atendida una semana más tarde en la sala de curas de su centro de salud). El expulsivo finalizó mediante una instrumentación por fórceps que la paciente vivió con mucha angustia, ya que había oído que era el primero que hacía la joven residente que lo realizó. El bebé nació reactivo y vital; y, tras una breve inspección por parte del pediatra, fue entregado a la madre para que realizara piel con piel. Mientras la matrona cubría externamente al bebé con una toalla, la ginecóloga se dirigió por última vez a la madre y le dijo "*¿ves como no era para tanto?*".

En el caso anteriormente presentado, quedan reflejadas muchas de las prácticas inadecuadas que tienen lugar en paritorio de forma rutinaria, contrarias a todas las recomendaciones de la OMS formuladas en su "*Guía para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*", sin proporcionar un adecuado acompañamiento de las mujeres en este proceso de elevada vulnerabilidad psicobiológica, y con menoscabo del derecho a la autonomía de las mujeres en su parto, sin escuchar sus deseos ni respetar sus decisiones.

En primer lugar, destacan las carencias en el trato interpersonal hacia la paciente por parte de los profesionales que la atendieron. La vivencia de la mujer de haber sido regañada por llegar tarde a su propio parto, se acompañó de vivencia de castigo por la forma en que se le negó el acceso a la anestesia epidural. Según se desprende de su relato, en ningún momento le acompañaron durante su proceso de parto, explicándole las características de las distintas fases, informando de lo que estaba sucediendo o sobre qué técnicas consideraban necesario realizar; y, por supuesto, no solicitaron su consentimiento. Explica el dolor y el miedo que sintió cuando le rompieron la bolsa sin mediar explicación al respecto. Del mismo modo, escuchar que "*iban a practicar con ella*" en su parto fue una situación que le generó una elevada angustia y frente a la cual manifestó, asustada, que no deseaba ser atendida por residentes. En lugar de informar a la mujer de que sería adecuadamente atendida y que los médicos residentes estarían en todo momento supervisados, siendo relevados de manera inmediata por la facultativa en caso de ser necesario, la respuesta de la ginecóloga fue, también, hostil y castigadora: "*no haber venido a parir aquí*". De manera comprensible, esta situación puede generar una intensa angustia, miedo e incertidumbre en una mujer que está atravesando uno de los momentos más vulnerables de su vida, y supone una quiebra de la confianza en los profesionales que la atienden, con independencia de la mayor o menor pericia con la que lo hagan. Menospreciando su reacción emocional, la misma ginecóloga, al final del parto, le increpó diciendo que "*no había sido para tanto*", negando la experiencia de la mujer y poniendo en ella la responsabilidad del sufrimiento de la situación que acababa de vivir. Hubo, además, una separación de la madre y el bebé inicial, para inspección por parte de pediatría, que no estaba justificada clínicamente.

Todo lo mencionado previamente, además de ser contrario a las recomendaciones de la OMS, es contrario, también, a las conclusiones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que ha considerado que la imposibilidad de decidir con autonomía sobre la salud durante el embarazo, parto y puerperio, constituye una violación del derecho a la

vida privada y familiar[656], y ha reconocido, también que las mujeres tienen el derecho fundamental de elegir las circunstancias en las que tiene lugar su parto[657].

Además, la mujer señala que en su informe no aparece registrada la episiotomía que se le realizó (de nuevo, sin información y sin su consentimiento). Esta situación de infra-registro de técnicas invasivas para mantener los indicadores de calidad asistencial dentro de unos márgenes aceptables es una realidad que ya ha sido señalada en diversos informes nacionales, y que impide cumplir con las recomendaciones de la OMS de monitorizar periódicamente los datos para comprobar la adherencia a sus recomendaciones. De hecho, el "*Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*", publicado por el Ministerio de Sanidad (2012), mostraba unos datos altamente preocupantes, que pusieron de manifiesto las graves carencias de la atención obstétrica española respecto de las recomendaciones internacionales; y manifestaba que, de algunos datos asistenciales (tales como las amniorrexis artificiales), había un franco infra-registro en las historias clínicas[658]. Tras el mencionado Informe, se diseñó la "*Estrategia de Atención al Parto normal en el Sistema Nacional de Salud (2013)*", que insiste en la necesidad de introducir mecanismos de autoevaluación, y donde se refiere que se ha puesto de manifiesto:

- "*Una gran variabilidad en la atención al parto en toda Europa, lo que denota la existencia de dificultades para que la evidencia científica logre guiar las decisiones clínicas.*
- *Que España es un país especialmente intervencionista: se encuentra entre los primeros en partos instrumentales, en inducciones, en episiotomías.*
- *Que se desconoce en las cesáreas practicadas, las que son de urgencia y las electivas programadas.*
- *La ausencia de información estadística que existe en España (algunos datos sólo de la Comunidad Valenciana y de Cataluña) en comparación con la mayoría de indicadores que sí recogen de forma rutinaria los países de nuestro entorno.*

[656] Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Konovalova c. Rusia*, demanda núm. 37873/04, sentencia de 9 de octubre de 2014.
[657] Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Ternovszky c. Hungría*, demanda núm. 67545/09, sentencia de 14 de diciembre de 2010.
[658] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*, 2012.

- *La necesidad de trasparencia estadística también en la sanidad privada, que permita conocer otros indicadores además de las cesáreas*."[659]

La falta de registros adecuados y veraces que permitan la monitorización y la comparación de cifras acerca de datos tales como el número de cesáreas, episiotomías o partos instrumentados impiden valorar adecuadamente el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS, así como establecer estrategias eficaces para combatir el exceso de intervencionismo o minimizar riesgos de prácticas inadecuadas.

6.5.7 Pandemia de COVID-19 y cambios en los protocolos hospitalarios de atención al parto

A continuación, se recogen algunas de las prácticas manifestadas por las mujeres en su atención al parto durante los años 2020 y 2022, marcados por cambios en los protocolos hospitalarios de parto en relación con la pandemia de COVID-19.

6.5.7.1 Cesárea innecesaria

Mujer de 31 años, primigesta, que acude a su hospital de referencia en parto activo a término (semana 39), el día 20 de marzo de 2020. A su llegada, le impiden pasar acompañada a paritorio por su pareja. El personal sanitario que la atiende la recibe con traje de protección para COVID-19, negándose a sostenerle la mano cuando ella lo solicita, y manteniendo en todo momento la distancia interpersonal durante la fase de dilatación, que transcurre dentro de la normalidad, sin que se aprecien datos de alarma en la monitorización fetal. Cuatro horas después, en el cambio de turno, el ginecólogo que toma el relevo de la asistencia decide de forma unilateral finalizar la gestación con cesárea para minimizar el tiempo de exposición durante el parto, sin otros criterios clínicos que sustenten la decisión. Tras el nacimiento de la niña, se la muestran fugazmente a la madre sin permitirle tocarla o realizar piel con piel, y realizan una separación precoz, entregándosela al padre, al que ingresan individualmente en una habitación. No permiten

[659] Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Estrategia de Atención al Parto normal en el Sistema Nacional de Salud, España, 2013.

a la madre ver de nuevo a la niña hasta 24 horas después, cuando es trasladada a planta, a la habitación donde se encuentra el padre con la bebé.

6.5.7.2 Un protocolo irrespetuoso con el parto

Mujer de 26 años, embarazada de 37 semanas, que acude en fase inicial de dilatación de parto a su centro hospitalario de referencia en la primera semana de abril de 2020. La prueba PCR para COVID-19 realizada a su llegada al hospital resulta positiva, si bien ella se encuentra clínicamente asintomática. A partir de obtener dicho resultado, se traslada a paritorio impidiendo el paso a su acompañante, y se decide administrar oxitocina sintética para acortar el tiempo de parto. La paciente aqueja intensos dolores por las contracciones uterinas, pero se le niega la posibilidad de anestesia epidural alegando que no hay anestesistas disponibles. Tras el parto, realizan separación de la madre y el bebé, impidiéndole a la madre tocarlo, realizar contacto piel con piel o administrar lactancia materna, dándole únicamente la opción de extraerse la leche para ser administrada en biberón de forma diferida. Permiten que el bebé esté en la misma habitación que ella, pero en una cuna a dos metros de la madre. El bebé llora desconsoladamente y la única opción que dan a la madre (que permanece ingresada sin acompañantes ni posibilidad de visitas) es ofrecerle un chupete. Al alta, 48 horas después, la madre sale del hospital con el bebé en brazos.

6.5.7.3 Decisiones arbitrarias contrarias a las recomendaciones de la OMS

Mujer de 29 años, que acude con parto activo a su hospital de referencia en mayo de 2020. No ha recibido seguimiento obstétrico desde la semana 20 de gestación porque le cancelaron todas las citas posteriores alegando que resultaban innecesarias por tratarse de un embarazo de bajo riesgo, y que el riesgo de contagio de COVID-19 en las consultas era mayor que el seguimiento. A su llegada, objetivan dilatación completa y cabeza coronada, por lo que se realiza su traslado rápido a paritorio, permitiendo acompañamiento por parte de su pareja. En el expulsivo se advierte riesgo de pérdida de bienestar fetal por doble vuelta apretada de cordón que no había sido identificada. Afortunadamente, la pericia del obstetra permite finalizar el parto vaginal de manera satisfactoria para el bebé, que nace con color cianótico y escasa reactividad, pero rápidamente recupera la vitalidad.

Después de una breve observación por parte del pediatra, las enfermeras limpian al bebé con una toalla húmeda, sin preguntar a la madre al respecto, antes de entregárselo. Tras el parto, a la espera de los resultados de la PCR (que se demoran durante 8 horas), permiten a la madre dar lactancia materna únicamente tras haberse lavado el pecho con agua y jabón (recomendación que no se basa en ninguna evidencia científica), y a ella le deniegan la posibilidad de comer o beber por hallarse todavía en zona quirúrgica (paritorio), desde donde se niegan a trasladarla hasta conocer si es negativa a COVID-19.

6.5.7.4 Separación precoz prolongada

Mujer de 32 años, con cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal secundaria a infección (corioamnionitis) en semana 30 de gestación, en mayo de 2020. PCR negativa. Buena evolución de la madre tras la cesárea, recibiendo el alta hospitalaria 72 horas después. Separación precoz de la bebé, a la cual no le permiten ver, por encontrarse totalmente restringidas las visitas a la UCI neonatal, alegando cambio de protocolos con motivo de la pandemia de COVID-19. La madre no conoce a su bebé hasta casi cinco semanas postparto. Pese a su deseo de dar lactancia materna, esta fracasa, sin estimulación por parte de la bebé y estando la madre limitada al sacaleches. Días después de tener a la bebé consigo la madre refiere aún sensación de extrañamiento y de desvinculación con la bebé, explicando que "*le cuesta sentir que es su hija*", y que a veces "*tiene la impresión de que le han cambiado al bebé que llevaba dentro por ese otro que ahora vive con ella*".

La irrupción de la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020 provocó la saturación de los sistemas sanitarios y obligó a un cambio drástico en sus procesos asistenciales, especialmente, en la denominada "*primera ola*". Un colectivo especialmente sensible a estos cambios, y en gran medida víctima de los mismos, fue el de las mujeres embarazadas, que hubieron de afrontar los miedos inherentes a la gestación y la incertidumbre provocada por el nuevo coronavirus, con el consecuente miedo al contagio y a sus posibles repercusiones en la gestación (desconocidas en aquel momento), sin un apoyo real por parte del sistema sanitario. Así, ateniéndose a las recomendaciones de distanciamiento social y minimización de contactos, en la mayoría de centros se redujo el seguimiento presencial y se impidió a las mujeres ser acompañadas por sus parejas (incluso para situaciones de gran relevancia emocional y necesaria implicación del padre,

como es el caso de la identificación y el seguimiento de malformaciones fetales o anomalías congénitas). El veto al acompañamiento a mujeres embarazadas en su asistencia hospitalaria se mantuvo hasta bien avanzado el año 2022, cuando la mayor parte de las normativas sobre el distanciamiento social habían decaído. Además, se eliminaron los grupos de preparación al parto, en ocasiones sin informar a las propias mujeres y sin ofrecerles otras alternativas, como el formato online.

A este abandono del seguimiento obstétrico de muchas mujeres, se sumaron las prácticas inadecuadas que se adoptaron en los paritorios. Con la irrupción de la pandemia de COVID-19, se realizaron numerosos cambios en los protocolos hospitalarios de atención al parto, muchos de los cuales no se hicieron públicos, o sólo de forma parcial, y la mayoría de los cuales comprometían los derechos de las mujeres, sin sustentarse en la mejor evidencia científica disponible.

De este modo, la toma de decisiones respecto a la realización de cesáreas o la instrumentación de partos se vio altamente condicionada por criterios no obstétricos ni científicos, con objeto de disminuir el periodo expulsivo del parto y minimizar así el tiempo de exposición de los profesionales implicados. Multitud de hospitales se sumaron a realizar prácticas contrarias a las recomendaciones de la OMS sin aval científico que las sustentase, como impedir el acompañamiento de las mujeres durante el parto, obligar al distanciamiento de la madre y el bebé colocando a este último en un nido o cunita a dos metros de distancia, o desincentivar la lactancia materna. Estas prácticas de separación de la madre y el bebé, con un gran potencial traumático para ambos, fueron, en un gran número de casos, innecesarias desde el punto de vista clínico, y supusieron la vulneración de los derechos básicos de las mujeres y de sus recién nacidos, situación reconocida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, quien ha establecido que la separación de un bebé de su madre tras el nacimiento requiere una justificación excepcional, por tratarse de un acto traumático[660].

El proyecto colaborativo de madres y profesionales de la salud denominado "*La Voz de las Madres. Proyecto MC-IHAN*" ("*Monitorización Ciudadana de indicadores clave IHAN en maternidades españolas mediante medidas basadas en la experiencia y*

[660] Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *P., C. y S. c. Reino Unido*, demanda núm. 56547/00, sentencia de 16 de julio de 2002.

calidad percibida por las madres"), coordinado desde la Universidad de Alicante y financiado por IHAN-España y el Ministerio de Sanidad junto con la colaboración de grupos de madres y asociaciones cívicas, y que pretende mejorar la atención al nacimiento en las maternidades españolas mediante la realización de un cuestionario sobre la calidad de la atención sanitaria al nacimiento con la ayuda de madres y profesionales, muestra, en sus resultados preliminares a partir de las respuestas obtenidas de una muestra de 8.000 mujeres que han sido madres en los últimos 5 años en territorio español, que la calidad del apoyo percibido por las madres por parte de los profesionales sanitarios (definida por el trato respetuoso, el respeto a sus decisiones, la accesibilidad del apoyo y la competencia de los profesionales), disminuyó de forma notoria en el año 2020, coincidiendo con la pandemia de COVID-19, con una recuperación progresiva a partir de 2021 y una mejoría notable entre 2022 y 2023[661].

En definitiva, durante la pandemia de COVID-19, se produjeron múltiples violaciones de los derechos humanos en la atención a los partos dentro de los hospitales españoles, sin adherirse a las recomendaciones de la OMS y sin respetar, en muchos casos, el derecho a la autonomía y a la toma de decisiones dignas de las parturientas, el derecho a la no violencia y al trato digno, y el derecho a la participación y la rendición de cuentas, al negar estos acontecimientos y no investigar los hechos acontecidos en multitud de paritorios, tal y como se recoge en los supuestos previamente descritos[662].

6.5.8 Uso de haloperidol intraparto: Otra vulneración de la autonomía de las mujeres

Mujer de 34 años, con un parto inmaduro previo de feto de 20 semanas fallecido intraparto, que acude a su hospital de zona en semana 38 por rotura espontánea de bolsa. La mujer muestra intensa angustia, con re-experimentación traumática de su parto previo y miedos a que el bebé que va a nacer muera en el parto. El personal que la atiende le reprende en varias ocasiones por retirarse la mascarilla quirúrgica en contexto de elevada

[661] "La Voz de las Madres. Proyecto MC-IHAN". Disponible en: https://www.ihan.es/la-voz-de-las-madres-proyecto-mc-ihan/. (Consultado el 15 de diciembre de 2023).
[662] PARICIO DEL CASTILLO, R., "Mental Health and Vulnerable Populations in the Era of Covid-19: Containment Measures Effects on Pregnancy and Childbirth", *Arizona State Law Journal*., 2020, nº2, pp. 175-190.

angustia con sensación de ahogo, finalmente le dicen que le van a administrar "*un calmante*" para que se tranquilice. Tras la infusión del fármaco, la mujer refiere no recordar prácticamente nada de su experiencia de parto ni del nacimiento de su hija. Horas más tarde, ya con la niña en brazos, tras preguntarle a uno de los ginecólogos sobre lo que le habían administrado, le dijeron que había sido una dosis de un potente antipsicótico denominado haloperidol. Tras el alta hospitalaria, la mujer interpone una reclamación al hospital, refiriendo no haber consentido a la administración del fármaco, contraria a las guías clínicas de atención al parto. Desde el hospital se responde que no consta que se le administrara dicho fármaco. En el informe clínico de la paciente tampoco aparece registrada la administración de ningún fármaco durante el parto.

La administración de haloperidol durante el parto es una práctica obsoleta. Se trata de un neuroléptico que altera el nivel de conciencia de las mujeres, interfiriendo en el peculiar estado de conciencia propio del parto, y alterando la vivencia que las mujeres tienen del mismo.

Pero, además de los perjuicios de su administración en la mujer, al privarla de vivir de forma consciente su propio parto, la administración de haloperidol en este caso supone una flagrante violación de la autonomía de la paciente, al no haber sido la mujer adecuadamente informada del fármaco que le iban a administrar, sus riesgos y (supuestos) beneficios, ni haberse recabado su consentimiento. Como sucede en el caso presente, su administración a menudo se realiza de manera subrepticia; esto es, sin recabar el consentimiento informado de la paciente, o sesgando la información aportada, explicando que se va a administrar un tranquilizante; pero sin explicar que se está administrando un fármaco antipsicótico no indicado durante el trabajo de parto.

Nuevamente, se incurre en una violación del derecho a la información en salud de la mujer parturienta, sin recabar su consentimiento informado para el uso de un fármaco que, además, es usado fuera de indicación médico, y quebrando, de nuevo, su derecho a la autonomía y en contra de los principios y disposiciones de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Todo ello interfiere además en la experiencia de parto, impidiendo cumplir con el estándar de salud propuesto por la OMS de promover experiencias de parto positivas.

Desde la asociación "*El parto es nuestro*", se ha denunciado que la administración de haloperidol en el parto sigue formando parte de los protocolos hospitalarios y los programas formativos de algunos hospitales en España, señalando que su administración sin justificación médica ni consentimiento informado podría ser considerada como una forma de sumisión química[663].

6.5.9 Hospitalización materna y UCI Neonatal: Una separación madre-bebé evitable

Mujer de 39 años, puérpera, que acude a Atención Primaria por ansiedad elevada e incapacidad para conciliar el sueño. Refiere que hace tres semanas que ha sido madre de una niña gran prematura (nacida con 25 semanas), con parto precipitado por incompetencia cervical materna. La niña se encuentra ingresada en UCI Neonatal con mal pronóstico. El hospital en el que está ingresada su hija tiene las visitas altamente restringidas, en protocolo establecido tras la irrupción de la pandemia de COVID-19, que se ha mantenido pese a haber decaído el estado de alarma nacional. Al principio, la mujer refiere que ella no pudo acudir a ver a su hija porque ella misma estaba ingresada con un cuadro de preeclampsia, "*tenía la tensión muy alta*", y las enfermeras de la planta de obstetricia donde estaba hospitalizada le impedían salir de la habitación porque "*debían tenerla todo el tiempo controlada*". El padre sí pudo pasar tiempo con la bebé y enviar fotografías de la misma a la madre, pero no se permitieron las visitas de la abuela (la madre de la madre), pese a que ésta sentía que "*era la única persona que podía sustituirla frente a su bebé*". Cuenta que, posteriormente, pese a tener ya permitidas las visitas, las realiza de forma breve, e incluso hay días que evita acudir a verla porque "*cada vez que va, se le rompe el corazón al ver a la niña llena de cables y tubos*", y piensa que "*prefiere no encariñarse*" con ella. Se encuentra muy angustiada porque piensa que los médicos "*no le dicen toda la verdad*" respecto al pronóstico de su hija.

[663] PARIENTE, C., OLZA, I., CASCIO, L., SILVA, X., EYIMI, H., ESCUDERO, T., BLANCO, V., GARCÍA, MD., PEDRO, I., "Dossier de la Campaña "Haloperidol en el parto: nunca más", *Asociación El parto es nuestro*; 2021. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/resumen_dossier_haloperidol.pdf. (Consultado el 22 de octubre de 2023).

Los beneficios de la no separación madre-bebé para la salud de ambos y el desarrollo de los segundos han sido consistentemente demostrados[664]. La investigación sobre el denominado método canguro, con mantenimiento del contacto piel con piel entre el bebé y su madre (también con otras figuras de cuidado), y la evidencia de sus beneficios en salud, ha revolucionado la perspectiva de los cuidados dentro del ámbito científico, siendo en la actualidad un método promovido y ampliamente implementado en la atención sanitaria a los recién nacidos de riesgo[665]. En los casos de prematuridad o afecciones médicas del recién nacido que requieren cuidados médicos especializados, la no separación se ha demostrado como un mecanismo para mejorar la supervivencia, disminuir el dolor y mejorar el pronóstico de los bebés[666]. En el caso de las madres, mantener el contacto íntimo y estrecho con sus bebés hospitalizados promueve una mejor vinculación afectiva, disminuye la aparición de psicopatología postparto y puede favorecer su sentido de agencia, permitiendo su participación activa en los cuidados[667].

Es evidente que el ingreso hospitalario del bebé supone una barrera para la vinculación y el contacto estrecho y continuado de la díada. Sin embargo, esta barrera puede disminuir parcialmente con la denominada política de puertas abiertas, esto es, con la posibilidad de que las madres puedan permanecer junto a sus bebés siempre que lo deseen y les resulte posible, sin horarios ni restricciones externas[668]. Si bien cada vez más centros se están uniendo a esta política de puertas abiertas, en España todavía hay hospitales que restringen las visitas de los padres a las UCI Neonatales, con los

---

[664] MOORE, ER., BERGMAN, N., ANDERSON, GC., MEDLEY, N., "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, vol. 11, nº 11, CD003519.

[665] KOSTANDY, RR., LUDINGTON-HOE, SM., "The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact)", *Birth Defects Research,* 2019, vol. 111, nº 15, pp. 1032-1043.

[666] The WHO Immediate KMC Study Group, "Impact of continuous Kangaroo Mother Care initiated immediately after birth (iKMC) on survival of newborns with birth weight between 1.0 to < 1.8 kg: study protocol for a randomized controlled trial", *Trials*, 2020, vol. 21, nº 1, p. 280; MAZUMDER, S., TANEJA, S., DUBE, B., BHATIA, K. GHOSH, R., SHEKHAR, M., SINHA, B., BAHL, R., MARTINES, J., BHAN, MK., SOMMERFELT, H., BHANDARI. N., "Effect of community-initiated kangaroo mother care on survival of infants with low birthweight: a randomised controlled trial", *The Lancet*, 2019, vol. 394, nº 10210, pp. 1724-1736.

[667] PATHAK, BG., SINHA, B., SHARMA, N., MAZUMDER, S., BHANDARI, N., "Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis", *Bulletin of the World Health Organization*, 2023, vol. 101, nº 6, pp. 391-402; CRISTÓBAL CAÑADAS, D., PARRÓN CARREÑO, T., SÁNCHEZ BORJA, C., BONILLO PERALES, A., "Benefits of Kangaroo Mother Care on the Physiological Stress Parameters of Preterm Infants and Mothers in Neonatal Intensive Care", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, nº 12, p. 7183.

[668] CÓRDOBA-ROJAS, DN., "Recuperación del neonato de bajo peso: relevancia de las UCIN de puertas abiertas", *Revista Colombiana de Enfermería*, 2020, vol. 19, nº 3, e027.

consecuentes perjuicios asociados para la salud de los bebés ingresados y de sus progenitores.

Por lo tanto, las UCI Neonatales de puertas cerradas suponen un perjuicio a la salud tanto del bebé como de los padres, a nivel mental y físico, dificulta su vinculación afectiva y no toma en cuenta las necesidades básicas de los recién nacidos, colocándolos en una experiencia estresante con potencial lesivo para su desarrollo y que resulta parcialmente evitable. Pero es necesario señalar que las denominadas UCI Neonatales de puertas abiertas en ocasiones no lo son de forma completa, limitando la entrada de familiares con un papel relevante que pueden ejercer funciones parentales en un momento de elevado estrés. Del mismo modo, la no facilitación del contacto entre madres ingresadas y bebés ingresados, con hospitalizaciones separadas, ahonda en las dificultades para la vinculación de la díada.

La separación evitable madre-bebé menoscaba el derecho humano de los niños y niñas, bebés, y, en este caso, de una bebé gran prematura, a gozar del máximo nivel de salud posible, recogido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, y a alcanzar el máximo potencial posible en su desarrollo, puesto que se desatiende la evidencia científica que apoya la mejor evolución y el desarrollo de los prematuros en contacto estrecho con sus madres.

Además de privar al bebé de su principal figura de afecto (de su ecosistema, y en definitiva, de una condición fundamental para su salud, pues lo esperable para una bebé de 24 semanas es permanecer en el cuerpo de su madre), se está generando un sufrimiento añadido para la madre, que también compromete su salud en una etapa (la postnatal) que está especialmente protegida tanto en la Convención de la CEDAW (artículo 12, epígrafe 2), como en Convención de los derechos del Niño (artículo 24, epígrafe 2, como condición necesaria para garantizar el derecho del niño al disfrute del máximo nivel de salud que sea posible).

Por último, cabe plantear que las hospitalizaciones separadas de madres y bebés pueden estar vulnerando el derecho del bebé, recogido en el artículo 9 de la Convención de los derechos del Niño, a no ser separado sus padres contra la voluntad de éstos, "*excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es*

necesaria en el interés superior del niño"[669]. Puesto que, el interés superior del menor, en casos como el presente, puede ser permanecer hospitalizado, pero junto a su madre, resulta necesario poner los medios que permitan las hospitalizaciones conjuntas madre-bebé, cuando ambos precisen atención médica, para garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales en materia de salud materno-infantil.

[669] Convención de los derechos del Niño

CAPÍTULO VII. PUERPERIO MATERNO Y ETAPA NEONATAL

7.1 Exposición de hechos: psicobiología postnatal y la unidad funcional de la díada madre-bebé

Todo el camino recorrido por las mujeres a lo largo de cada proceso reproductivo llevado a término (la concepción y posibles dificultades entorno a la misma, el embarazo a lo largo de sus tres trimestres, el parto y las experiencias asociadas al mismo), y que se ha detallado a lo largo de este trabajo, ha llegado, por fin, a un punto que, en cierto modo, es un fin, pero es también el principio: un bebé nacido en brazos de su madre. Desde la perspectiva del derecho, el Código Civil español, tras una modificación de su artículo 30, realizada en el año 2011, para eliminar la supervivencia de 24 horas que se exigía previamente, reconoce que "*la personalidad se adquiere desde el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno*"[670]. No hay ya, jurídicamente, una única persona (una mujer embarazada), sino dos: una mujer y un bebé.

Sin embargo, el funcionamiento psicobiológico de esta mujer y este bebé, en condiciones de salud, se realiza en consonancia, en una estrecha relación de madre e hijo o hija, a pesar de que cada uno de ellos atravesará en las primeras semanas una serie de cambios y transformaciones propias (el puerperio en la madre, la adaptación a la vida extrauterina en el bebé) que asocian una alta exigencia adaptativa y unos elevados niveles de intensidad emocional. El psiquiatra infantil Daniel Stern señala que con el nacimiento de un bebé se produce también el nacimiento de su madre, puesto que la maternidad implica cambios relevantes conductuales e identitarios en la psique de la mujer[671]. Y existe un tercer elemento que también ha nacido en ese parto, una unidad funcional, con características y necesidades propias, que no ha sido suficientemente reconocido desde la perspectiva de la salud, pese a la evidencia científica que lo avala: hablamos de la díada madre-bebé.

En condiciones favorables de salud, no es posible entender los cambios biológicos y conductuales que se producen en la madre puérpera si no es en la relación con el bebé, ni el desarrollo del recién nacido si no es en el contacto con su madre. Esta unión

[670] Código Civil, modificación de su artículo 30, realizada en el año 2011
[671] STERN, D., *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Nueva York: Basic Books; 1995.

biológica, por medio de mecanismos tales como la lactancia, que sintoniza la oferta de la madre con la demanda del bebé, entraña también una íntima unión psicológica, puesto que, en su absoluta dependencia, el bebé no tiene conciencia de sí mismo, y es la madre quien, en cierto modo, pone la mente a los dos[672]. De este modo, desde la perspectiva de la psicología infantil, el bebé en sus etapas iniciales no existe como un ente individual, puesto que se desarrolla en la relación con su madre, que es quien procura por su supervivencia. La madre y el bebé mantienen una regulación bidireccional, en una homeostasis propia de un sistema diádico que no puede ser estudiado, entendido ni atendido, desde el mero análisis de sus partes individualizadas[673].

Por ello, la enfermedad o el malestar de una parte de la díada (la madre o el bebé) va a suponer la enfermedad o el malestar de la otra parte, y las intervenciones que se realicen sobre uno de los miembros repercutirá de forma ineludible en el otro, siendo imprescindible una visión de unidad funcional para poder dar una respuesta adecuada a los problemas de salud que puedan plantearse en la madre o en el bebé[674]. Del mismo modo, la separación, el conflicto o la ruptura de la díada pueden comportar importantes problemas de salud, interfiriendo en el desarrollo saludable de la infancia[675]. Así, la adopción de medidas públicas, políticas sociales o prácticas sanitarias, atendiendo únicamente a una parte de la unidad (la madre o el bebé) serán siempre insuficientes para garantizar el apoyo y la cobertura de las necesidades de la díada madre-bebé.

Desde la perspectiva obstétrico-ginecológica, clásicamente se ha considerado que el puerperio, o recuperación del organismo femenino tras el parto, dura unas 6 semanas (en torno a 40 días, la denominada "*cuarentena*"), distinguiendo tres etapas durante el mismo: el puerperio inmediato (las primeras 24 horas), el puerperio precoz (desde el segundo hasta el décimo día, aproximadamente), y el puerperio alejado o tardío (a partir

[672] GILLERAULT, G., *Dolto/Winnicott: el bebé en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós; 2009.
[673] REYNA, BA., PICKLER, RH., "Mother-infant synchrony", *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2009, vol. 38, nº 4, pp. 470-7.
[674] ERICKSON, ME., "Factors that influence the mother-infant dyad relationships and infant well-being", *Issues in Mental Health Nursing*, 1996, vol. 17, nº 3, pp. 185-200.
[675] NAEEM, N., ZANCA, RM., WEINSTEIN, S., URQUIETA, A., SOSA, A., YU, B., SULLIVAN, RM., "The Neurobiology of Infant Attachment-Trauma and Disruption of Parent-Infant Interactions", *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2022, nº 16, 882464.

de los diez días postparto)[676]. Sin embargo, desde el punto de vista psicológico, se considera que los intensos cambios psíquicos y sociales que experimenta la madre pueden prolongarse varios meses, e incluso un año, tras el momento de parto. De este modo, la perspectiva de salud integradora tiende a considerar que la etapa puerperal tiene una duración aproximada de un año[677]. Desde el punto de vista pediátrico, se limita el periodo neonatal a los primeros 28 días de vida del recién nacido[678]. Sin embargo, la fusión psíquica entre la madre y el bebé se mantiene durante varios meses, y no es hasta los 8 ó 9 meses de vida extrauterina, con el desarrollo de una discreta autonomía motora infantil (sedestación autónoma y gateo), cuando empieza a acontecer una incipiente separación entre las mentes de la madre y el bebé. Esta separación infantil relativa al desarrollo motor coincide con la aparición, en el plano psicológico, de la angustia del extraño, la aparición de las primeras palabras y el despliegue de las conductas de apego propiamente dichas[679].

Para simplificar, en este Capítulo se abordarán las características de la díada madre-bebé durante los primeros seis meses de vida (etapa de fusión madre-bebé y, según las recomendaciones de la OMS, de lactancia materna exclusiva), dejando el estudio de las conductas de apego y las recomendaciones de crianza infantil para el siguiente Capítulo, dedicado a la primera infancia (hasta los 3 años de edad).

En el presente Capítulo, se expondrán los mecanismos neurobiológicos que subyacen al establecimiento de la díada madre-bebé; las principales dificultades en materia de salud mental que ambas partes, madre y bebé, pueden sufrir en este periodo, y sus repercusiones en la díada; así como la protección a esta etapa y las lagunas existentes en la misma.

---

[676] BEZARES, B., SANZ, O., JIMÉNEZ, I., "Patología puerperal", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2009, vol.1, nº 32, pp. 169-175.
[677] UNICEF, *Qué es el puerperio y las etapas del posparto*. Disponible en: https://www.unicef.org/ (Consultado el 14 de septiembre de 2023).
[678] OMS y UNICEF, *Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-SPANISH_updated_July2014.pdf. (Consultado el 4 de abril de 2023).
[679] SALAZAR-COLLADO, T., "El desarrollo del niño en el primer año de vida", *Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona"*, 2010, vol. 50, pp. 65-70.

7.1.1 Vínculo madre-bebé

Se ha mencionado ya de manera reiterada a lo largo de este trabajo la influencia decisiva que tiene la relación del infante con su principal figura de cuidados para el desarrollo. Sin embargo, la mera maternidad biológica (es decir, la procreación de un hijo) no garantiza que la mujer presente una respuesta maternal hacia su bebé. Para que una mujer despliegue las conductas de cuidado necesarias para que su bebé sobreviva y se desarrolle de manera adecuada en los niveles físico, emocional y social, es necesario que se establezca una vinculación afectiva entre la madre y su recién nacido[680]. Según la teoría del apego, el vínculo es el lazo afectivo primario y privilegiado que se establece en la interacción entre la madre y su recién nacido para garantizar la supervivencia y el desarrollo de las crías en el orden mamífero; fundamentalmente, en aquellas especies que gozan de una larga infancia[681]. Se trata de una estrategia evolutiva que fomenta la proximidad física de la madre y de su cría para maximizar las oportunidades de supervivencia de la segunda.

La vinculación afectiva se inicia en la etapa prenatal, durante el embarazo, o incluso, antes del mismo, como ya se ha visto en los Capítulos previos, influenciada por múltiples factores (la biografía materna y sus propias historias de cuidado, el deseo preconcepcional de la mujer, su situación socioeconómica, su estado afectivo durante la gestación, la aparición de las representaciones mentales sobre el bebé a lo largo del embarazo, la preparación psicológica de la mujer a recibirlo, las experiencias vividas durante el parto…). Pero es en el periodo del postparto –en el encuentro extrauterino de la madre y el bebé–, cuando el vínculo entre ambos adquiere todo su sentido y significado. Los estudios de Broad *et al.* describieron que, debido a la indefensión y la vulnerabilidad del recién nacido, el vínculo madre-bebé constituye una interacción social imprescindible para garantizar su supervivencia; y que, en esta relación, la respuesta maternal se ve biológicamente facilitada por diversos mecanismos hormonales, de recompensa cerebral y reconocimiento sensorial[682]. En estas primeras etapas vitales, tal y como recoge el

[680] DAGLAR, G., NUR, N., "Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period", *Psychiatria Danubina*, 2018, vol. 30, nº 4, pp. 433-440.
[681] BOWLBY, J., *El apego*. Volumen 1 de la trilogía. El apego y la pérdida; Barcelona, España: Editorial Paidós; 2009.
[682] BROAD, KD., CURLEY, JP., KEVERNE, EB., "Mother-infant bonding and the evolution of

neonatólogo y neurocientífico Niels Bergman, la madre es el ecosistema del bebé, y el cuerpo materno, "*el hábitat natural de sus recién nacidos*"[683].

El vínculo madre-bebé es la relación singular que se establece entre ambos y que se caracteriza por ser recíproca, favorable y significativa para los dos[684]. Esta reciprocidad predispone a un mayor bienestar, tanto del bebé como de la madre, en la interacción conjunta, y a un aumento del estrés físico y de problemas emocionales en la madre y del desarrollo en el bebé ante la separación física de la díada, o la disfunción de la misma.

En el plano neurobiológico, se ha observado un correlato entre algunos de los procesos que promueven la unión de la díada y su reciprocidad, y la liberación de la hormona oxitocina. Ya se mencionó el papel clave que juega la oxitocina en el proceso de parto, donde es liberada durante la estimulación del cérvix del útero. Su relevante influencia en el establecimiento del vínculo madre-bebé persiste tras el parto, siendo liberada de forma en pulsos con la estimulación del pezón durante la lactancia materna; pero, también, ante señales del bebé, como son la intimidad táctil con el mismo (en el contacto piel con piel), y el olor del bebé[685].

La oxitocina activa el sistema nervioso parasimpático, disminuyendo la sintomatología ansiosa y la reactividad al estrés, de modo que favorece la adaptación al entorno (o alostasis) y promueve una recuperación rápida ante eventos estresantes (resiliencia)[686]. Así, la lactancia materna se asocia con unos mayores niveles de oxitocina en la madre, mientras que el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido promueve una mayor liberación de oxitocina en ambos[687]. La oxitocina es una hormona fundamental en el inicio de los cuidados al recién nacido, y activa cambios en la expresión genética que se manifiestan en el cerebro de la madre (por ejemplo, modificando el

---

mammalian social relationship", *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological* Sciences, 2006, vol. 361, nº 1476, pp. 2199-2214.

[683] BLÁZQUEZ GARCÍA, MJ., *La Ecología al comienzo de nuestra vida*. Zaragoza: Ed. Tierra Ediciones; 2010.

[684] SPINNER, M., "Maternal-infant bonding", *Canadian Family Physician*, 1978, nº 24, pp. 1151-1153.

[685] UVNAS-MOBERG, K., "Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions", *Psychoneuroendocrinology*, 1998, vol. 23, nº 8, pp. 819-835.

[686] TAKAYANAGI, Y., ONAKA, T., "Roles of Oxytocin in Stress Responses, Allostasis and Resilience", *International Journal of Molecular Sciences*, 2021, vol. 23, nº 1, p. 150.

[687] UVNÄS-MOBERG, K., JOHANSSON, B., LUPOLI, B., SVENNERSTEN-SJAUNJA, K., "Oxytocin facilitates behavioural, metabolic and physiological adaptations during lactation", *Applied Animal Behaviour Science*, 2001, vol. 72, nº 3, pp. 225-234.

número de algunos receptores moleculares a nivel cerebral), regulando algunas conductas maternales[688]. La detección de niveles elevados de oxitocina en sangre materna se ha asociado no sólo con efectos calmantes en las madres (menos síntomas ansiosos y depresivos, y mayor bienestar), sino, también con una mayor sensibilidad materna frente a las necesidades de su bebé[689]. Por ejemplo, en modelos realizados con ratones, se ha demostrado que la oxitocina genera cambios neurológicos en las madres que predisponen a las conductas de cuidado, facilitando la plasticidad neuronal de la corteza cerebral auditiva, que se ha asociado con una mayor sensibilidad a las llamadas de sus crías[690].

Sin embargo, es importante tener presente que las conductas maternales favorables al recién nacido no están garantizadas por los procesos fisiológicos, requiriéndose para las mismas de conductas y respuestas afectivas que no se encuentran determinadas por un patrón instintivo, ni por la influencia única de una hormona como es la oxitocina. Un ejemplo de la importancia de no limitar el efecto de las conductas prosociales a un solo agente son los estudios realizados sobre los topillos de las praderas ("*microtus ochrogaster*"), tradicionalmente empleados para estudios sobre conductas prosociales y familiares. Durante años, se había considerado de importancia capital el papel de la oxitocina en las conductas prosociales de estos animales, debido a la existencia de estudios que demostraban que, al administrarles un bloqueador de receptores de oxitocina, los topillos modifican su conducta, debilitando sus vínculos afectivos y suprimiendo su característica monogamia. Sin embargo, un trabajo reciente, realizado a partir de la modificación genética de estos topillos, con una mutación de los receptores

[688] CAUGHEY, SD., KLAMPFL, SM., BISHOP, VR., PFOERTSCH, J., NEUMANN, ID., BOSCH, O.J., et al., "Changes in the intensity of maternal aggression and central oxytocin and vasopressin V1a receptors across the peripartum period in the rat", *Journal of Neuroendocrinology*, 2011, vol. 23, nº 11, pp. 1113-1124.

[689] JONAS, W., NISSEN, E., RANSJÖ-ARVIDSON, AB., MATHIESEN, AS., UVNÄS-MOBERG, K., "Influence of oxytocin or epidural analgesia on personality profile in breastfeeding women: a comparative study", *Archives of Women's Mental Health*, 2008, vol. 11, pp. 335-345; NISSEN, E., GUSTAVSSON, P., WIDSTRÖM, A., UVNÄS- MOBERG, K., "Oxytocin, prolactin, milk production and their relation with personality traits in women after vaginal delivery and Sectio Caesarea", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1998, vol. 19, pp. 49-58; UVNÄS-MOBERG, K., WIDSTRÖM, A., NISSEN, E., BJÖRVELL, H., "Personality traits in women 4 days postpartum and their correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin", *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990, vol. 11, pp. 261- 273.

[690] MARLIN, BJ., MITRE, M., D'AMOUR, JA., CHAO, MV., FROEMKE, RC., "Oxytocin enables maternal behaviour by balancing cortical inhibition", *Nature*, 2015, vol. 520, nº 7548, pp. 499-504; FUENTES, I., MORISHITA, Y., GONZALEZ-SALINAS, S., CHAMPAGNE, FA., UCHIDA, S., SHUMYATSKY, GP., "Experience-Regulated Neuronal Signaling in Maternal Behavior", *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 2022, vol. 15, p. 844295.

de oxitocina que les impide responder a la misma, y que auguraba consecuencias devastadoras en los individuos modificados desde su nacimiento, demostró que, en contra de lo esperado, estos individuos modificados genéticamente seguían formando parejas monógamas y cuidando de sus crías, con la única diferencia respecto a los no modificados de presentar una menor secreción de leche. Las conclusiones del equipo son que, al presentar impedidos desde el nacimiento los efectos de la oxitocina, estos individuos han desarrollado circuitos alternativos para poder establecer lazos afectivos, activando mecanismos paralelos (aún desconocidos) que compensan la pérdida del receptor. Así, en animales adultos, la pérdida repentina de receptores debida a un bloqueo farmacológico afecta gravemente a su conducta, por no poder activar rutas o mecanismos alternativos, a diferencia de los individuos modificados genéticamente desde su nacimiento, que sí los activan, por no haber dispuesto nunca del mecanismo de la oxitocina[691]. Esto permite atisbar la complejidad de los fenómenos implicados en la vinculación afectiva.

En el establecimiento del vínculo se producen numerosas y continuas interacciones entre la madre y su bebé, de una forma dinámica, recíproca e interdependiente. Dichas interacciones tienen lugar en contextos y ambientes concretos que influyen en las mismas; y, para que tengan lugar, lógicamente resulta necesaria la presencia de la madre, no sólo en un plano físico, sino también con disponibilidad emocional. También es de importancia capital la capacidad de la madre para sintonizar con el bebé y para responder de una manera consistente a sus continuas demandas y necesidades. La evidencia científica ha encontrado una asociación significativa entre la salud mental materna con la calidad de la interacción temprana entre madre y bebé, el bienestar del bebé y el desarrollo psicosocial, con consecuencias relevantes a largo plazo[692]. Tanto la literatura psicoanalítica y la teoría del apego en sus formulaciones iniciales, como numerosos estudios científicos de investigación sobre las relaciones precoces que se han desarrollado en las últimas seis décadas, han tenido como objeto de

[691] BERENDZEN, KM., SHARMA, R., MANDUJANO, MA., WEI, Y., ROGERS, FD., SIMMONS, TC., SEELKE, A. M. H., BOND, JM., LARIOS, R., GOODWIN, NL., SHERMAN, M., PARTHASARTHY, S., ESPINEDA, I., KNOEDLER, JR., BEERY, A., BALES, KL., SHAH, NM., MANOLI, DS., "Oxytocin receptor is not required for social attachment in prairie voles", *Neuron*, 2022, vol. 111, no 16, pp. 787-796.
[692] BROCKINGTON, I., "Postpartum psychiatric disorders", *The Lancet*, 2004, vol. 363, nº 9405, pp. 303-310; PARFITT, Y., AYERS, S., "Postnatal mental health and parenting: the importance of parental anger", *Infant Mental Health Journal*, 2012, vol. 33, nº 4, pp. 400-410.

estudio las interferencias en el vínculo materno-infantil en los primeros años de vida y sus consecuencias negativas. Las conclusiones han sido que las disrupciones en el vínculo madre-bebé generan psicopatología; en algunos casos, de intensa gravedad[693]. Los resultados de los últimos sesenta años de investigación en apego y vinculación precoz demuestran con evidencia de grado fuerte que la disfunción del vínculo madre-bebé (a menudo relacionada con problemas en la salud mental materna, pero no debido únicamente a éstos), impacta negativamente en el desarrollo del infante, además de socavar la salud mental de las mujeres que son madres[694].

De nuevo, para la comprensión de las necesidades del bebé y de las madres en el postparto, así como para entender los problemas de salud física y psicológica que se producen en esta etapa, se hace imprescindible entender a la madre y al bebé como una unidad funcional, una díada indisoluble, en la que el sufrimiento o daño de uno repercute de forma ineludible en el otro, estableciéndose dinámicas circulares de disincronía y amplificación del daño. Analizaremos, por tanto, las problemáticas de la madre y del bebé de una forma ficticiamente separada, puesto que ambas son caras de una misma moneda, y podemos tener la certeza de que, frente a una madre que sufre, o que presenta necesidades no satisfechas, hay también un bebé que sufre o que no está viendo satisfechas sus propias necesidades, y viceversa.

7.1.2 La sincronía de la díada madre-bebé: los problemas en la díada

La sincronía madre-bebé se refiere a las conductas de respuesta que presenta la madre hacia las necesidades que detecta e interpreta en el bebé. La teoría del apego es, en realidad, una teoría de la regulación emocional. Las emociones son una expresión de la capacidad de la regulación de los organismos complejos, y en el apego, se produce una regulación diádica de las emociones a un nivel intuitivo, no consciente. Según la teoría

[693] RECK, C., HERPERTZ, SC., "Parental Bonding and Dyadic Interaction: Source of Mental Health and Risk of Psychopathology", *Psychopathology,* 2016, vol.49, nº 4, pp. 199-200.
[694] KIDD, KN., PRASAD, D., CUNNINGHAM, JEA., DE AZEVEDO CARDOSO, T., FREY, BN., "The relationship between parental bonding and mood, anxiety and related disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Affective Disorders*, 2022, nº 307, pp. 221-236.

del apego, la madre o figura de cuidado segura es capaz de regular de manera continua los niveles cambiantes de activación de su bebé, sus estados emocionales[695].

Esta regulación se realiza por medio de una respuesta sensible que ofrecen los cuidadores al notar las señales de sus bebés, interpretándolas adecuadamente y respondiendo a ellas de manera contingente e inmediata. Esta respuesta sensible actuaría como organizador psíquico del bebé, siendo similar a la respuesta empática, pero incluyendo, además de sentir como el otro, una reacción como sujeto diferenciado al otro[696].

Cuando los cuidadores no son capaces de leer los estados mentales del bebé o fracasan en sus intentos de apoyarlo, no se produce una respuesta sensible. Sin embargo, cuando los cuidadores cuentan con la sensibilidad necesaria para interpretar adecuadamente las señales del hijo, y son capaces de responder conductualmente de manera apropiada y rápida, se establece una interacción armónica donde las competencias sensoriales e interactivas del hijo y las competencias maternales se acoplan en sintonía, generando la regulación diádica.

Las interacciones sintónicas mantenidas en el tiempo tienen una alta probabilidad de generar un apego seguro, mientras que cuando las señales del bebé no se perciben o interpretan adecuadamente, o no hay respuesta a sus necesidades, se establece una interacción disarmónica, pudiéndose producir, en la repetición mantenida de estas interacciones, un trastorno vincular[697]. Esta situación puede ocurrir, por ejemplo, en madres con depresión en el periodo perinatal, duelos no resueltos, pérdidas neonatales, anomalías fetales, conflictos de pareja, escasa red social, o cuando son víctimas de violencia intrafamiliar, entre otras circunstancias[698]. La historia de depresión materna y la adversidad en la infancia de las madres también se han asociado con una menor

[695] LECANNELIER, F., *Apego e Intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental.* Santiago de Chile: Editorial LOM; 2006, p. 27-42.
[696] BEEBE, B., STEELE, M., "How does microanalysis of mother-infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment?", *Attachment & Human Development*, 2013, vol. 15, nº 5-6, pp. 583-602.
[697] BARUDY, J., MARQUEBREUCQ, A., *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Ed. Gedisa; España, 2010, pp. 87-199.
[698] VÁZQUEZ, M., LARTIGUE, T., CORTÉS, J., "Organización conductual de neonatos hijos de madres con un trastorno del estado de ánimo", *Salud Mental,* 2005, nº 28, pp. 11-19.

sensibilidad materna, lo que, a su vez, se asocia con aparición de psicopatología en la infancia[699].

Las investigaciones centradas en la neurobiología del postparto han encontrado una asociación entre la presencia de mayores niveles de oxitocina en sangre materna y una mejor sensibilidad maternal, asociándose la coexistencia de ambas con experiencias vinculares tempranas madre-bebé más positivas[700].

Así, es posible entender el efecto baraja de naipes que las perturbaciones en los procesos de parto e instauración de la lactancia materna, vistos en el Capítulo anterior, pueden ejercer en el proceso de vinculación postnatal. Los partos intervenidos, la separación madre-bebé y la no instauración de lactancia materna se asocian a menores niveles de oxitocina en sangre materna, lo cual, unido a las experiencias negativas que en ocasiones acompañan a estas situaciones (y que pueden dar origen a psicopatología ansiosa, depresiva o postraumática), se asocia a su vez a una menor sensibilidad de la madre hacia su bebé, que dificultará la vinculación afectiva de la díada.

7.1.3 La madre en la relación diádica

El mantenimiento de la sintonía madre-bebé únicamente es posible si la madre está presente y disponible física y emocionalmente. Si bien la regulación de la díada es bidireccional, es evidente que una gran parte del peso recae en la madre, pues es ella la persona adulta en la relación que, en principio, cuenta con las habilidades necesarias para identificar el origen de las alteraciones en la homeostasis y dar respuestas que permitan regresar al estado basal. El repertorio de habilidades maternas requeridas en la relación con el bebé es mucho más complejo de lo que podría suponerse en apariencia, constituyendo ciclos continuados en los cuales la madre identifica una señal que emite el bebé (por ejemplo, un llanto), elabora una hipótesis sobre los motivos de la misma (por

[699] BÖDEKER, K., FUCHS, A., FÜHRER, D., KLUCZNIOK, D., DITTRICH, K., REICHL, C. RECK, C., KAESS, M., HINDI ATTAR, C., MÖHLER, E., NEUKEL, C., BIERBAUM, AL., ZIETLOW, AL., JAITE, C., LEHMKUHL, U., WINTER, SM. HERPERTZ, S., BRUNNER, R., BERMPOHL, F., RESCH, F., "Impact of Maternal Early Life Maltreatment and Maternal History of Depression on Child Psychopathology: Mediating Role of Maternal Sensitivity?", *Child Psychiatry & Human Development*, 2019, vol. 50, nº 2, pp. 278-290.

[700] KOHLHOFF, J., KARLOV, L., DADDS, M., BARNETT, B., SILOVE, D., EAPEN, V., "The contributions of maternal oxytocin and maternal sensitivity to infant attachment security", *Attachment & Human Development*, 2022, vol. 24, nº4, pp. 525-540.

ejemplo, que el bebé tiene hambre), y ofrece una respuesta (por ejemplo, dar el pecho), todo ello de una forma contingente (respuestas inmediatas, no demoradas temporalmente), constante (la madre debe de responder a las señales que el bebé está emitiendo continuamente), consistente (esto es, la madre debe ofrecerle al bebé respuestas similares ante situaciones similares), y cálida (con una intimidad afectuosa).

A la vista de la dificultad de la tarea, que no da tregua, puesto que los bebés los recién nacidos y de corta edad son incapaces de regularse por sí mismos, y están continuamente emitiendo señales que necesitan ser atendidas, es fácil entender la gran cantidad de fallos que pueden producirse en el ciclo de la sincronía[701]. La identificación de las señales se ve muy limitada en situaciones de malestar afectivo materno, como es la depresión postparto: las mujeres que la padecen, inmersas en su propio sufrimiento, pueden tener una menor capacidad de atención y fallar en la detección de las necesidades de sus hijos. La atribución al origen de la señal puede variar mucho en función del estado afectivo materno: en situación de ansiedad materna, es frecuente que se hagan atribuciones catastrofistas; por ejemplo, identificando un llanto como una señal de una enfermedad grave en el bebé, en lugar de como una señal de hambre. La angustia materna y el estilo de apego de la propia madre también dificultarán la calidad de la respuesta (por ejemplo, algunas madres deciden no responder al llanto de sus bebés refiriendo que éstos "*tienen que aprender a no llorar*"; otras responden en función de su propio estado de ánimo, ora cálidas y empáticas, ora enfadadas o angustiadas).

Por tanto, la disponibilidad afectiva, que se relaciona directamente con el estado mental de la madre y su propia capacidad de autorregulación emocional, va a influir en gran medida en la sincronía que la madre pueda establecer con su bebé[702]. Pero, desde luego, no se puede obviar la disponibilidad física.

Resulta evidente que la madre que no tiene presencia física no va a poder ejecutar este ciclo de identificación, atribución y respuesta a las necesidades del bebé. Las

[701] AUGUSTINE, ME., LEERKES, EM., "Associations between maternal physiology and maternal sensitivity vary depending on infant distress and emotion context", *Journal of Family Psychology*, 2019, vol. 33, nº 4, pp. 412-421.
[702] LEERKES, EM., SU, J., CALKINS, SD., SUPPLE, AJ., O'BRIEN, M., "Pathways by which mothers' physiological arousal and regulation while caregiving predict sensitivity to infant distress", *Journal of Family Psychology,* 2016, vol. 30, nº 7, pp. 769-779.

repercusiones en el desarrollo infantil de esta ausencia de respuesta, con calidez afectiva asociada, se conocen desde hace décadas, teniendo su máximo exponente en los estudios de bebés privados de figura materna e institucionalizados en orfanatos, los cuales, incluso recibiendo cuidados físicos apropiados, fallecían o presentaban graves problemas de desarrollo físico y mental[703]. En la madre, la separación física del bebé también tiene importantes consecuencias, asociándose a un deterioro de su salud mental y a una mayor frecuencia de psicopatología[704].

Estas consecuencias se describen sobre todo en las separaciones drásticas y prolongadas entre la madre y el bebé, pero parece que, en las etapas tempranas, separaciones aparentemente breves y menores también repercuten en la calidad de la sincronía de la díada, e incluso en su capacidad de homeostasis. Algunos estudios demuestran una asociación entre la separación madre-bebé que se produce en la primera semana de vida (con una duración media de 3,3 días), y una menor duración de la lactancia materna[705].

Ante esta realidad, cabe cuestionar una separación madre-bebé altamente naturalizada en nuestro entorno, como es la temprana incorporación laboral de la madre. Dicha incorporación es a menudo obligada, debido a la escasa duración de los permisos de maternidad (reconocidos en nuestro país de 16 semanas, el equivalente a tres meses y medio de vida)[706], y se produce en un periodo en el cual el bebé todavía debe lactar a demanda, según las recomendaciones para la lactancia materna de la OMS.

Esta separación física a menudo conlleva a adoptar otras prácticas que inciden en la separación neurobiológica de la díada, como son la finalización de la lactancia materna

---

[703] VAN DER HORST, FC., VAN DER VEER, R., "Loneliness in infancy: Harry Harlow, John Bowlby and issues of separation", *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 2008, vol. 42, nº 4, pp. 325-335.

[704] BERGMAN, NJ., LUDWIG, RJ., WESTRUP, B., WELCH, MG., "Nurturescience versus neuroscience: A case for rethinking perinatal mother-infant behaviors and relationship", *Birth Defects Research*, 2019, vol. 111, nº 15, pp. 1110-1127.

[705] ELANDER, G., LINDBERG, T., "Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding", *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1984, vol. 73, nº 2, pp. 237-240.

[706] El actual ministro de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, Pablo Bustinduy, se ha comprometido a aprobar la ley de Familias en 2024, incluyendo medidas como la ampliación de los permisos por maternidad y paternidad de 16 a 20 semanas y el permiso parental de 8 semanas para el cuidado de hijos durante los primeros 8 años. Disponible en: https://www.rtve.es/noticias/20231220/gobierno-promete-ley-familias-ampliar-permisosretribucion/2468647.shtml#:~:text=El%20ministro%20de,cumpla%20ocho%C2%A0a%C3%B1os. (Consultado el 26 de diciembre de 2023).

y la separación nocturna del bebé (sacarlo de la habitación parental), a fin de facilitar la salida de la madre de la intensidad y dependencia de la relación diádica. Estas decisiones guardan una estrecha relación con las exigencias de la actividad laboral, puesto que una madre que ofrece lactancia a demanda no puede estar un gran número de horas sin extraerse leche; ni, en muchas ocasiones, mantener un sueño nocturno suficiente para garantizar un rendimiento cognitivo ágil para el desempeño de muchas tareas laborales.

Para la madre, la separación neurobiológica también tiene implicaciones en su salud, puesto que supone la disminución de la liberación de oxitocina en las interacciones con su bebé, perdiendo su efecto calmante frente al malestar afectivo, así como su efecto facilitador de la sensibilidad materna.

7.1.4 Trastorno mental materno en el postparto

El periodo puerperal es un momento de especial vulnerabilidad biológica y psicosocial para la aparición de psicopatología en la mujer, pudiendo producirse recaídas de trastornos previos o la emergencia de otros nuevos. A los profundos cambios fisiológicos y hormonales que atraviesan las madres, se suma que muchos de los principales determinantes sociales de salud (pobreza, exclusión social, desigualdad de género, salud laboral) inciden de forma especialmente significativa sobre las mujeres en la etapa postnatal, pudiendo contribuir al socavamiento de su salud mental.

Además del sufrimiento que acarrean a las mujeres que los padecen, subsidiario por sí mismo de recibir una atención sanitaria especializada adecuada (evidentemente, las madres también tienen derecho a la atención de su salud mental), no se puede obviar, desde la perspectiva diádica, las repercusiones que los problemas mentales maternos tienen en el desarrollo infantil[707]. Un estudio prospectivo realizado sobre una muestra de 168 mujeres con ansiedad o depresión en la etapa perinatal, con seguimiento hasta los 18 meses postparto, constató que la disminución de los síntomas en las madres correlacionó con una mejor calidad del apego (un apego de mayor seguridad) en sus hijas e hijos. De

[707] PHUA, DY., KEE, MZL., MEANEY, MJ., "Positive Maternal Mental Health, Parenting, and Child Development", *Biological Psychiatry*, 2020, vol. 87, nº 4, pp. 328-337.

manera recurrente, se observa que la intervención sobre una de las partes de la díada impacta en la otra[708].

Dentro de los problemas de salud mental específicos de la etapa puerperal, por su incidencia y/o su gravedad, destacan los siguientes: los trastornos depresivos puerperales, las psicosis puerperales, los trastornos de ansiedad perinatales, el trastorno por estrés postraumático y la esfera de los trastornos obsesivo-compulsivos.

En primer lugar, señalaremos los trastornos depresivos puerperales, que abarcan desde un estado de ánimo bajo, asociado a labilidad emocional, de corta duración y tradicionalmente considerado como normal, el denominado "*blues*" postparto (con una prevalencia estimada del 50%), hasta las depresiones mayores en la etapa postparto (conocida como depresión postparto, si empieza cuatro semanas después del parto, o depresión periparto, si se inició durante el embarazo o las primeras cuatro semanas postparto)[709]. Se calcula que la prevalencia de la depresión en el postparto oscila entre el 10 y el 20%, siendo mayor la incidencia en poblaciones socialmente desfavorecidas[710]. Los estudios de incidencia y prevalencia en territorio español son escasos y metodológicamente limitados. Un estudio realizado en el año 2003 (hace más de 20 años) sobre una muestra de n = 1.191 mujeres, correspondiente a todas las madres que, durante el período de un año, fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínic de Barcelona en su visita de control del puerperio (6 semanas posparto), concluyó que la prevalencia de depresión fue del 10,15%, con una prevalencia de depresión mayor del 3,6%, y de depresión menor del 6,5%[711]. Como limitación al estudio, cabe argumentar, además de su reducido ámbito geográfico, que un síntoma frecuente de depresión postparto es, precisamente, no acudir a las revisiones de salud

[708] O'MAHONY, A., STEPHENS, C., LIVINGSTON, V., DEMPSEY, E., BOYLAN, G., MURRAY, D., "Postnatal maternal mental health and postnatal attachment", *Rural and Remote Health*, 2023, vol. 23, nº 1, p. 8126.
[709] PAYNE, JL., MAGUIRE, J., "Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression", *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2019, vol. 52, pp. 165-180.
[710] SHOREY, S., CHEE, CYI., NG, ED., CHAN, YH., TAM, WWS., CHOUNG, YS., "Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Psychiatric Research*, 2018, vol. 104, pp. 235–248.
[711] ASCASO TERRÉN, C., GARCIA ESTEVE, L., NAVARRO, P., AGUADO, J., OJUEL, J., TARRAGONA, MJ., "Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo", *Medicina Clínica*, 2003, vol. 120, nº 9, pp. 326-329.

correspondientes, por lo que las mujeres que no acudieron a dicha visita, previsiblemente, pudieron estar sufriendo síntomas depresivos, sin que ello quedara constatado en los resultados.

Los trastornos de la esfera depresiva en esta etapa tienen un importante potencial para repercutir negativamente en el desarrollo infantil[712].

En segundo lugar, cabe destacar las psicosis agudas puerperales, que son cuadros con una prevalencia estimada baja (entre el 0,1 y el 0,2%) pero de enorme gravedad, que pueden comprometer la vida de la madre y/o del bebé, y que requieren ingreso hospitalario[713].

En tercer lugar, se recogen los trastornos de ansiedad postnatales, con una prevalencia estimada del 20%, que presentan una elevada comorbilidad con los trastornos depresivos, y si bien su identificación suele realizarse en la etapa puerperal, habitualmente las mujeres ya presentaban síntomas de ansiedad desde el embarazo[714].

También son relevantes los trastornos por estrés postraumático (TEPT) secundarios a la experiencia de parto. Se considera que en torno al 4% de las mujeres que han parido presenta un cuadro clínico completo de TEPT en relación a una experiencia traumática en el parto[715], cuyos síntomas (que incluyen un estado afectivo bajo o desafectivizado, re-experimentaciones traumáticas, hiperreactividad y dificultades para la regulación emocional) se asocian con dificultades en la vinculación afectiva con los bebés y un mayor índice de problemas en el desarrollo infantil[716]. Existe una evidencia creciente

[712] BRUMMELTE, S., GALEA, LA., "Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care", *Hormones and Behavior*, 2016, vol. 77, pp. 153-66.
[713] FRIEDMAN, SH., REED, E., ROSS, NE., "Postpartum Psychosis", *Current Psychiatry Reports*, 2023, vol. 25, nº 2, pp. 65-72.
[714] NAKIĆ RADOŠ, S., TADINAC, M., HERMAN, R., "Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression", *Acta Clinica Croatica*, 2018, vol. 57, nº 1, pp. 39-51.
[715] COOK, N., AYERS, S., HORSCH, A., "Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review", *Journal of Affective Disorders*, 2018, nº 225, pp. 18-31.
[716] VAN SIELEGHEM, S., DANCKAERTS, M., RIEKEN, R., OKKERSE, JME., DE JONGE, E., BRAMER, WM., LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, MP., "Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review", *Early Human Development*, 2022, nº 174, p. 105667.

sobre la asociación que existe entre recibir un trato inadecuado durante el parto y el desarrollo de síntomas depresivos en el postparto[717].

Y, finalmente, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) presenta una prevalencia estimada en el postparto de en torno al 0,6% y que a menudo se asocia con estados depresivos y puede debutar de inicio o suponer una recurrencia[718]. A menudo es difícil de identificar en las mujeres que han sido madres, quienes no comparten sus obsesiones o sus pensamientos intrusivos que las atormentan por temor a ser juzgadas. En su presentación postparto, es frecuente que el TOC presente miedos excesivos respecto a la salud del niño, que pueden acompañarse comprobaciones frecuentes (por ejemplo, comprobar si respira). Algunas madres también refieren presentar fobias de impulsión o pensamientos de contenido agresivo hacia el bebé, que generan gran disconfort en la madre, e incluso, vivencias de culpa (debido a pensamientos intrusivos de golpear al niño, ahogarlo en la bañera, dejarlo caer desde el cambiador…)[719].

Por su elevada prevalencia y las importantes repercusiones potenciales en la vinculación madre-bebé, nos detendremos brevemente en los estados depresivos postparto. Desgraciadamente, y pese a la alta frecuencia de estados depresivos en las mujeres que han sido madres, éstos siguen estando infra-diagnosticados e infra-tratados[720].

Es posible que esta baja atención a la depresión maternal se vea influida por factores de muy diverso origen. Por un lado, las mujeres que han sido madres pueden ocultar estas experiencias por temor al juicio social; por otro, el seguimiento sanitario del postparto se limita, en general, a revisar la evolución del bebé y la recuperación física materna, sin explorar la salud mental de la madre. Así, no será posible garantizar una

[717] GUURE, C., AVIISAH, PA., ADU-BONSAFFOH, K., MEHRTASH, H., ADEROBA, AK., IRINYENIKAN, TA., BALDE, MD., ADEYANJU, O., MAUNG, TM., TUNÇALP, Ö., MAYA. E., "Mistreatment of women during childbirth and postpartum depression: secondary analysis of WHO community survey across four countries", *BMJ Global Health*, 2023, vol. 8, nº 8, e011705.
[718] SHARMA, V., SOMMERDYK, C., "Obsessive-compulsive disorder in the postpartum period: diagnosis, differential diagnosis and management", *Women's Health*, 2015, vol.11, nº 4, pp. 543-552.
[719] ZAMBALDI, CF., CANTILINO, A., MONTENEGRO, AC., PAES, JA., DE ALBUQUERQUE, TL., SOUGEY, EB., "Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics", *Comprehensive Psychiatry*, 2009, vol. 50, nº 6, pp. 503-509.
[720] DAGHER, RK., BRUCKHEIM, HE., COLPE, LJ., EDWARDS, E., WHITE, DB., "Perinatal Depression: Challenges and Opportunities", *Journal of Women's Health*, 2021, vol. 30, nº 2, pp. 154-159.

atención integral a la salud materna sin una coordinación estrecha entre los servicios de obstetricia, los servicios de pediatría y los servicios de salud mental[721].

Desde un punto de vista teórico, se suelen distinguir los estados afectivos bajos que acontecen durante el postparto (el "*blues*" postparto, también denominado "*blues*" maternal), de los episodios depresivos que tienen lugar en esta etapa, clásicamente denominados como depresión postparto.

El "*blues*" maternal es un estado de especial sensibilidad emocional, con tristeza, irritabilidad y tendencia al llanto, así como fatiga e insomnio, que queda autolimitado a las dos primeras semanas postparto[722]. Es altamente frecuente en las mujeres puérperas, cuya incidencia se estima en un 35%, pudiendo llegar a sobrepasar la prevalencia el 76%, según los contextos analizados[723].

A pesar de su frecuente remisión espontánea, el "*blues*" maternal está considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas afectivos mayores durante la etapa postparto, como la depresión, e, incluso, las psicosis puerperales[724]. Sin embargo, a menudo el entorno de estas mujeres reacciona banalizando la situación y normalizando el malestar maternal. La identificación certera y precoz de los estados de "*blues*" maternal es un paso necesario para poder intervenir de manera adecuada sobre estas mujeres y sus bebés, proveyéndoles de soporte afectivo y apoyo social, promoviendo su bienestar y previniendo la evolución hacia cuadros afectivos más graves.

Respecto a la presencia de episodios depresivos en la etapa puerperal, estos han sido catalogados durante largo tiempo bajo la nomenclatura de depresión postparto. No obstante, investigaciones más recientes apuntan a que, con elevada frecuencia, las

[721] ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P., "Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention", *Journal archive Czech Gynaecology*, 2018, vol. 83, nº 6, pp. 468-473.
[722] TOSTO, V., CECCOBELLI, M., LUCARINI, E., TORTORELLA, A., GERLI, S., PARAZZINI, F., FAVILLI, A., "Maternity Blues: A Narrative Review", *Journal of Personalized Medicine*, 2023, vol. 13, nº 1, p. 154.
[723] REZAIE-KEIKHAIE, K., ARBABSHASTAN, ME., RAFIEMANESH, H., AMIRSHAHI, M., OSTADKELAYEH, SM., ARBABISARJOU, A., "Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period", *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2020, nº 49, pp. 127–136.
[724] MALISZEWSKA, K., ŚWIĄTKOWSKA-FREUND, M., BIDZAN, M., PREIS, K., "Relationship, Social Support, and Personality as Psychosocial Determinants of the Risk for Postpartum Blues", *Ginekologia Polska*, 2016, vol. 87, pp. 442–447.

mujeres que experimentan un episodio depresivo en el postparto ya habían padecido síntomas depresivos durante el embarazo, y ambas situaciones responden a factores de riesgo comunes (eventos vitales estresantes, historia previa de trauma o abuso, embarazos no deseados o no planificados, dificultades relacionales, precariedad socioeconómica…), motivo por el cual actualmente se prefiere el empleo del término de depresión periparto[725].

Ya se ha repetido el importante problema de salud pública que supone la depresión periparto, o postparto, tanto por su elevada incidencia como por las negativas repercusiones que tiene en el vínculo madre-bebé y en el desarrollo infantil, si bien las revisiones al respecto señalan la gran cantidad de factores confusores (adversidad social, estilos de parentalidad, existencia de otras figuras de apego…) que dificultan la valoración del grado de asociación[726].

El suicido en la etapa postparto también merece una consideración aparte. Tradicionalmente, en el ámbito de la salud mental se ha considerado que el embarazo y la tenencia de hijos actuarían como factores de protección frente al suicidio. No obstante, y a falta de investigaciones en profundidad respecto al suicidio en el postparto, diversos estudios han comenzado a desmentir dicha premisa.

Un informe realizado en Irlanda y Reino Unido, publicado en 2022, que investigaba la mortalidad materna en este país en el periodo de 2018 a 2020, señala que el fallecimiento por suicido fue una de las principales causas de mortalidad materna directa[727]. A este respecto, el estudio incide en las repercusiones negativas que la pandemia de COVID-19 tuvo en las mujeres que fueron madres durante dicho periodo, y señala que, en el año 2020, el suicidio consumado en mujeres durante las seis semanas postparto fue tres veces superior al registrado en el periodo comprendido entre 2017 y

[725] Artículo citado previamente, DAGHER, RK., BRUCKHEIM, HE., COLPE, LJ., EDWARDS, E., WHITE, DB., "Perinatal Depression: Challenges and Opportunities", *Journal of Women's Health*, 2021, vol. 30, nº 2, pp. 154-159.

[726] AOYAGI, SS., TSUCHIYA, KJ., "Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes?", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*., 2019, vol. 45, nº 9, pp. 1809-1820.

[727] KNIGHT, M., BUNCH, K., PATEL, R., SHAKESPEARE, J., KOTNIS, R., KENYON, S., KURINCZUK, JJ., *Saving Lives, Improving Mothers' Care Core Report - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018-20.* Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit, Universidad de Oxford, 2022.

2019 en Irlanda y Reino Unido, suponiendo una tasa de fallecimientos de 1.5 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos.

Del mismo modo, los trágicos infanticidios a manos de sus madres han tendido a leerse desde la perspectiva moral, bajo la lente de la "*mala madre*", sin evaluar la presencia de graves perturbaciones mentales (tales como psicosis puerperales) que en numerosas ocasiones padecen las madres en el momento de acabar con la vida de sus bebés[728].

7.1.5 El bebé en la relación diádica

La interacción del bebé con su madre fluctúa en un equilibrio que se mantiene más o menos estable, poniéndose en juego por ambas partes sistemas de conducta que se regulan recíprocamente. Ya se ha comentado el repertorio de conductas maternales que las madres ponen en marcha antes sus bebés; pero, del otro lado, los bebés también ofrecen un repertorio vincular, modulado en parte sus características temperamentales, que les permite establecer una cierta comunicación social ya desde el mismo momento del nacimiento Así, podemos distinguir las conductas de contacto corporal, las conductas relacionadas con estímulos sociales y las señales de comunicación social[729].

Respecto al contacto corporal, el bebé presenta una serie de reflejos primarios que lo invitan a la búsqueda del contacto maternal, y que son: el reflejo prensor, el de moro, el de búsqueda y el reflejo de succión[730].

En cuanto a las conductas relacionadas con estímulos sociales, el recién nacido es especialmente sensible a la voz y al rostro humano. De hecho, hay estudios que sugieren que, desde la etapa intraútero, los fetos reconocen las voces de su padre y su madre, mostrando preferencia por la voz materna[731].

---

[728] SPINELLI, MG., "Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives", *American Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 161, nº 9, pp. 1548-1557.
[729] BECERRIL RODRÍGUEZ, E., ÁLVAREZ TRIGUEROS, L., *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida. Los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia*. Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2012.
[730] WRAY, J., "Breastfeeding and primitive neonatal reflexes", *The Practising Midwife,* 2008, vol. 11, nº 5, pp. 53-56.
[731] LEE, GY., KISILEVSKY, BS., "Fetuses respond to father's voice but prefer mother's voice after birth", *Developmental Psychobiology*, 2014, vol. 56, nº 1, pp. 1-11.

Por último, las señales de comunicación social fundamentales del bebé son, primeramente, el llanto y el gesto. Posteriormente, emerge también la risa. La madre, a su vez, emite señales en forma de besos, caricias y palabras suaves para responder o estimular estas señales del bebé[732].

Habitualmente, la unión entre la madre y su hijo es continua, pero el periodo inmediatamente postnatal es de especial importancia. La transición de la vida intrauterina a la extrauterina es un periodo que implica importantes cambios a muchos niveles: de la respiración, de la circulación sanguínea y de la alimentación. Las primeras horas de vida extrauterina son especialmente sensibles para el bebé, puesto que en ellas presenta una necesidad instintiva especialmente fuerte de protección y de nutrición. Los sistemas sensoriales del recién nacido están preparados para recibir nuevos estímulos, y el recién nacido no ha experimentado todavía un proceso de aprendizaje para poder filtrarlos y discriminarlos, por lo que los recibe tal cual son. El íntimo contacto corporal del bebé con su madre estimula sus sentidos, permitiéndole reconocer su olor e iniciar la lactancia de manera precoz y favoreciendo una experiencia singular de vinculación afectiva.

Cuando al recién nacido se le facilita el contacto íntimo piel con piel con su madre, atraviesa nueve fases de comportamiento, que son las siguientes: llanto, relajación, despertar, actividad, gateo, descanso, familiarización, succión del pecho y sueño. Estas conductas favorecen la regulación del bebé y estimulan la respuesta cuidadora de la madre[733]. La regulación del bebé por medio del contacto estrecho piel con piel se produce a muchos niveles, favoreciendo la termorregulación, la conservación de energía del bebé con mejor control glucémico, la estabilización del equilibrio ácido-base, el ajuste de la respiración y del llanto, además de propiciar las conductas de alimentación. La respuesta cuidadora de la madre también se despierta y se regula ante el contacto estrecho con su hijo, dirigiendo hacia él la atención y facilitando el inicio y mantenimiento de la lactancia, y la propiciación de cuidados. El contacto piel con piel madre-bebé precoz postparto tiene

[732] JHANG., Y. FRANKLIN, B., RAMSDELL-HUDOCK, HL., OLLER, DK., "Differing Roles of the Face and Voice in Early Human Communication: Roots of Language in Multimodal Expression", *Frontiers in communication*, 2017, pp. 2-10.
[733] ROSENBLATT, JS., "Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans", *Acta Paediatrica*, 1994, vol. 397, pp. 3-8.

beneficios demostrados por los cuales se ha establecido como una estrategia de salud fundamental[734].

Los ritmos biológicos de los bebés son propios y diferentes a los de los adultos. Un ejemplo especialmente representativo de esta diferencia son las necesidades de sueño. Los padres y las madres de los niños pequeños suelen preocuparse al encontrar que sus hijos no duermen como los adultos y que las necesidades de sus bebés a menudo interrumpen su propio sueño y descanso. Los patrones de sueño parentales se ven repercutidos por el desarrollo del ritmo circadiano de sus hijos. Especialmente en la etapa postparto, los bebés requieren alimentación nocturna, aunque los requerimientos en frecuencia y cantidad varían mucho en función de necesidades individuales. Se ha comprobado que el contacto íntimo con la madre y la exposición del bebé a los ciclos de luz/oscuridad pueden ayudar al desarrollo del ritmo circadiano de los bebés; no obstante, los ritmos en la primera infancia pueden adquirirse en un rango muy variable de la normalidad[735].

El bebé no tiene un mero papel pasivo en la relación con su madre, sino que pone en juego muchas conductas para activar las conductas de vinculación con la madre como mirarla, tocarla, gemir, llorar, agitarse… Con todas ellas, los bebés se comunican y expresan sus necesidades. La primera forma de comunicación con la que cuentan los recién nacidos es el llanto, y por medio del mismo expresan la presencia de una necesidad que necesita ser atendida por el adulto. Las vocalizaciones de solicitud de cuidado son frecuentes en las crías de muchas especies, y constituyen un sistema de señales que se ha conservado a lo largo de la evolución de los mamíferos[736]. A través del llanto, los bebés humanos son capaces de elicitar la atención, la proximidad y las conductas de cuidado de sus adultos[737]. Dentro de la díada madre-bebé, el llanto infantil provoca reacciones en el

[734] MOORE, ER., ANDERSON, GC., BERGMAN, N., DOWSWELL. T., "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, vol. 5, CD003519.
[735] MCGUIRE, E., "Maternal and infant sleep postpartum", *Breastfeed Review*, 2013, vol. 21, nº 2, pp. 38-41.
[736] LINGLE, S., WYMAN, MT. KOTRBA, R., TEICHROEB, LJ., ROMANOW, CA., "What makes a cry a cry? A review of infant distress vocalizations", *Current Zoology*, 2012, nº 58, pp. 698–726; KIM, P, et al., "Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity", *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011, nº 52, pp. 907–915.
[737] HUNZIKER, UA., BARR, RG., "Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial", *Pediatrics*, 1986, nº 77, pp. 641–648.

estado emocional y físico de la madre, y suele causar una reacción inmediata en su conducta. El llanto del bebé se asociada a cambios neurohormonales maternos, provocando la liberación de oxitocina y noradrenalina (que favorecen la proximidad y la alerta), a la vez que suprime la secreción de opioides internos, asociados con el placer[738]. Las conductas maternales que se ponen en juego ante el llanto de los bebés son en gran medida transculturales, e incluyen coger a los niños en brazos y hablarles. Un estudio realizado sobre madres pertenecientes a distintas culturas confirma esta respuesta maternal de cuidado frente al llanto de coger en brazos y hablarles, y describe otras tres conductas también presentes, pero con menor frecuencia: acariciarlos, hacerles monerías y alimentarlos. Para la investigación, se reclutó a 684 madres de tres países americanos (EE. UU., Argentina y Brasil), tres europeos (Bélgica, Italia y Francia), dos africanos (Kenia y Camerún) y tres asiáticos (Israel, Corea del Sur y Japón). Todas eran primerizas y sus bebés rondaban los cinco meses y medio. Se realizaron grabaciones de las interacciones madre-bebé en su entorno íntimo domiciliario, comprobando así la consistencia intercultural de las respuestas maternas al llanto[739].

El estudio del llanto o vocalizaciones de solicitud de los bebés y de las crías de otras especies animales, y la respuesta de los cuidadores a sus crías, contribuye a entender los sistemas de comunicación a nivel evolutivo y permite investigar la etiología, desarrollar modelos de predicción y prevención de la negligencia emocional y el abuso infantil. Las reacciones de los cuidadores al llanto infantil no siempre son benevolentes; de hecho, el llanto de los bebés a veces puede ser un disparador de maltrato por parte del cuidador[740].

---

[738] RIEM, MME., et al., "Oxytocin modulates amygdala, insula, and inferior frontal gyrus responses to infant crying: A randomized controlled trial", *Biological Psychiatry*, 2011, nº 70, pp. 291–297; MCNEILLY, AS., ROBINSON, IC., HOUSTON, MJ., HOWIE, PW., "Release of oxytocin and prolactin in response to suckling", *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1983, nº 286, pp. 257–259.
[738] BORNSTEIN, MH., PUTNICK, DL., RIGO, P., ESPOSITO, G., SWAIN, JE., SUWALSKY, JTD., SU, X., DU, X., ZHANG, K., COTE, LR., DE PISAPIA, N., VENUTI, P., "Neurobiology of culturally common maternal responses to infant cry", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2017, vol. 114, nº 45, pp. 9465-9473.
[739] Artículo citado previamente, BORNSTEIN, MH., PUTNICK, DL., RIGO, P., ESPOSITO, G., SWAIN, JE., SUWALSKY, JTD., SU, X-, DU, X., ZHANG, K., COTE, LR., DE PISAPIA, N., VENUTI, P., "Neurobiology of culturally common maternal responses to infant cry", *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2017, vol. 114, nº 45, pp. 9465-9473.
[740] CARBAUGH, SF., "Understanding shaken baby syndrome", *Advances in Neonatal Care*, 2004, nº 4, pp. 105–117.

Las respuestas de los cuidadores a las señales del bebé en las primeras etapas de su vida (cuando la señal fundamental es el llanto) van a jugar un papel importante en su organización psíquica, lo cual, a su vez, va a influir en el modo en que el niño emitirá en el futuro señales de expresión de necesidades.

La organización es el término utilizado para describir el establecimiento de un funcionamiento integrado entre la psicología del niño y sus sistemas conductuales. Cuando esos sistemas se encuentran bien integrados, los infantes son capaces de interactuar con el ambiente sin presentar disrupciones en su funcionamiento autónomo y motor. De este modo, no experimentará alteraciones en sus constantes vitales, su estado físico o sus funciones fisiológicas (como el sueño o la alimentación) que puedan comprometer su futuro crecimiento y desarrollo. Los bebés organizados serán capaces de emitir señales fácilmente interpretables por un entorno sensible, que podrá así entender las necesidades que están presentando en cada momento y atenderlas adecuadamente. Los niños que mantienen una organización psicológica y conductual pueden conservar energía para su crecimiento y, además, proveer a sus cuidadores de señales conductuales claras acerca de sus necesidades. De este modo, al emplear patrones conductuales estables y consistentes cuando interactúan con el entorno, facilitan el establecimiento del vínculo de los padres y las madres hacia ellos, favoreciendo el apego seguro, puesto que será más probable que sus cuidadores interpreten de forma adecuada las señales que emitan y respondan a ellas para atender a sus necesidades.

7.2. Lactancia materna

La lactancia materna es la alimentación del bebé por medio de la leche materna, sin adición de otros alimentos sólidos o líquidos, exceptuando vitaminas, minerales, medicamentos o soluciones de rehidratación oral.

Tal y como recogen la OMS y UNICEF en su "*Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño*" (2018):

> "*La lactancia materna es la norma biológica de alimentación de todos los mamíferos, incluidos los seres humanos. La lactancia materna es fundamental*

para alcanzar los objetivos mundiales establecidos en materia de nutrición, salud y supervivencia, crecimiento económico y sostenibilidad ambiental"[741].

La recomendación internacional de la OMS y de otros organismos de salud es el mantenimiento de lactancia materna de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del bebé y de forma complementaria al menos hasta los 2 años. Sin embargo, las tasas reales de lactancia materna a lo largo del mundo están muy lejos de la recomendación de la OMS de que ésta sea la norma en la alimentación. En el año 2014, la OMS publicó un documento denominado "*Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna*", en el que se recoge que, a nivel mundial, en el año 2011, sólo el 38% de los lactantes menores de 6 meses habían recibido lactancia materna exclusiva, estimando que, en ese mismo año 2011, la baja tasa de lactancia materna supuso unas 804.000 muertes infantiles que hubieran sido prevenibles[742]. En dicho documento, la OMS establece una meta mundial de lactancia materna en los primeros 6 meses de vida del 50% para el año 2025.

Sin duda, en la última década se han producido grandes avances en las tasas mundiales de lactancia materna, puesto que, según las estimaciones publicadas por UNICEF en el año 2022, a nivel mundial, entre los años 2015 y 2021, el 48% de los lactantes menores de 6 meses fueron alimentados con leche materna de forma exclusiva[743]. No obstante, esta forma de alimentación infantil, considerada la nutrición óptima, todavía no es la mayoritaria.

En su alocución de apertura en el congreso mundial sobre la aplicación del "*Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*", en junio de 2023, el Director General de la OMS se mostró optimista respecto a los avances mundiales conseguidos en lactancia materna gracias al mencionado código, señalando que:

---

[741] OMS y UNICEF, *Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa "Hospital Amigo del Niño"*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.

[742] OMS, *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7. (Consultado el 10 de diciembre de 2023).

[743] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feedin*g (http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-youngchild-feeding/. (Consultado el 11 de febrero de 2023).

"*Las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida se sitúan hoy en el nivel más alto desde que comenzamos a medirlas, en el decenio de 1980. En el último decenio, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva ha aumentado a nivel mundial en diez puntos porcentuales, hasta llegar al 48% en el caso de los niños menores de 6 meses. Este porcentaje está muy cerca de la meta del 50 % establecida por la Asamblea de la Salud para 2025, y es un aliciente para que aceleremos la adopción de medidas a fin de alcanzar la meta del 70 % para el año 2030*[744]".

En España, hay todavía muchas limitaciones para conocer las tasas reales de lactancia materna, y los datos están desactualizados. En el año 2012, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, se situaba en torno al 28.5%, muy alejadas de las recomendaciones de la OMS y UNICEF[745]. Sin embargo, estas cifran corresponden a una década atrás, y los porcentajes, como ha sucedido a nivel mundial, probablemente hayan mejorado también en nuestro país en la última década.

La lactancia materna ha demostrado importantes efectos positivos en la salud mental y física tanto de la madre como del bebé, con una evidencia científica abrumadora que no deja de sumar datos positivos al respecto en multitud de estudios.

En el bebé, la lactancia materna se asocia con mayores tasas de supervivencia infantil y mejores indicadores de salud a lo largo de la vida. La OMS estima que, mediante una correcta alimentación por lactancia materna, cada año podría evitarse la muerte de más de 820.000 niños menores de 5 años en todo el mundo, asociándose la mitad de los episodios de diarrea y una tercera parte de las infecciones respiratorias a prácticas ineficaces de lactancia materna. La lactancia materna ha demostrado disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante, siendo mayor el efecto de esta reducción en aquellos lactantes que reciben lactancia materna exclusiva. Amamantar durante 6 meses o más ha

[744] OMS, Alocución de apertura del Director General de la OMS en el Congreso Mundial sobre la Aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-global-congress-on-implementation-of-the-international-code-of-marketing-of-breast-milk-substitutes---20-june-2023. (Consultado el 10 de diciembre de 2023).

[745] Asociación Española de Pediatría, *Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*. Comité de Lactancia Materna; 2016. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf. (Consultado el 3 de septiembre de 2023).

demostrado una reducción del riesgo de leucemia infantil cercano al 20%, frente a aquellos infantes que no reciben lactancia materna o ésta es inferior a 6 meses. Además, la lactancia materna prolongada ha demostrado reducir el riesgo de sobrepeso y la obesidad infantil en un 13%, disminuyendo de forma secundaria las enfermedades no transmisibles asociadas al exceso de peso. Todos estos datos aparecen recogidos en un estudio de referencia publicado en la revista *The Lancet* en el año 2016, en el cual se basan las recomendaciones de la OMS recogidas en su "*Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciática Hospital Amigo del Niño*" [746]. También hay evidencia de que la lactancia materna favorece el desarrollo cerebral, existiendo estudios que estiman que los niños amamantados obtienen 3,4 puntos más en el desarrollo cognitivo, de forma que, según las estimaciones reconocidas por la OMS, la lactancia materna universal supondría un ahorro de 302 mil millones de dólares americanos al año a través del amento del cociente intelectual (CI) poblacional[747].

Además, la lactancia materna se ha asociado a indicadores positivos en la relación madre-bebé y su vinculación afectiva; fundamentalmente, en la sensibilidad materna y en el apego seguro[748]. Las investigaciones más recientes apuntan a que la relación entre la lactancia materna y el establecimiento de un apego seguro es bidireccional[749]. No obstante, conviene señalar que la lactancia materna no es una vía exclusiva para la consecución de una vinculación afectiva madre-bebé saludable, ni garantiza por sí misma el establecimiento de un apego seguro, pudiendo todo ello establecerse, también, en situaciones de alimentación mediante lactancia artificial.

Conviene enfatizar que los efectos beneficiosos de la lactancia materna no se limitan al bebé, que es, habitualmente, la perspectiva que se adopta al abordar su estudio y promoción. En la madre, la lactancia es un factor de protección frente a la Diabetes

[746] VICTORA, CG., BAHL, R. BARROS, AJ., FRANÇA, GV., HORTON, S. KRASEVEC, J. et al., "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect", *The Lancet*, 2016, vol. 387, nº 10017, pp. 475–90.
[747] ROLLINS, NC., BHANDARI, N., HAJEEBHOY, N., HORTON, S., LUTTER, CK., MARTINES, JC., PIWOZ, EG., RICHTER, LM., VICTORA CG., The Lancet Breastfeeding Series Group, "Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?", *The Lancet*, 2016, vol. 387, pp. 491–504.
[748] PEÑACOBA, C., CATALA, P., "Associations Between Breastfeeding and Mother-Infant Relationships: A Systematic Review", Breastfeeding *Medicine*, 2019, vol. 14, nº 9, pp. 616-629.
[749] LINDE, K., LEHNIG, F., NAGL, M., KERSTING, A., "The association between breastfeeding and attachment: A systematic review", *Midwifery*, 2020, nº 81, p.102592.

Mellitus tipo 2 (en una reducción del riesgo estimada en 32%), frente al cáncer de ovario (con una reducción del riesgo del 37%) y, de especial relevancia, frente al cáncer de mama. El cáncer de mama tiene actualmente un cariz epidémico en salud, afectando a 1 de cada 8 mujeres. La lactancia materna disminuye el riesgo de cáncer de mama casi un 5% por cada 12 meses que una mujer amamante. La OMS estima que las mujeres que amamantan tienen un 26% menos de riesgo de tener cáncer de mama. Se considera que su incidencia podría reducirse en más de un 50% si se proporcionase más lactancia al pecho y por mayores periodos de tiempo[750]. Por tanto, la protección de la lactancia materna y su promoción de manera prolongada es una estrategia de salud que puede tener un enorme impacto beneficioso para un gran número de mujeres a lo largo de su vida.

A nivel de salud mental, también hay cada vez más evidencia de la asociación que existe entre la práctica de la lactancia materna y una menor presencia de síntomas de ansiedad y depresión en las madres[751].

Además, contrariamente a lo que podría plantearse, el mantenimiento de la lactancia materna se ha asociado a una menor ausencia laboral de las madres, puesto que se ha demostrado las madres que alimentan a sus hijos con fórmula faltan con mayor frecuencia a sus puestos de trabajo, debido a la mayor frecuencia y gravedad de las enfermedades que padecen sus hijos[752].

Con los datos expuestos, parece claro que, desde una perspectiva sanitaria, la protección y promoción de la lactancia materna supone una estrategia privilegiada en salud pública para mejorar la salud de las mujeres y sus hijos a nivel poblacional.

La lactancia materna es una parte esencial de dos derechos humanos fundamentales: el derecho a la alimentación y el derecho a la salud. Se trata de un derecho

---

[750] MOLINA GARCÍA, L., HIDALGO RUIZ, M., MIRANDA MORENO, MD., "La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica", *Revista Matronas*, 2017, vol. 1, nº 5. Disponible en: https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/110/la-lactancia-materna-como-factor-protector-del-cancer-de-mama-una-revision-biblio. (Consultado el 21 de diciembre de 2022).

[751] YUEN, M., HALL, OJ., MASTERS, GA., NEPHEW, BC., CARR, C., LEUNG, K., GRIFFEN, A., MCINTYRE, L., BYATT, N., MOORE SIMAS, TA., "The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review", *Journal of Women's Health*, 2022, vol. 31, nº 6, pp. 787-807.

[752] COHEN, R., MRTEK, MB., MRTEK, RG., "Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations", *American Journal of Health Promotion*, 1995, vol. 10, nº 2, pp 148– 153.

humano que, además, afecta a dos poblaciones de especial protección, como son las mujeres y los niños.

La lactancia materna aparece reconocida como un derecho humano en los dos acuerdos internacionales de mayor presencia en este trabajo: la Convención de los derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

La Convención de los derechos del Niño, en su artículo 24, reconoce el derecho del niño a gozar del más alto estándar de salud. En el epígrafe 2 de dicho artículo se incluye la obligación de los Estados de garantizar las medidas para la provisión de los alimentos nutritivos (apartado c), y de asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, estén informados sobre los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, y sobre las ventajas de la lactancia materna.

Por su parte, la CEDAW incluye, en su artículo 12 apartado 2, que las mujeres deben gozar de los servicios apropiados y una nutrición adecuada durante lactancia.

A estos acuerdos internacionales se unen las recomendaciones de la OMS, la organización responsable de la función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. Esas recomendaciones, basadas en la mejor evidencia científica actualizada del momento, incluyen, como ya se ha mencionado, dar lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del lactante, con preferencia de la lactancia a demanda (esto es, siguiendo las necesidades del lactante, sin unos horarios prefijados), y con alimentación complementaria al menos hasta los 2 años de vida. Estas recomendaciones, especialmente las relativas al periodo de exclusividad de lactancia materna, no podrán ser seguidas si no se da una proximidad madre-bebé.

La necesaria proximidad de la díada madre-bebé para el amamantamiento entra en conflicto en nuestro entorno con la incorporación temprana a un mercado laboral que, en la mayor parte de las ocasiones, excluye la presencia del bebé. La incorporación temprana de la madre al trabajo se ha asociado de forma consistente con un mayor abandono de la lactancia materna, teniendo la mayor duración de las prestaciones por

maternidad un impacto directo en mejores tasas de lactancia materna[753]. Por lo tanto, cabe sugerir que una medida fundamental de protección a la lactancia materna es, precisamente, garantizar la posibilidad de proximidad madre-bebé, al menos, durante el periodo de la lactancia materna exclusiva (los 6 primeros meses de vida).

La decisión de amamantar, o no hacerlo, es una decisión exclusiva de cada mujer. Pero, asimismo, amamantar es, también, un derecho esencial de toda mujer, necesario para satisfacer el derecho al más alto estándar de salud, tanto de las mujeres que son madres, como de sus infantes. Por ello, pese al carácter privado de la decisión de amamantar, los Estados Partes en estos Tratados internacionales están obligados a proteger, promover y apoyar a todas las mujeres en su derecho a dar lactancia materna a sus hijos. Los Estados que no respetan el derecho de las mujeres a amamantar estarían incumpliendo las obligaciones adquiridas por la Convención de los derechos del Niño y la CEDAW.

Por otro lado, uno de los principales factores que influyen en la decisión de amamantar es la educación sanitaria y la información que reciben las madres acerca de la lactancia materna durante el periodo prenatal[754]. El informe de 2022 elaborado por la OMS y UNICEF, denominado "*Cómo influye la comercialización de la leche de fórmula en nuestras decisiones sobre la alimentación infantil*", estudia y evidencia cómo la industria de sucedáneos de leche materna, con sus prácticas de marketing, interviene en la manera en la que las familias deciden alimentar a sus bebés. Estas empresas de sucedáneos de leche emplean mecanismos como el patrocinio, los incentivos o la formación de los profesionales de la salud para establecer relaciones con ellos e influir en las recomendaciones que dan a los progenitores.

En España, existe protección a la lactancia materna derivada del marco de los derechos laborales de las mujeres. El permiso de lactancia se denomina, desde marzo del año 2019, "*permiso para cuidado del hijo lactante*". En nuestro país, este permiso se

[753] NAVARRO-ROSENBLATT, D., GARMENDIA, ML., "Maternity Leave and Its Impact on Breastfeeding: A Review of the Literature", *Breastfeeding Medicine*, 2018, vol. 13, nº 9, pp. 589-597.
[754] VALERO-CHILLERÓN, MJ., MENA-TUDELA, D., CERVERA-GASCH, Á., GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM., SORIANO-VIDAL, FJ., QUESADA, JA., CASTRO-SÁNCHEZ, E., VILA-CANDEL, R., "Influence of Health Literacy on Maintenance of Exclusive Breastfeeding at 6 Months Postpartum: A Multicentre Study", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, nº 9, p.5411.

regula por medio de tres normas principales: el Estatuto de los trabajadores (en su artículo 37, inciso 4, sobre supuestos de nacimiento, adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento); el Real Decreto legislativo 8/2015 (por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, sobre acción protectora del sistema de seguridad social en caso de ejercicio corresponsable del cuidado del lactante, incluyendo la situación protegida y la prestación económica); y el Real Decreto-ley 6/2019, de medidas urgentes para garantizar la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

En resumen, el contenido de protección recogido en estas normas se traduce en el derecho de ausencia del horario laboral de una hora que puede dividirse en dos fracciones o reducción de jornada en media hora, con una duración máxima de 9 meses, con mantenimiento de la retribución normal como tiempo de trabajo. Se recoge que la concreción del horario corresponde al trabajador, dentro de su jornada ordinaria, y exige un preaviso al empresario de 15 días para la reincorporación a la jornada ordinaria. Además, existen algunos convenios colectivos que mejoran las condiciones de lo previamente expuesto, con cláusulas que pueden incluir la posibilidad de acumular en un mes de permiso retribuido el periodo de lactancia, la reducción de la jornada laboral en una hora al inicio o al final hasta los 10 o incluso los 12 meses de edad, o asociar unos menores umbrales mínimos de reducción de jornada.

Queda recogido que se trata de un derecho de disfrute indistinto por madre o padre, y que se trata de un derecho intransferible. Hasta el año 2023, este permiso sólo podía ser disfrutado por uno de los dos progenitores. Sin embargo, a partir de la aprobación de la nueva Ley de Familias[755], ambos pueden hacerlo de forma simultánea.

[755] La Ley de Familias, también apodada Ley de la Familia, vio la luz a través del Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio de 2023, e introdujo una serie de medidas con el objetivo de facilitar la conciliación en España y fomentar la igualdad en el reparto de cargas relacionadas con la crianza y los cuidados familiares, introduciendo con rotundidad la dimensión de la corresponsabilidad. Todas las medidas laborales que recoge se encuentran en vigor desde el 30 de junio de 2023. Debe destacarse que en gran medida la aprobación de esta norma surge de necesidad de trasponer la Directiva UE 2019/1158, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida laboral de los progenitores y los cuidadores, cuya fecha límite de trasposición era el 1 de agosto de 2022. PÉREZ BERNÁRDEZ, C., QUESADA ALCALÁ, C., "La regulación de la conciliación de la vida privada/familiar y laboral en la Unión Europea", en *Conciliación hoy*, coord. por Ruth de María Abril Stoffels, 2012, pp. 117-148.

A este respecto, sin negar la necesaria igualdad en materia de políticas y derechos, ni la importancia del fomento de la corresponsabilidad, cabe cuestionar, nuevamente, la adecuación de la articulación de este permiso a la efectiva protección de la lactancia materna como un derecho humano y a las recomendaciones internacionales en salud de promoción y protección de la lactancia materna. De entrada, se ha eliminado oficialmente la denominación "*permiso de lactancia*", sustituyéndola por "*permiso para cuidado del lactante*", cuando el cuidado del bebé y el amamantamiento, siendo los dos elementos importantes y valiosos que deben protegerse, no son equivalentes. Para poner en valor la lactancia materna, es necesario, en primer lugar, el reconocimiento del papel insustituible que ésta tiene. Además, se hace una inversión económica equivalente a la ofrecida a las madres, en principio destinada para la lactancia materna, a un segundo progenitor que no puede amamantar. Lógicamente, el apoyo que puede ofrecer el padre, o un segundo progenitor, a la madre y su bebé con una reducción de una hora en la jornada es siempre deseable, como lo es, también, que las madres que no amamantan a sus hijos puedan disfrutar de un permiso que supone una disminución (aunque discreta) de los tiempos de separación de su bebé. Pero el reconocimiento de la importancia y la necesidad de apoyar y proteger el cuidado al bebé no exime de proteger específicamente el derecho humano que es para las mujeres la lactancia materna, que aparece consagrado, como se ha mencionado ya reiteradamente, en una correcta interpretación de la Convención de los derechos del Niño y de la Convención de la CEDAW, y que los Estados deben promover con políticas acordes a su protección, tal y como ha expresado claramente la OMS.

Del mismo modo, resulta imprescindible incidir en que la lactancia materna es un derecho humano de las mujeres, y que, más allá de los reportes positivos para el bebé, implica también considerables beneficios para la salud a lo largo de la vida de las mujeres, trascendiendo el momento puerperal y de la crianza, tales como una reducción significativa de los riesgos de padecer algunas enfermedades ya mencionadas. La necesaria protección de este derecho debe realizarse respetando siempre otros derechos de las mujeres, como su autonomía y su capacidad para decidir sobre su salud sexual y reproductiva. Pero es obligación de los Estados ofrecer información disponible y actualizada sobre la evidencia científica de la lactancia materna en materia de salud, para que las mujeres puedan tomar sus decisiones de manera informada. El debate generado a nivel social sobre un estándar de prácticas maternas consideradas como deseables, que

pueden suponer vivencias de culpa para las mujeres que deciden libremente no optar por ellas, debe observarse con cautela, si bien asegurando siempre el respeto a las elecciones de las mujeres.

Así, del mismo modo que los profesionales sanitarios y las instituciones proveedoras de salud informan y promueven hábitos de vida saludables en la población general, sustentados en la mejor evidencia científica del momento (tales como evitar el consumo de alcohol o tabaco, o realizar ejercicio físico), sin obligar, lógicamente, a su adherencia, resulta necesario informar a las mujeres de los beneficios en salud de la lactancia materna, no sólo para sus bebés, sino para la suya propia, siempre con el máximo respeto y considerando las circunstancias individuales (a menudo, influidas por los contextos socioeconómicos, laborales o familiares) que pueden hacer a cada mujer optar por otros estilos de alimentación para sus hijos.

Aunque la lactancia materna no se contempla como un derecho del bebé sino de la mujer (si bien la consagración de la misma dentro de los derechos humanos se realiza, precisamente, en base a la infancia, en la Convención de los derechos del Niño), el Comité de los derechos del niño, en su Observación General número 7, reconoce que los niños muy pequeños son personas de pleno derecho que tienen necesidades específicas derivadas de su momento evolutivo, y que dichas necesidades merecen ser satisfechas conforme a los máximos estándares de salud. La OMS recomienda su amamantamiento, siempre que la madre pueda y lo desee, para garantizar su mejor nivel de desarrollo posible, lo que supone, en definitiva, respetar su dignidad dentro del ciclo vital del ser humano.

En la protección a la lactancia materna, como en otros ámbitos de la maternidad, resulta imprescindible tomar en cuenta las dos partes implicadas (la madre y el bebé) con un funcionamiento unitario; esto es, se debe atender a las necesidades de la díada madre-bebé. La protección efectiva de la díada madre-bebé en los primeros 3 años de vida, y muy especialmente, durante los 6 primeros meses (etapa de la lactancia materna exclusiva), mediante políticas multisectoriales, resulta imprescindible para atender el bienestar y la salud de ambos, garantizar sus derechos humanos y promover el cuidado del primer espacio humano en el cual se inicia el desarrollo y la construcción de la persona: el espacio madre-bebé.

7.3 Permisos parentales por cuidado de hijo: Un debate social que sigue abierto

El debate acerca de los permisos de maternidad y paternidad no es un asunto menor, ni se circunscribe a los tiempos, las prestaciones y los presupuestos destinados a un periodo muy limitado pero primordial en el ciclo vital de las personas, sino que, en sí mismo, alberga todas las complejidades del debate acerca de la igualdad de género, el ejercicio de los roles tradicionales de cuidados y las problemáticas del mercado productivo frente al mundo reproductivo. Este tema suscita controversias y discusiones acaloradas, y la exposición de la evidencia científica respecto a los procesos biológicos reproductivos conlleva, a veces, el riesgo de resultar encuadrada dentro posiciones ideológicas conservadoras, esencialistas o incluso reaccionarias.

Por ello, en los puntos siguientes de este apartado, se expondrán las recomendaciones internacionales en materia de salud y cuidado de las madres y de sus bebés recogiendo los datos obtenidos de los estudios científicos, siempre desde la perspectiva de la salud y el bienestar de las mujeres y los bebés, en alineamiento de los derechos humanos, que son los principios rectores de este trabajo.

Es importante explicitar que el enfoque adoptado en el abordaje de cuestiones como la maternidad y paternidad, la conciliación entre vida productiva y la reproductiva, y las necesidades de cuidado de los niños, va a suponer un diagnóstico social diferenciado y, por tanto, condicionará medidas políticas y legislativas muy diferentes.

De este modo, si la protección a la maternidad es vista en sí misma como el origen de la ausencia de igualdad efectiva entre hombres y mujeres en materia laboral (en lugar de considerar que la inequidad surge de tratar de igual manera situaciones que no son iguales, puesto que las mujeres atraviesan por procesos biológicos y neurohormonales propios en el embarazo, la etapa postnatal y la lactancia materna), los esfuerzos estarán enfocados a minimizar el impacto en el mercado laboral de las medidas de protección a la maternidad en las mujeres, en lugar de brindar la atención específica a los procesos de la mujer que gesta, pare y lacta, y a las necesidades de las madres o de sus bebés. Por ello, las deficiencias en políticas públicas sobre licencias de maternidad a menudo radican,

precisamente, en la falta de consideración hacia las necesidades biopsicológicas de madres y bebés.

Del otro lado, si el cuidado de los hijos se analiza como un mero conflicto entre las responsabilidades laborales y las cargas familiares, las políticas tenderán a mantener un carácter segmentario, individualista y probablemente poco eficaz, limitándose al ámbito laboral y centrándose únicamente en la adopción de medidas de conciliación, que a menudo participan en la perpetuación de los roles sociales de las mujeres. Así, las mujeres siguen responsabilizándose del trabajo privado que suponen los cuidados, además del trabajo público remunerado que ejercen en el mercado laboral. En esta fórmula, que es la habitual en nuestro entorno, no se contemplan las necesidades específicas de la infancia como personas altamente dependientes de sus cuidadores (y, en su etapa lactante, fundamentalmente dependientes de sus madres), por lo que las soluciones planteadas son cortoplacistas y se orientan a la población adulta, pudiendo participar en la generación de nuevas problemáticas sociales y de salud derivadas de la desatención, o la atención inadecuada, de la infancia.

Sin embargo, si la perspectiva empleada es la de los derechos humanos, atendiendo a los derechos específicamente reconocidos a las mujeres y a los niños, entendiendo que la vulneración de estos derechos, además de atentar contra la dignidad de las personas y no respetar sus necesidades específicas en función del ciclo vital, supone un deterioro en su derecho al goce del máximo nivel posible de salud, las estrategias adoptadas podrán tener un carácter global e integrador, incluyendo a todas las instituciones y estructuras sociales, y no únicamente al ámbito laboral, para luchar contra las desigualdades que a día de hoy se generan en multitud de contextos por razón de la maternidad.

El debate social en esta cuestión es enconado, y, debido a su complejidad, su recorrido histórico y las raíces ideológicas en las que muchas veces se sustentan las distintas posturas, sin duda trasciende los objetivos de este trabajo, que busca acercarse a esta realidad desde la perspectiva de la salud con enfoque en los derechos humanos, pero no con el estudio sociológico pormenorizado que el tema merece.

A lo que se atiende en el presente trabajo, basado en las investigaciones científicas disponibles más actuales y las recomendaciones internacionales de salud, es el

indispensable reconocimiento de la existencia de una unidad funcional biopsicológica, que es díada madre-bebé, cuya no separación debe protegerse social y políticamente, sobre todo, en el primer año de vida, cubriendo la posibilidad de mantener una proximidad completa madre-bebé durante los primeros 6 meses postnatales, que es el tiempo de lactancia materna exclusiva. Este reconocimiento resulta imprescindible para seguir avanzando en una atención sanitaria basada en el cuidado a las madres, en la humanización de la asistencia al parto, la protección de la lactancia materna y de la crianza, y la lucha contra las desigualdades generadas por los determinantes sociales de salud en la etapa maternal a todos los niveles mediante la incentivación de políticas públicas y legislaciones laborales y familiares que garanticen el pleno desarrollo de los cuidados, sin menoscabo de los derechos laborales por razón de maternidad.

Por tanto, el problema del reconocimiento de la díada madre-bebé no se limita (o no únicamente) a la duración de las prestaciones por cuidado de hijo recién nacido, sino a una cultura social que apoya de forma estructural la separación precoz de la díada madre-bebé.

Desde un acercamiento superficial, podría parecer que el reconocimiento de una continuidad entre la gestación, el parto, el postparto y la primera crianza infantil con una perspectiva neurobiológica aboca a las mujeres a restringir sus actividades al cuidado de los hijos, devolviéndolas a los cuidados y al ámbito de lo doméstico donde, históricamente, han desarrollado sus roles. No es de extrañar que, por muchas décadas, el feminismo haya relegado la maternidad dentro de sus vindicaciones: en un momento en el que reclamaba la imprescindible liberación de la mujer, su acceso a la ciudadanía y su incorporación al espacio público en igualdad de condiciones que los hombres, la maternidad, y más concretamente, los cuidados de las hijas e hijos, parecían suponer un obstáculo insalvable[756].

Sin embargo, si se analiza detenidamente la situación, dentro de nuestro contexto social actual, y se atiende a las experiencias y los deseos de las mujeres que son madres, se advierte que la negación de la existencia de la etapa postnatal no supone, en absoluto, un avance social, sino que, de hecho, es contrario a los derechos de las mujeres. Así, la

[756] ALCALÁ GARCÍA, I., "Feminismos y maternidades en el siglo XXI", *Dilemata,* 2015, nº 18, pp. 63-81.

Convención de la CEDAW, en su artículo 5, recoge tanto la importancia social de la maternidad, como la necesidad de promover la corresponsabilidad entre hombres y mujeres:

> "*Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos*."

Por tanto, podemos entender que conocer, reconocer, valorar y proteger la maternidad ("*como una función social*") es independiente del reconocimiento de la responsabilidad compartida de padres y madres, hombre y mujeres, en lo que respecta a "*la educación y el desarrollo de los hijos*", y no debería en absoluto obstaculizar las políticas destinadas a garantizar dicha corresponsabilidad.

También cabe señalar que, en los casos de protección a la maternidad, la CEDAW es muy clara, considerando, en su artículo 4, que en ningún caso su aplicación se podrá considerar discriminatoria hacia los hombres: "*La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria*".

De este modo, se entiende que, en los supuestos de maternidad, la protección necesaria a la mujer puede ser diferente a la que reciban los hombres por paternidad, sin que ello suponga, en ningún caso, una desigualdad (puesto que no se puede tratar igual lo que no es igual) o un motivo de discriminación hacia los segundos.

Esto se considera sin perjuicio de las repercusiones positivas para la igualdad en el entorno laboral y la responsabilidad compartida en los cuidados que tienen los permisos ofrecidos a los padres o segundos progenitores.

7.3.1 La prestación por maternidad como protección a la salud materna y del infante

La prestación consistente en un permiso de maternidad pagado a nivel nacional ha demostrado en diferentes estudios internacionales beneficios sustanciales en materia de salud, entre los cuales destacan: un mejor estado de salud mental tanto en la madre como

en sus hijas e hijos, asociando también menores tasas de depresión postparto y de violencia en la pareja, y un mejor desarrollo infantil, con un aumento de la seguridad en el apego; un mejor estado de salud física tanto de la madre como de sus hijas e hijos, con disminución de la mortalidad infantil y de la hospitalización tanto materna como infantil, así como un mejor cumplimiento del calendario vacunal infantil; y mejoras en las tasas de lactancia materna, tanto en su inicio como en su duración[757].

Los mecanismos neurobiológicos que subyacen al vínculo madre-bebé en los primeros meses de vida, y su relevancia para la supervivencia de la especie, guardan relación con la angustia que en muchas ocasiones genera a las madres la separación de sus bebés, sobre todo cuando ésta se produce de forma contraria a sus deseos y necesidades, generando a menudo un deterioro de su salud y bienestar.

Se ha hecho referencia previamente, en el Capítulo II, a los estudios realizados sobre chimpancés que analizaban las separaciones producidas en el primer año de vida, y sus consecuencias a corto y a largo plazo en la salud de las crías. Hay también estudios que muestran que las mujeres madres de niños menores de un año sufren a la hora de incorporarse a sus trabajos en jornada completa, e ignorar este sufrimiento de las madres, limitando a atribuirlo a un problema estructural de socialización por el cual se ven obligadas a cuidar, supone imponer una limitación a su ejercicio de autonomía, negando sus deseos y preferencias, e interfiere en el modo saludable en que muchas mujeres desean criar a sus bebés.

Así, una reciente revisión sistemática, publicada en 2023 en *The Lancet*, concluye que unos permisos remunerados de maternidad son un claro factor de protección para la salud mental materna, sin que se pueda concluir que la inversión en permisos paternales tenga los mismos efectos; señalando, también, que una mayor duración de los mismos se asocia a menores tasas de depresión postparto[758]. Según recoge el estudio, el efecto de los

[757] VAN NIEL, MS., BHATIA, R., RIANO, NS., DE FARIA, L., CATAPANO-FRIEDMAN, L., RAVVEN, S., WEISSMAN, B., NZODOM, C., ALEXANDER, A., BUDDE, K., MANGURIAN, C., "The Impact of Paid Maternity Leave on the Mental and Physical Health of Mothers and Children: A Review of the Literature and Policy Implications", *Harvard Review of Psychiatry*, 2020, vol. 28, nº 2, pp. 113-126.
[758] HESHMATI, A., HONKANIEMI, H., JUÁREZ, SP., "The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review", *The Lancet Public Health*, 2023, vol. 8, nº 1, e57–e75.

permisos por cuidado de hijos en la salud mental de sus progenitores es mayor en las madres que en los padres:

> "*En general, se observó una mejora en la salud mental entre las madres con políticas de licencia parental más generosas (es decir, duración del permiso y permiso remunerado frente a permiso no remunerado). Por ejemplo, el aumento de la duración del permiso generalmente se asoció con un riesgo reducido de mala salud mental materna, incluida la depresión, la angustia y el agotamiento, y menor necesidad de atención de la salud mental. Sin embargo, la asociación entre el permiso de los padres y los resultados de salud mental de los padres fue menos concluyente*".

En definitiva, la prestación por maternidad, de largo recorrido y con un amplio reconocimiento en un gran número de países, tiene una importante repercusión en salud pública, y se ha demostrado como una medida eficaz para mejorar numerosos indicadores de salud tanto en las mujeres que la disfrutan como en sus criaturas[759].

La prestación por paternidad, de incorporación más reciente, y emergida desde la perspectiva de la igualdad de género, no cuenta, a día de hoy, con la misma evidencia a nivel de salud, si bien es cierto que las investigaciones al respecto son, todavía, limitadas, y algunas apuntan a que dicha prestación puede contribuir a una disminución de las tasas de depresión materna postparto[760].

Adoptando exclusivamente una perspectiva centrada en el funcionamiento de la díada madre-bebé, las necesidades del bebé y la sincronía mediada por la figura materna, se entiende la importancia de garantizar la protección de la unión madre-bebé como medida básica en materia de salud.

Los datos que tenemos en la actualidad hablan, de un lado, de beneficios incuestionables en materia de salud de medidas tales como mantener la lactancia materna

---

[759] JOU, J., KOZHIMANNIL, KB., ABRAHAM, JM., BLEWETT, LA., MCGOVERN, PM., "Paid Maternity Leave in the United States: Associations with Maternal and Infant Health", *Maternal and Child Health Journal*, 2018, vol. 22, nº 2, pp. 216-225; AITKEN, Z., GARRETT, CC., HEWITT, B., KEOGH, L., HOCKING, JS., KAVANAGH, AM., "The maternal health outcomes of paid maternity leave: a systematic review", *Social Science & Medicine*, 2015, nº 130, pp. 32-41.

[760] BARRY, KM., GOMAJEE, R., BENAROUS, X., DUFOURG, MN., COURTIN, E., MELCHIOR, M., "Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study", *The Lancet Public Health*, 2023, vol. 8, nº 1, e15-e27.

exclusiva a demanda al menos los primeros 6 meses de vida, y complementaria al menos hasta los 2 años, y de la importancia para el bienestar y la salud a lo largo de la vida de un vínculo afectivo saludable con interacciones cercanas, constantes y cariñosas, entre una madre y su hijo.

Del otro lado, se conocen los efectos nocivos del estrés para la madre y del bebé en la etapa perinatal, incluyendo el primer año postnatal.

Y se conoce que la separación madre-bebé, además de generar un intenso estrés, puede acompañarse de malestar afectivo y, en el caso de las madres, puede contribuir a la aparición de psicopatología (síntomas de ansiedad o depresión). La psicopatología materna, a su vez, dificulta la vinculación afectiva con su bebé y se asocia a problemas de apego en el infante y a una mayor incidencia de trastorno mentales de los hijos a lo largo de la vida.

De este modo, la desprotección de la unión madre-bebé (ya sea por la escasez de cobertura de las prestaciones, las separaciones en hospitalizaciones, o la falta de apoyo a las madres en el cuidado a sus bebés, entre otros supuestos), interfiere en los mecanismos neurobiológicos de homeostasis y regulación de la díada ya vistos, sometiendo tanto a las madres como a los infantes a un estrés que puede influir negativamente en sus resultados de salud.

Con todo ello, resulta inaplazable escuchar las necesidades de los bebés y de sus madres, y dar respuesta a ellas con políticas que cuiden su salud y promuevan su bienestar. Se trata de adoptar medidas que realmente cubran las necesidades del bebé, y de la díada, tomando en cuenta los valores, deseos y preferencias de las mujeres, y permitiendo a los progenitores decidir y organizarse internamente a nivel familiar.

7.3.2 La situación actual en España

Desde el siglo XX, la legislación española sobre maternidad y paternidad se ha desarrollado en el marco de los textos legales de las Naciones Unidas y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), buscando la protección de la maternidad desde la perspectiva de la igualdad de hombres y mujeres en el mercado de trabajo.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 11, conmina a los Estados Partes a adoptar las medidas apropiadas para eliminar toda forma de discriminación contra la mujer en el ámbito laboral, y a adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo, a fin de asegurar a la mujer condiciones de igualdad con los hombres, incluyendo la "*licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales*". Además, en su artículo 5, epígrafe 2, reconoce la responsabilidad común de hombres y mujeres en el desarrollo de sus hijos[761].

Bajo esta premisa –conseguir la igualdad efectiva de mujeres y hombres en relación al cuidado de los hijos, y también respecto al mercado laboral, para evitar la discriminación en la contratación de mujeres derivadas de los permisos de maternidad–, en España se ha llevado a cabo un aumento progresivo del permiso de paternidad entre los años 2019 y 2021. Tras la publicación del Real Decreto-ley 6/2019[762], que es el que regula estos permisos, en abril de 2019 los permisos de paternidad pasaron de 5 a 8 semanas de duración. El Real Decreto contemplaba dos incrementos más: uno en enero de 2020, pasando de 8 a 12 semanas, y otro más este enero de 2021, pasando de 12 a 16 semanas de duración. El permiso de maternidad, sin embargo, ha permanecido intacto, también en 16 semanas de duración, manteniéndose de este modo inamovible desde el año 1989.

De hecho, se modificó también el nombre de la prestación, denominándose ya, en lugar de prestación por maternidad y por paternidad, prestación por nacimiento y cuidado de menor.

Los permisos por nacimiento y cuidado de hijo españoles son intransferibles (ningún progenitor puede ceder semanas al otro), y las primeras 6 semanas son obligatorias y simultáneas, lo que implica que ambos progenitores han de cogerse, a la

[761] A nivel de la UE, y de Europa en general, las diferencias entre Estados son muy significativas. Con carácter general se puede afirmar que los países nórdicos (Finlandia, Islandia, Dinamarca, Suecia y Noruega) son los más aventajados en políticas sociales, con medidas que fomentan la igualdad entre padre y madre y facilitan la conciliación laboral y familiar, destacando igualmente los prolongados permisos de maternidad de la mayor parte de los Estados de Europa Oriental, conservando los derechos reconocidos bajo sus anteriores regímenes socialistas.

[762] Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

vez, esas 6 semanas nada más nazca el bebé (o llegue un menor al hogar, en caso de adopción). En los casos de parto prematuro y aquellos supuestos en los que el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, la prestación se podrá ampliar en tantos días como el nacido se encuentre hospitalizado, con un máximo de 13 semanas adicionales. Las 10 semanas restantes han de consumirse en el primer año de vida del menor como las familias dispongan, o pueden no consumirse, en caso de que prefieran reincorporarse a su empleo.

La concepción de esta medida surgió en base al igualitarismo entre géneros, y la corresponsabilidad, buscando promover una mayor implicación de los padres en el cuidado del recién nacido, además de disminuir la penalización de las mujeres en la contratación laboral (puesto que, de este modo, *a priori*, a las empresas contratantes les costaría lo mismo una maternidad que una paternidad). Los beneficios que los permisos de paternidad equiparados a los de maternidad pueden generar en la consecución de la igualdad laboral son el motivo principal por el cual las políticas de igualdad defienden los permisos parentales universales, totalmente pagados, intransferibles, y que incluyen flexibilidad en los tiempos de su disfrute, para favorecer la organización interna de las familias, la corresponsabilidad parental y una menor penalización laboral por razón de género secundaria a la maternidad[763]. Los teóricos favorables a este modelo aseguran que la presencia del padre en los primeros cuidados del bebé facilita su corresponsabilidad en el cuidado; señalando que, en los modelos de permisos transferibles, es habitual que se produzca dicha transferencia hacia las madres, perpetuando los roles de género.

Sin embargo, se trata de un modelo que, pese a aumentar considerablemente la inversión económica en los primeros meses de vida del bebé, apenas ha demostrado suponer mejoras en materia de salud materno-infantil, el ámbito de estudio del presente trabajo, por los motivos que se enumerarán a continuación.

En primer lugar, se debe señalar que los permisos españoles actuales no contemplan las necesidades específicas que las mujeres pueden presentar derivadas de sus procesos de maternidad. Un aspecto especialmente desatendido es la dificultad sobreañadida que pueden encontrar las mujeres en la recuperación de sus procesos de

[763] GOODMAN, JM., DUMET POMA, L., "Paid parental leave and mental health: the importance of equitable policy design", The *Lancet Public Health*, 2023, vol. 8, nº 1, e2-e3.

parto. En los casos en los que los partos han requerido una cesárea, que es, a fin de cuentas, de una cirugía mayor abdominal, o las madres han sufrido condiciones de salud durante el parto o derivadas del mismo que pueden ser de gravedad clínica (requiriendo una ampliación de su tiempo de hospitalización o, incluso, un ingreso materno en UCI), no se genera un derecho de las madres a una prestación por incapacidad laboral temporal relativa a estos eventos de salud, y los días de hospitalización materna se descuentan del permiso de maternidad. Sin embargo, en cualquier otro momento del ciclo vital de las mujeres, sí se reconoce esta incapacidad laboral temporal debida a enfermedad o cirugía, siempre que no coincida con el periodo correspondiente a una prestación por maternidad. En efecto, este derecho está reconocido incluso para intervenciones ambulatorias menores, que no requieren de ingreso hospitalario, y que dan lugar a las trabajadoras a 3 días de incapacidad laboral temporal. Por el contrario, como se ha mencionado anteriormente, sí está reconocido ya el derecho a prolongar el permiso parental por cuidado de recién nacido en los casos de parto prematuro y en aquellos supuestos en los que el recién nacido debe permanecer hospitalizado, ampliándose la prestación tantos días como el bebé permanezca hospitalizado (hasta un máximo de 13 semanas). Parece lógico, por tanto, considerar que la hospitalización materna prolongada debido a problemas de salud derivados del parto o el postparto inmediato debería ser, también, ampliada en el permiso de maternidad.

La segunda gran carencia en protección a la salud materno-infantil, que no queda adecuadamente protegida en los actuales permisos por cuidado de hijo reconocidos a las mujeres, es la lactancia materna, al no garantizar el acceso a los estándares mínimos recomendados de lactancia materna exclusiva. Pese a que, como se ha señalado anteriormente, la OMS recomienda mantener la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida del bebé (equivalente a 28 semanas), lo que implica proximidad, accesibilidad y presencia entre madre y bebé, en España las madres deben incorporarse a sus puestos laborales a las 16 semanas, viéndose muchas de ellas obligadas a truncar sus lactancias, o a mantenerlas de forma diferida (mediante la extracción frecuente de leche y el almacenamiento de la misma), con el enorme esfuerzo y dificultad que este proceso implica. Cabe señalar que, en este sentido, parece existir una cierta voluntad política de

ampliar la duración de los permisos parentales, habiéndose anunciado la intención del Gobierno de España de modificar su duración hasta las 20 semanas en el año 2024[764].

La tercera gran limitación es respecto a la desigualdad que puede generarse hacia aquellos bebés que únicamente cuentan con un progenitor (generalmente, la madre). Así, el cambio de nombre de la prestación española (de prestación por maternidad/paternidad a prestación por nacimiento y cuidado de hijo) no sólo responde a las consignas de igualdad, sino que pone de manifiesto el sujeto sobre el cual se busca garantizar sus derechos, que no es otro que el menor recién nacido. Sin embargo, aquellos bebés que cuenten con una única figura de cuidado primaria podrán disfrutar tan sólo de 16 semanas de cuidados directos continuos, a diferencia de aquellos bebés con dos progenitores, quienes, mediante el reparto de los permisos, y descontando las 6 primeras semanas de disfrute obligatorio inmediatamente postparto para ambos progenitores, podrán disfrutar de hasta 26 semanas de cuidados por sus progenitores. En este sentido, cabe señalar la creciente litigación de madres que lo son como únicas progenitoras, y que están reclamando en los tribunales el derecho a disfrutar de los permisos de ambos progenitores, al considerar que los hijos con una única progenitora se encuentran discriminados por contar con menores prestaciones de cuidados. Como refiere la catedrática de Derecho del Trabajo Irene Ballester: "*las normas deben velar por la protección del menor, lo que no cuadra con el diseño de un derecho individual e intransferible de cada progenitor*". Además, señala que:

> "*La reforma operada por el Real Decreto 6/2019, de 1 de marzo, sobre la prestación por nacimiento y cuidado de hijos trae consigo una previsión novedosa para fomentar la corresponsabilidad: el subsidio es de cada progenitor, y son prestaciones independientes e intransferibles. Tal previsión perjudica a las familias monoparentales, quienes no pueden adicionar su prestación a la que correspondería al otro progenitor*"[765].

---

[764] Leído en prensa. El País. *El Gobierno ampliará la baja por nacimiento a 20 semanas y retribuirá los permisos parentales*. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2023-12-20/el-gobierno-ampliara-la-baja-por-nacimiento-a-20-semanas-y-retribuira-los-permisos-parentales.html. (Consultado el 22 de diciembre de 2023).

[765] BALLESTER PASTOR, I., "Las familias monoparentales tienen derecho a la misma prestación por nacimiento y cuidado de hijos que las familias biparentales. Las normas deben velar por la protección del

Si bien a lo largo del territorio español han crecido los juicios al respecto, hasta el año 2023 ha habido una gran disparidad de resoluciones al respecto, siendo algunos tribunales proclives a conceder ambos permisos a las madres que crían solas (denominadas, cada vez con mayor frecuencia, "*madres monomarentales*"), y otros, tendentes a rechazarlas[766]. Recientemente, en marzo de 2023, el Tribunal Supremo ha sentado jurisprudencia rechazando que la progenitora de una familia monoparental pueda acumular el doble de prestación por nacimiento y cuidado de hijo por criar sola, señalando que:

> "*El legislador ha prestado especial atención al principio de igualdad entre hombres y mujeres al confeccionar una normativa que, asimismo, tiene como finalidad lograr la corresponsabilidad entre ambos progenitores en el cuidado el menor*";
>
> y añadiendo también que:
>
> "*La solución al conflicto no puede sostenerse, como hace la sentencia recurrida, en la necesidad de tener en cuenta el interés del menor; no solo porque no es el único en juego, sino porque no existe una supuesta vulneración de un teórico derecho del menor de las familias monoparentales a ser cuidado en condiciones de igualdad con respecto a las biparentales*"[767].

El Tribunal Supremo refiere también que la función de los jueces y tribunales es la aplicación e interpretación de la norma, pero nunca la creación del derecho, por lo que un cambio en el ordenamiento jurídico (como supondría otorgar a las familias monoparentales los permisos de dos progenitores, en teoría intransferibles) le corresponde al legislador, y no al órgano judicial.

---

menor, lo que no cuadra con el diseño de un derecho individual e intransferible de cada progenitor." *Revista de Jurisprudencia Laboral*, 2021, nº 1.

[766] Leído en prensa. El Salto Diario. *Familias monomarentales se organizan para demandar tras la sentencia del País Vasco que reconoce que los permisos las discriminan*. Disponible en: https://www.elsaltodiario.com/cuidados/familias-monomarentales-sentencia-pais-vasco-TSJPV-discriminacion-permisos-nacimiento. (Consultado el 5 de noviembre de 2023).

[767] Sentencia nº 169/2023, de 2 de marzo de 2023, de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, en la que se resuelve el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el Ministerio Fiscal contra la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco.

Más allá de estos supuestos, y siendo imprescindible garantizar los derechos de los niños, recogidos en la Convención de los derechos del Niño, asegurando sus cuidados, cabe preguntarse, además, qué sucede con los derechos sobre maternidad de las mujeres que son madres biológicas de sus criaturas, y atraviesan todo un gran número de procesos y transformaciones de salud física y mental para traer al mundo y criar a sus bebés. ¿Tiene la maternidad biológica, por sí misma, necesidades propias que deben ser atendidas, más allá de la asistencia sanitaria al embarazo y al parto? ¿Cuentan las mujeres con derechos propios relativos a los procesos maternales biológicos que deben ser protegidos y garantizados, o los derechos derivados de la maternidad deben ser únicamente contemplados desde la perspectiva de los bebés?

En la legislación española, el cambio de nomenclatura, y la indistinción en los permisos, parecen apoyar el principio de que los derechos relativos a la maternidad, al menos en materia de derecho laboral, nacen exclusivamente del derecho de los bebés a ser cuidados (sin contemplar los procesos propios y específicos de las mujeres que son madres biológicas, como la recuperación tras el parto o la lactancia materna), y son por tanto indistinguibles a los del padre o los de un segundo progenitor. Resulta necesario abrir un espacio de reflexión al respecto, puesto que ignorar la realidad biológica del postparto o la lactancia materna, y todos los cambios hormonales, corporales y cerebrales que suponen la maternidad biológica (recuérdese el término "*matrescencia*" explicado en el Capítulo V), desde la perspectiva de las prestaciones sociales y de las políticas laborales, supone, probablemente, una de las más gravosas discriminaciones que las mujeres de nuestro entorno continúan sufriendo, con un enorme coste para su salud (especialmente, de salud mental) y la de sus bebés.

Las políticas desarrolladas en materia de conciliación, cuidados y crianza en nuestro país han tendido a adoptar una visión limitada al mercado laboral y la reducción del impacto de género de las prestaciones por maternidad en el acceso a dicho mercado, sin atender a los deseos o las necesidades de las madres. Siendo éste un objetivo prioritario, se trata de una inversión que no ha demostrado mejorar los resultados en salud, y es posible que las actuales medidas ni siquiera estén ayudando a disminuir la discriminación laboral de la mujer. Por el contrario, la desigualdad laboral por razón de maternidad sigue existiendo, pese a lo cual, en un gran número de casos, las madres continúan eligiendo permanecer juntos a sus bebés durante las primeras etapas de la vida,

aún a costa de grandes renuncias personales, contrarias a sus derechos básicos: al empleo, al sueldo o a la carrera profesional.

Así, un estudio del año 2017 señala que el 29,7% de las mujeres que son madres en España renuncian a su trabajo para cuidar de sus hijos, frente a un 1% de los padres, un 17,9% de las madres piden excedencia laboral frente a un 1,1% de los padres, y un 84,3% de las madres disfrutan su permiso por cuidado de recién nacido completo, mientras que este porcentaje decae hasta un 66,5% en los hombres[768].

La lectura más frecuente de este tipo de datos es aquella que entiende que las mujeres se ven impelidas socialmente a tener un mayor protagonismo en el cuidado de sus hijos que los hombres. Sin embargo, sin negar la distribución de roles de cuidado que la estructura social de género ha atribuido a las mujeres, cabe cuestionar si la negación del vínculo primario afectivo madre-bebé y su unión diádica (psicológica, física y biológica: baste mirar el delicado baile en reciprocidad que supone la lactancia) no supone, en sí misma, una desigualdad por razón de género (al negar los procesos específicos de las mujeres), además de un importante perjuicio en salud para las madres y para sus bebés.

En un estudio sobre conciliación y familia realizado en España en 2019, sólo un 7,1% de los encuestados consideran el periodo ideal de permiso de maternidad superior a 1 año, abogando la mayoría por un periodo de 12 meses (54,6 %), o al menos 6 meses (37,2 %)[769]. Esto es, la defensa de permisos por cuidado de infante dignos no implica un camino de regreso al hogar para las mujeres, sino el reconocimiento de los tiempos biológicos de dependencia del bebé e interdependencia diádica, y de la importancia del papel materno en estas primeras etapas.

En datos más recientes, que evalúan el impacto en las solicitudes de prestación por cuidado de recién nacido en madres y padres en España, se observa que los nuevos permisos igualitarios son más disfrutados por hombres que por mujeres. Esto es, los

[768] Leído en prensa. Europa Press. *Casi un 30% de madres en España renuncia a su trabajo por los hijos frente al 1% de los padres, según un estudio.* Disponible en: https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-casi-30-madres-espana-renuncia-trabajo-hijos-frente-padres-estudio-20170712115231.html (Consultado el 26 de septiembre de 2023).

[769] Suavinex, *I Estudio sobre conciliación y familia*. Suavinex. 2019. Disponible en: avinex.com/livingsuavinex/wp-content/uploads/2019/05/Suavinex_I-Estudio-conciliacion-y-familia.pdf?utm_source=descargas&utm_medium=banner&utm_campaign=estudioconciliacion

hombres están pudiendo acceder en más casos a los beneficios, en términos laborales, de contar con un permiso retribuido tras el nacimiento de un hijo que las mujeres. Así se observa en los datos del primer semestre de 2023, durante el cual la Seguridad Social española tramitó 231.775 prestaciones por nacimiento y cuidado de menor, de los cuales 109.731 correspondieron al primer progenitor (que, habitualmente, es la madre) y 122.044, al segundo progenitor (que suele corresponder al padre)[770]. Estas diferencias se deben a que, debido a la brecha de género existente en el mercado laboral, hay más hombres que mujeres que han cotizado el tiempo necesario y tienen un contrato laboral que les permite acceder a dichas prestaciones.

Sin embargo, al analizar los datos de excedencias sin sueldo por cuidado de hijos, las tornas cambian de forma considerable, pues, en ese mismo primer semestre de 2023, el número de excedencias dadas de alta fue de 24.942, de las cuales el 84,5% (es decir, 21.089) correspondieron a mujeres, y únicamente el 15,4% (esto es, 3.853) correspondieron a hombres.

Lo cual significa que, con los permisos actuales, se están beneficiando más hombres que mujeres de los permisos por cuidado de hijos (por la mayor dificultad de las mujeres para acceder a las prestaciones debido a la discriminación laboral), pero, a la hora de mantener los cuidados, son mayoría abrumadora las mujeres, que continúan renunciando al sueldo y al desarrollo profesional.

Cabe señalar, además, que, según cifras del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, el gasto derivado de los permisos por nacimiento y cuidado de menor, entre enero y junio de 2023, fue de 1.678,5 millones de euros, sin que esta inversión por el momento haya demostrado mejorar la igualdad efectiva de mujeres y hombres a nivel laboral (no se han encontrado estudios nacionales al respecto, y los datos arriba expuesto tampoco apoyan esta igualdad), ni haya contribuido a mejorar la protección específica de la maternidad ni de la lactancia materna.

En definitiva, el actual estado de los permisos de cuidado por hijo en España no garantiza la necesaria protección de la madre y su bebé para que éste reciba los cuidados

[770] Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. *La Seguridad Social ha tramitado 231.775 permisos por nacimiento y cuidado de menor en el primer semestre del año*. Julio de 2023. Disponible en: https://www.inclusion.gob.es/w/la-seguridad-social-ha-tramitado-231.775-permisos-por-nacimiento-y-cuidado-de-menor-en-el-primer-semestre-del-ano. (Consultado el 10 de diciembre de 2023).

y la nutrición óptima, según los estándares internacionales de salud, y puede estar comprometiendo el derecho al disfrute de la salud de muchas mujeres y sus bebés.

Por último, es mandatorio recalcar que en ningún caso se trata de retroceder en derechos adquiridos (en este caso, la prestación otorgada a los segundos progenitores, mayoritariamente padres), sino de avanzar en la implementación de prestaciones, medidas y políticas que se han demostrado como necesarias y eficaces para promover una mejor salud materno-infantil, asegurando sin dilación una adecuada protección a las mujeres y a las díadas madre-bebé no sólo durante el embarazo, sino también en la etapa postnatal. Ya se ha señalado en el Capítulo II, y se volverá a incidir en el próximo Capítulo, que, según la OMS, uno de los pilares básicos del desarrollo saludable infantil en sus primeras etapas es la protección a la salud mental materna (y no de la paterna, puesto que la evidencia de su impacto es mucho menor). Y, en este mismo Capítulo, se ha recalcado la evidencia de que los permisos de maternidad prolongados son eficaces en este sentido, constituyendo una de las principales medidas de apoyo a la salud mental materna. Todo ello no es incompatible con continuar fomentando, también, aquellas medidas, políticas y prestaciones que caminen hacia la igualdad efectiva y hacia una mayor responsabilidad compartida entre hombres y mujeres.

En resumen, en el escenario actual español, parece que el primer paso para garantizar los mejores niveles de salud, bienestar y nutrición para los bebés y sus madres es proteger sin dilación y de forma absoluta la posibilidad de mantener la unión madre-bebé durante al menos los 6 primeros meses de vida por medio de prestaciones que así lo aseguren, además de mejorar en lo posible la protección de esta relación en los primeros 3 años de vida. Y, de forma simultánea, es recomendable continuar avanzando en políticas que garanticen la igualdad de condiciones y la no discriminación de las mujeres respecto de los hombres en el ámbito laboral, así como la responsabilidad compartida en el ámbito familiar, pudiendo ser una de esas medidas (aunque no la única) las prestaciones por cuidados igualitarias para ambos progenitores.

7.4. Derechos humanos en el puerperio

Como ya se ha señalado reiteradamente, los bebés también tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocido en el artículo 24 de la Convención

de los derechos del Niño. Este artículo 24, en su apartado 2, en el epígrafe c), recoge que, para el disfrute de este derecho de los bebés, es necesario garantizar una atención sanitaria postnatal apropiada a las madres.

Además, el artículo 9 de la Convención de los derechos del Niño recoge que éste no será separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, de conformidad a la ley, se determine que dicha separación es necesaria en el interés superior del niño.

Por su parte, las mujeres tienen derecho a una asistencia médica y de salud libre de discriminación y en igualdad de condiciones, tal y como señala el artículo de la CEDAW, que en su apartado 2 recoge, además, la obligación de garantizar a las mujeres servicios apropiados (y gratuitos, si fuera necesario) en el periodo posterior al parto, asegurando una nutrición adecuada durante la lactancia.

Las mujeres puérperas tienen, por tanto, derecho a una atención sanitaria, que debe ser integral, incluyendo, por tanto, también, la atención a su salud mental.

Por tanto, ambos, mujeres y niños, tienen reconocida su protección, siendo especialmente significativo (pero, también, débil e incipiente) el reconocimiento de la importancia de la díada madre-bebe. La mayor referencia a la protección postnatal es la relativa a la atención sanitaria postnatal apropiada a las madres, necesaria también para el disfrute del derecho a la salud de los bebés.

En todo caso, cuando de atención sanitaria se trata, es la OMS la organización responsable, como ya se ha señalado. Por tanto, la atención sanitaria a las mujeres y sus bebés durante la etapa postnatal se hará conforme a las recomendaciones de la OMS, recogidas en su guía: "*Recomendaciones sobre el cuidado materno y del recién nacido para una experiencia postnatal positiva*"[771].

Las mujeres puérperas, dentro de su derecho a servicios sanitarios apropiados, tienen también derecho a la atención de su salud mental de forma especializada; esto es,

[771] OMS, *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: http://apps.who.int/iris. (Consultado el 12 de septiembre de 2023).

tienen derecho a ser atendidas por profesionales formados en atención a la salud mental perinatal.

La atención a la salud mental perinatal de las mujeres puérperas se hará conforme a las recomendaciones de la OMS, recogidas en sus directrices "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*"[772].

Las mujeres que han sido madres tienen derecho al acceso al ámbito laboral sin ninguna forma de discriminación y en condiciones de igualdad con los hombres, tal y como recoge el artículo 11 de la CEDAW, que en su epígrafe 2 señala que, a fin de impedir la discriminación contra la mujer por razón maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, se debe prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de licencia de maternidad, y se deben implantar: "*licencias de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales*".

Además, en su artículo 4, apartado 2, la CEDAW señala que la adopción por los Estados Partes de medidas especiales encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.

Por tanto, los Estados tienen obligación de tomar las medidas necesarias para acabar con las desigualdades y los malos resultados en salud derivados de los determinantes sociales de salud que inciden desfavorablemente sobre las mujeres puérperas y que han sido madres recientemente.

7.4.1 Falta de detección de problemas de salud mental materna en la etapa puerperal

Mujer de 32 años, derivada tras la cita de seguimiento ginecológico postparto a la consulta de psiquiatría de salud mental perinatal por medio del programa de interconsulta.

La mujer explica que dicha derivación fue motivada a petición propia, tras explicarle a la ginecóloga un incremento de la ansiedad tras el nacimiento de su segunda hija, un mes atrás, y antecedente de malestar afectivo en el postparto previo.

[772] OMS, *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

Cuenta que, después del parto de su primera hija, hace dos años, comenzó a experimentar elevada inquietud y sentimientos de inseguridad en su rol de madre y su capacidad de cuidados, presentando multitud de preocupaciones que le afectaban a su estado anímico, con mayor irritabilidad y tendencia al llanto. Cuenta que lo comentó con su médico de cabecera en el cuarto mes de postparto, tras llevar dos en aquella situación, pero éste le respondió que lo que le sucedía "*era normal*" en las madres primerizas, restándole importancia y sin realizar ninguna intervención ni derivarla a ningún recurso de evaluación o atención. Refiere que no volvió a consultar, pese a que, hasta que su hija cumplió el año, tuvo la sensación de que "*no era ella misma*": estaba continuamente inquieta, preocupada, irritable y más bien triste, con vivencias de soledad y de no ser una madre adecuada para su hija, circunstancias que hicieron de su maternidad "*una experiencia muy penosa*". Cuenta que ahora piensa que tuvo "*una depresión postparto*", experimentando sentimientos de enfado porque "*nadie le explicó lo que le estaba pasando*", así como negativa "*a volver a pasar por lo mismo otra vez*". Por eso, al comenzar a sentirse nuevamente inquieta tras el nacimiento de su segunda hija, ha empezado a experimentar el temor de "*volver a ponerse igual de mal que estuvo*", y ha insistido en ser evaluada por un profesional de la salud mental.

El presente caso muestra el problema de detección en materia de salud mental perinatal por parte de los proveedores habituales de salud debido, en parte, a las carencias formativas de los profesionales sanitarios, tal y como recoge la OMS en su "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*".

La detección de los problemas de salud mental perinatal es el primer paso y resulta imprescindible para proceder a su adecuada atención, mediante la puesta en marcha de intervenciones psicosociales y, en caso de precisarlo, llevar a cabo su derivación a profesionales especializados de la salud mental (psicología o psiquiatría), con experiencia en el campo perinatal, para brindar tratamiento psicológico y/o farmacológico.

La falta de detección de los problemas de salud mental en el postparto impide la adecuada atención sanitaria a las madres en el periodo posterior al parte, recogida como un derecho de la salud de las mujeres en el artículo 12 epígrafe 2 de la Convención de la CEDAW, y en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, en su epígrafe

2, entre las medidas que los Estados Partes deben asegurar para el cumplimiento del derecho al disfrute de los niños al máximo nivel de salud que sea posible.

7.4.2 Ausencia de apoyo psicosocial: Solitaria maternidad

Mujer de 23 años, estudiante de Derecho, que hace dos semanas ha tenido un bebé a término (semana 38 de gestación), en parto por cesárea urgente con anestesia general debido a un desprendimiento de placenta. El bebé no requirió cuidados neonatales, pero ella estuvo en Unidad de Reanimación durante 48 horas, requiriendo una transfusión de hemoderivados debido a importante pérdida sanguínea. Separación precoz al nacimiento de su bebé, al que no pudo sostener en brazos hasta 2 días después del parto, con vivencia inicial de extrañamiento (refiere que sentía que "*ese bebé no podía ser el suyo*"). Pese a su deseo de iniciar lactancia materna, no consigue instaurarla, y siente que no tiene el apoyo suficiente (el bebé no se engancha adecuadamente, ella tiene una baja producción de leche y el pediatra le ha alarmado porque el bebé no está ganando peso al ritmo que le correspondería), por lo que finalmente decide pasar a biberón.

Acude a consulta de Atención Primaria por intenso malestar afectivo que vivencia como fatiga extrema e incapacidad para ocuparse de su bebé. Refiere sensación de falta de apoyo por parte de la pareja, de 25 años, que está planteándose renunciar al permiso de paternidad, ya que en la empresa en que ha comenzado a trabajar recientemente le han insinuado que podrían no renovarle el contrato de cara al próximo curso. Como es estudiante y nunca ha cotizado, ella no tiene derecho a ninguna prestación por maternidad, y tiene una gran incertidumbre respecto a la capacidad del núcleo familiar para mantenerse económicamente. Le quedan cuatro asignaturas para finalizar la carrera, pero refiere que, en las condiciones actuales, teniendo que ocuparse de un bebé, le está resultando imposible estudiar, y teme no conseguir la titulación en la convocatoria de este curso. Aunque ha solicitado plaza en una Escuela Infantil Pública, dada la alta demanda que hay de la misma y la ausencia de su condición de trabajadora se la han denegado, y ella no puede pagar los 600 euros mensuales que cuestan las guarderías privadas. Explica que no cuenta con apoyos familiares o sociales, ya que sus padres viven en otra Comunidad Autónoma y, además, no la apoyaron en su decisión de llevar adelante el embarazo (que no fue buscado). Cuenta que sus amigas están en un momento vital muy distinto al suyo, "e*studian y salen de fiesta, no comprenden ni remotamente todo por lo*

que estoy pasando". Refiere que se siente "*inútil como madre*", al no haber sido capaz de establecer la lactancia materna para su bebé, y, aunque niega impulsos agresivos hacia el mismo, reconoce que a menudo se encuentra pensando que "*hubiera sido mejor que no naciera*", tanto para su hijo como para ella.

En este caso, se pone de manifiesto la estrecha interrelación que existe entre el apoyo social y las políticas de protección a la maternidad y a los cuidados, el malestar afectivo de las madres y la interferencia con el establecimiento de un vínculo madre-bebé saludable.

Partiendo de una situación desfavorable para la vinculación afectiva primaria, como es la existencia de una urgencia médica en el parto (un desprendimiento de placenta) y una separación precoz madre-bebé inevitable (pero, probablemente, más prolongada de lo que la situación de emergencia inicial requería), la mujer no ha contado con ninguna clase de apoyo para hacer frente a las circunstancias. Por un lado, la ausencia de una prestación universal postparto la deja en una situación de precariedad económica en un momento en el que ella no puede trabajar y tiene que garantizar el cuidado de su bebé. Su pareja, que sí ha generado derecho a prestación por paternidad, se ve veladamente amenazado por la empresa, e impelido a renunciar a ella, dejando a la mujer sin apoyos reales en su proceso de recuperación de la cirugía y en los cuidados de su bebé. Su deseo de instaurar la lactancia materna tampoco ha podido materializarse, debido a la falta de apoyo sanitario (las lactancias después de las cesáreas pueden ser difíciles de conseguir y requieren un acompañamiento y un aprendizaje cercanos a los que ella no ha tenido acceso); sufriendo, de hecho, cuestionamientos por parte del pediatra, que le indicó que pasara a leche de fórmula por dificultades en la ganancia ponderal del bebé, en lugar de buscar alternativas o apoyos específicos para tratar de hacer exitosa su lactancia. No se realiza derivación específica a la matrona de centro de salud (la figura experta en lactancia dentro del sistema público de salud), y no se ofrece a la mujer información sobre grupos de apoyo a la lactancia, que forma parte de los "*Diez pasos*" de la IHAN.

Además, la joven no cuenta con apoyo familiar (familia disgregada) ni social para llevar a cabo los cuidados de su bebé. Ni siquiera puede plantearse externalizar los cuidados, ya que no le dan acceso a una plaza pública en una Escuela Infantil y no puede

afrontar el pago de una privada, viendo comprometido el final de su carrera universitaria por no poder delegar el cuidado de su bebé el tiempo que requiere para el estudio.

Esta realidad es contraria al artículo 27 de la Convención de los derechos del Niño, que recoge no sólo el derecho de todo niño "*a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social*", sino que señala, en su epígrafe 3, que "*los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda*". Este supuesto presenta una situación de elevada precariedad en la maternidad, en la cual la madre no está recibiendo apoyos suficientes para garantizar que ésta pueda proveerle del mencionado nivel de vida adecuado para su desarrollo.

Todas estas situaciones han contribuido a las vivencias de soledad, insuficiencia e incapacidad de la joven madre, desarrollando sintomatología depresiva por la cual precisa atención médica, pero, también, interfiriendo en la vinculación con su bebé, al que experimenta como "*una carga*"; situación que, a su vez, contribuye a alimentar sus sentimientos de culpa. Esto supone, además de un importante malestar psicosocial materno, un evidente menoscabo al derecho a la salud del bebé, que puede llegar a ver comprometido su desarrollo, debido a los problemas asociados a los trastornos vinculares y al rechazo materno.

Se observa en este caso que una gran cantidad de las recomendaciones de la OMS en cuanto a cuidado posnatal han sido desatendidas, pues la madre no ha recibido el apoyo necesario para cumplir sus deseos de establecer lactancia materna, ni cuenta con la implicación real de la pareja en los cuidados del recién nacido y del hogar, y no tiene activada una red de apoyo familiar o social. Se une, además, la precariedad económica, en la cual, al no tener acceso a una prestación por maternidad, se suma un añadido de riesgo de pobreza infantil para el bebé.

Además, la mujer relata una vivencia de falta de apoyo de su pareja, mediada por la cultura de su empresa, que es contraria a los principios de igualdad entre mujeres y hombres, observándose una ausencia de responsabilidad compartida entre ella y el padre,

derivada de condicionantes sociales, en lo que respecta al bebé, contraviniendo lo recogido en el artículo 5, epígrafe b de la CEDAW, sobre la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, y en el artículo 18 de la Convención de los derechos del Niño, que señala la necesidad de poner el máximo empeño para conseguir "*el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño*".

7.4.3 Quitar el pecho o no quitar: El problema de la lactancia y la incorporación laboral

Mujer de 37 años de edad que acude a su médico de cabecera por ansiedad. La mujer relata que tiene un bebé de tres meses (14 semanas), al que dio a luz por parto vaginal en semana 39 de gestación, sin incidencias en el postparto, aunque refiere grandes dificultades en el establecimiento de la lactancia, relacionadas con un mal enganche del bebé, pero también con una falta de técnica inicial de la madre (primeriza), así como con su tendencia a generar mastitis muy dolorosas, por las cuales llegó a precisar tratamiento antibiótico. Refiere que, gracias a la ayuda de su matrona y al grupo de lactancia del centro de salud, al que ha estado acudiendo semanalmente, consiguió salvar las dificultades iniciales y establecer la lactancia. Sin embargo, desde hace cuatro días está atravesando lo que le han explicado que es una "*crisis de la lactancia*": su producción actual de leche no parece ajustarse a las necesidades de su bebé, que demanda continuamente el pecho (refiere que "*es como si se quedara con hambre*"), de tal forma que las tomas se han vuelto muy frecuentes, llegando a tener que darle de mamar cada media hora en algunos periodos temporales del día. Su matrona le ha explicado que el ofrecimiento del pecho al niño le permite estimular la producción y que es probable que en unos días vuelva a ajustar su producción de leche a la demanda, pero ella está muy angustiada porque dentro de diez días tiene que incorporarse a su puesto laboral y teme que la distancia física entre ambos, y no poder mantener el ofrecimiento ajustado a su demanda, acabe con su lactancia materna. Explica que, además, no está pudiendo hacer acopio de leche materna congelada para el momento de su incorporación, ya que no produce lo suficiente. Expresa intensas vivencias de culpa y enfado respecto a la incorporación laboral y a los consejos que está recibiendo sobre la lactancia. Refiere que su madre le ha recomendado retirar el pecho e iniciar la adaptación al biberón para que su bebé "*no sufra tanto*" con su incorporación. Cuando piensa en los distintos escenarios,

se siente muy inquieta y lábil, llegando incluso a romper a llorar. Ha tenido dos crisis de ansiedad, una de ellas en el contexto de intentar extraerse leche con el sacaleches para cuando ella se incorpore, y otra después de haber ido a visitar la guardería en la que finalmente la va a dejar.

Pese a los esfuerzos nacionales e internacionales por fomentar unas mayores tasas de lactancia materna (debido a su asociación con mayores índices de salud a corto, medio y largo plazo), el abandono temprano de la misma sigue siendo muy elevado. Algunos autores han señalado que la reincorporación laboral temprana, es uno de los principales factores de influencia sobre la lactancia materna, junto con el estatus socioeconómico de la madre y la información obtenida por la madre acerca de la lactancia materna en el periodo prenatal[773].

La actualización de la OMS en materia de lactancia materna aparece recogida en su documento "*Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018*"[774]. Sus recomendaciones sobre nutrición del lactante y lactancia materna (exclusiva y a demanda hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta al menos los 2 años de edad) colisionan frontalmente con la brevedad del permiso por maternidad en España, limitado a 16 semanas (algo menos de 4 meses).

Impedir a los bebés acceder a su nutrición óptima tiene importantes implicaciones en salud, puesto que la lactancia materna se ha demostrado como protectora de multitud de enfermedades a lo largo de la vida, y puede implicar, también, una pérdida de bienestar, puesto que la lactancia materna se asocia a mejores indicadores de desarrollo y de bienestar infantil, y a menor sintomatología ansiosa y depresiva en las madres que amamantan. La falta de apoyo estatal, por medio de políticas que protejan y promuevan la lactancia materna desde una perspectiva multisectorial, es contraria a las tres

[773] SAYRES, S. VISENTIN, L., "Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions", *Current Opinion in Pediatrics*, 2018, vol. 30, nº 4, pp. 591-596.
[774] OMS y UNICEF, *Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf?sequence=1. (Consultado el 7 de marzo de 2021).

recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud dedicadas a la nutrición materna e infantil. Dos de ellas fueron aprobadas en el año 2016, en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud ("*Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre a la Nutrición (2016-2025*)" [775], y "*Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños*" [776]), y la última, en el año 2018, en la 71ª Asamblea Mundial de la Salud ("*Alimentación del lactante y del niño pequeño*" [777]).

La incorporación temprana a la actividad laboral (antes de los 6 meses), especialmente cuando se produce de forma contraria a los deseos de la madre, puede suponer la finalización, u obstaculización, de la nutrición óptima para el bebé, que es la lactancia materna exclusiva, suponiendo una pérdida de la salud y el bienestar de ambos, contraria a los derechos básicos de salud en la etapa postnatal, refrendados en el artículo 24 de Convención de los derechos del Niño (artículo 24) y en el 14 de la CEDAW.

Efectivamente, la falta de apoyo institucional a la lactancia materna supone un compromiso del derecho de la infancia a gozar del máximo nivel de salud posible, recogido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, y que en su epígrafe 2, en los apartados c) y e), recoge la obligación de los Estados Partes de tomar las medidas necesarias para garantizar la óptima nutrición infantil y el conocimiento de todos los sectores sociales y de las familias de las ventajas de la lactancia materna.

De todo lo expuesto, se desprende la innegable necesidad de proteger el contacto estrecho y continuado de la madre y su bebé en los primeros 6 meses de vida como medida fundamental para promover la lactancia materna, que es la nutrición óptima para el bebé, así como que esta necesidad no está siendo adecuadamente satisfecha con las actuales prestaciones por maternidad españolas, como sucede en el caso presentado.

---

[775] OMS, "*Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre a la Nutrición (2016-2025)*". 69ª Asamblea Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R8-sp.pdf. (Consultado el 2 de septiembre de 2022).

[776] OMS, *Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños*. 69a Asamblea Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R9-sp.pdf. (Consultado el 2 de septiembre de 2022).

[777] OMS, *Alimentación del lactante y del niño pequeño"*. 71ª Asamblea Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279518/A71_R9-sp.pdf. (Consultado el 8 de septiembre de 2022).

7.4.4 "*Morirse*" de sueño: La falta de apoyo social a las necesidades en la crianza

Niño de 5 meses de edad que es llevado a consulta de pediatría de Atención Primaria por dificultades en el sueño. Se trata de un niño sano, nacido a término en semana 39, con peso de 2.850 g al nacimiento, que no requirió observación neonatal. Cribados neonatales negativos. Lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses. Hitos del desarrollo dentro de la normalidad: presenta sonrisa social, sostén cefálico adquirido, se gira ante ruidos y ante voces familiares.

Respecto al sueño, la madre, una mujer de 37 años, refiere adquisición del patrón nocturno entorno a los dos meses y medio, cuando empezó a dormir entre cuatro y cinco horas seguidas (previamente, tenía despertares cada dos horas, aproximadamente, y volvía a conciliar tras toma de lactancia materna). Explica la madre que, desde su incorporación laboral –tres semanas atrás–, se ha producido una importante regresión del sueño nocturno de su hijo, con dificultad para la conciliación (no se duerme antes de las diez y media de la noche, y sólo tras un largo rato de mecerlo en brazos) y despertares frecuentes (aproximadamente cada hora) durante toda la noche, mostrando muchas dificultades para volver a dormirse. La madre expresa importante deterioro familiar por este motivo. Ella es profesora y su pareja es policía, refiere que el rendimiento laboral de ambos se ve altamente interferido por la falta de descanso; situación que, además, les está repercutiendo negativamente en el estado anímico, y que considera como el origen de las frecuentes disputas que mantienen en el domicilio respecto a los cuidados del menor.

La madre explica que el niño ha comenzado a ir a una guardería, donde al parecer "*pasa un gran número de horas dormido*". Sin embargo, por las tardes y las noches, después de la jornada laboral, él se encuentra muy despierto y activo, requiriendo de forma continuada la atención y presencia de sus padres.

La madre se encuentra desbordada ante la falta de descanso nocturno, refiere no sentirse capaz de mantener sus competencias diarias en esas condiciones, dice "*siento que me voy a morir de sueño*", y explica que se ha estado informando de diversos métodos y planes de sueño infantil. Cuenta que ella siempre se ha considerado contraria a dejar al niño llorar, pero explica que se ha visto tan desesperada que, durante una semana, intentó aplicar el denominado "*método Estivill*", sin atender al llanto de su bebé. Cuenta que,

durante esos días, su hijo estuvo llorando durante varias horas hasta dormirse; y que, aun así, mantenía varios despertares nocturnos, durante los cuales también lloraba. Explica que ella se angustiaba mucho escuchándolo, por lo que tampoco conseguía descansar, así que decidió interrumpir la aplicación del método. Desde hace cinco días colecha con el bebé en su cama; explica de ese modo el bebé continúa despertándose cada hora, pero tarda menos en dormirse. Consulta por la posibilidad de administrar algún hipnótico al bebé que sea seguro para él y facilite el descanso de toda la familia.

Este caso muestra, nuevamente, la influencia de los determinantes sociales de salud en las familias con niños pequeños, y su capacidad para generar inequidades y empeorar los resultados de salud.

Las políticas de conciliación no recogen todavía una de las dificultades más cotidianas a las que se enfrentan numerosas madres y padres en el cuidado de sus criaturas, como es la pérdida de horas de sueño y la diferencia que existe entre los ritmos de descanso de los bebés y las personas adultas[778]. Esta realidad, que puede parecer una preocupación sin relevancia o un mal menor, es causa de un importante deterioro en la salud de las familias, debido a los efectos deletéreos que asocia la deprivación de sueño mantenida[779].

Los padres y las madres de los niños pequeños suelen preocuparse al encontrar que sus hijos no duermen como los adultos, y es frecuente que las necesidades de sus bebés a menudo interrumpen su propio descanso. Especialmente en los primeros meses de vida, los bebés necesitan también una alimentación nocturna, aunque los requerimientos en frecuencia y cantidad varían mucho en función del individuo. En general, las características del sueño en las primeras etapas de la vida difieren de modo significativo respecto de la edad adulta, siendo sus ciclos de sueño más cortos y

[778] BATHORY, E., TOMOPOULOS, S., "Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children", *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2017, vol. 47, nº 2, pp. 29-42.
[779] LIEW, SC., AUNG, T., "Sleep deprivation and its association with diseases- a review", *Sleep Medicine*, 2021, nº 77, pp. 192-204; MULLINGTON, JM., HAACK, M., TOTH, M., SERRADOR, JM., MEIER-EWERT, HK., "Cardiovascular, inflammatory, and metabolic consequences of sleep deprivation", *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2009, vol. 51, nº 4, pp. 294-302.

profundos, y con frecuentes despertares en el cambio de fase[780]. En su primer año de vida, los niños presentan a menudo un sueño fragmentado, con necesidades de alimentación, afectivas y de contacto físico durante las noches. Ello genera que, habitualmente, los patrones de sueño parentales se ven repercutidos por el desarrollo de los ritmos cronobiológicos de sus hijos.

Dentro del rango de la normalidad, la adquisición de un ritmo cronobiológico con sueño nocturno continuado es muy variable de unos niños a otros. Se ha comprobado que la exposición del bebé a los ciclos diurnos y nocturnos de luz y oscuridad les puede ayudar a desarrollar el ritmo circadiano (al que permanecía ajeno en su vida intrauterina). El contacto piel con piel de la madre también puede favorecer su conciliación del sueño. Frecuentemente, la incorporación laboral de la madre se asocia a una inversión del ritmo del sueño del bebé (con mayor tendencia a dormir cuando la madre no está, y a permanecer despierto cuando ésta se encuentra disponible para el bebé), y un mayor número de despertares, que, probablemente, reflejen el estrés emocional adaptativo que está experimentando el bebé ante la separación de su madre.

La educación parental permitirá a los adultos cambiar su conceptualización del sueño infantil como un problema del bebé concreto a resolver, para entenderlo como parte del desarrollo evolutivo dentro de la normalidad, hito para el cual necesita el acompañamiento de sus progenitores[781]. Sin embargo, es innegable la repercusión que el mal descanso nocturno tiene en el estado afectivo y neurocognitivo de los adultos a cargo, llegando a suponer una grave interferencia a la hora de cumplir con las exigencias y ritmos de la vida laboral adulta[782]. Por ello, resultaría necesario la mayor flexibilización del sistema, permitiendo retrasar, disminuir o adaptar las demandas sobre los progenitores de niños pequeños, que con frecuencia no cumplen con sus propias necesidades de descanso para atender a los de sus hijos.

[780] CERQUEIRA, ACDR., CARDOSO, MVLML., VIANA, TRF., LOPES, MMCO., "Integrative literature review: sleep patterns in infants attending nurseries", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018, vol. 71, nº 2, pp. 424-430.
[781] WHITTINGHAM, K., DOUGLAS, P., "Optimizing parent-infant sleep from birth to 6 months: a new paradigm", *Infant Mental Health Journal*, 2014, vol. 35, nº 6, pp. 614-23.
[782] DURMER, JS., DINGES, DF., "Neurocognitive consequences of sleep deprivation", *Seminars in Neurology*, 2005, vol. 25, nº 1, pp. 117-129.

Así, en la Convención de los derechos del Niño, en su artículo 27, se reconoce el derecho de la infancia "*a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social*", recogiendo que la responsabilidad de proporcionar las condiciones de vida necesarias para el desarrollo del niño es de "*los padres u otras personas encargadas*", pero que los Estados Partes deberán adoptar "*medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo*". Esto es, aunque la responsabilidad del cuidado infantil es de los padres, el Estado debe proporcionarles apoyos para garantizar el desarrollo integral de la infancia.

También la CEDAW en su artículo 11, referido a la eliminación de la discriminación contra la mujer en el empleo, recoge en su epígrafe 2. c) la responsabilidad de los Estados Partes en alentar y dar apoyos que permitan a los padres combinar las obligaciones laborales con las familiares.

Así, dentro de los derechos internacionalmente reconocidos, se recoge la necesidad de brindar apoyos estatales a los padres para que estos puedan atender adecuadamente todas sus obligaciones y ofrecer a sus hijos los cuidados necesarios para su mejor desarrollo.

Las necesidades y los ritmos infantiles, especialmente en el primer año de vida, están claramente diferenciados de los adultos, y las madres y los padres a menudo precisan apoyos específicos para poder atenderlos sin descuidar a sus hijos ni desatender otras obligaciones.

Nuevamente, el acceso a permisos parentales más prolongados, o una mejor protección de las necesidades materno-infantiles, son medidas de salud para muchas madres y padres de bebés, que, influidos por el cansancio extremo de las noches sin dormir, se sienten impelidos a escoger entre desatender las necesidades de sus hijos por las noches, o renunciar a su propio bienestar mental y físico de manera continuada al no cumplir con sus propias necesidades de sueño y descanso.

7.4.5 Separación madre-bebé obligada en una hospitalización psiquiátrica

Mujer de 36 años de edad, sin antecedentes en salud mental de interés, que es trasladada al Servicio de Urgencias a instancias de su marido por episodio psicótico. La mujer se encuentra en periodo puerperal, tras haber dado a luz, trece días atrás, a su primera hija, una niña sana. El parto fue a término, espontáneo, por vía vaginal, sin incidencias. Su marido relata que empezó a notar cambios afectivos ya al tercer día postparto, al llegar a casa, encontrando a la mujer muy lábil a nivel emocional, verbalizando preocupaciones excesivas respecto al bienestar del niño. Refiere que, en los días siguientes, la mujer se mostraba muy abatida, por momentos confusa, con elevada inquietud psicomotriz e incapacidad para conciliar el sueño, situación acrecentada por los frecuentes despertares del niño. Por este motivo, hace dos días optó por iniciar lactancia mixta con fórmula artificial, para que el padre pudiera alimentarla por la noche y ella garantizara su descanso nocturno. Pese a ello, la mujer no ha sido capaz de conciliar el sueño en las últimas cuarenta y ocho horas, y en el último día ha comenzado a presentar un discurso incoherente, refiriendo que el bebé que tiene su marido entre sus brazos no es su hijo, que se lo han cambiado; mostrándose muy inquieta en algunos momentos y perpleja en otros. Ha llegado a expresar que tiene que deshacerse de ese bebé extraño para que le devuelvan a su hija. Su marido, enormemente preocupado, le ha explicado que, si no accedía a ir con él a Urgencias para que la valoraran, tendría que llamar a los servicios de emergencias para que la trasladaran, por lo que ella, finalmente, ha accedido a ir.

Tras la evaluación, el psiquiatra de guardia emite un juicio clínico de Psicosis puerperal e indica su ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) psiquiátrica. Dado que se trata de una unidad cerrada, con acceso restringido, el padre solicita que el bebé ingrese con ella y permanecer como acompañante para tratar de favorecer el vínculo afectivo entre la madre y su bebé, así como preservar la lactancia materna, algo que su mujer, estando aún lúcida, le había manifestado que era muy importante para ella. Esta solicitud se deniega. Además, el jefe de hospitalización psiquiátrica rechaza la posibilidad de que el bebé entre en la planta a modo de visitas, al considerar que en dicha planta no se puede garantizar su protección, indicando únicamente que, cuando la paciente se encuentre estabilizada y pueda obtener permisos terapéuticos de salida, podrá ver a su bebé en el exterior de la unidad. Del mismo modo,

con el inicio de tratamiento farmacológico (litio combinado con un antipsicótico) se considera contraindicada la lactancia materna, indicando su interrupción absoluta.

La mujer permanece ingresada cinco semanas en la planta de psiquiatría hasta su estabilización psicopatológica, sin poder disfrutar de permisos terapéuticos hasta la cuarta semana. Previamente, sólo le es permitido ver a su bebé en dos ocasiones de forma fugaz, en el pasillo que hay entre las dos puertas que cierran la unidad de hospitalización.

El caso expuesto muestra las deficiencias estructurales en la atención sanitaria a la díada madre-bebé cuando la madre requiere atención específica en los dispositivos intensivos de la red de salud mental. La madre presenta una afección grave (una psicosis puerperal) que requiere ingreso hospitalario, pero dicho ingreso se realiza a costa de una separación madre-bebé, con las consecuencias en salud para ambos que dicha separación puede tener. Además, no se ofrecen alternativas o vías intermedias, privando a un bebé de dos semanas de la presencia de su madre durante casi un mes; y, del mismo modo, impidiendo a la madre establecer una vinculación afectiva con su bebé, de por sí ya más dificultada por su trastorno mental.

Desde una atención en salud basada en el enfoque en derechos humanos, se encuentra la vulneración del principio de aceptabilidad, según el cual "*todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital*". No es aceptable que a una madre se le impida permanecer con su bebé, imponiéndole un régimen hospitalario que no contempla las necesidades propias del ciclo vital (periodo neonatal).

En el artículo 9 de la Convención de los Derechos del Niño se recoge que el niño no debe ser separado sus padres contra la voluntad de éstos, "*excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño*"[783]. El presente trabajo ha explicado ya, detalladamente, que el interés superior de un bebé es permanecer junto a su madre siempre que resulte posible, incluyendo numerosas situaciones en las cuales la madre puede estar padeciendo problemas de salud

[783] Convención de los derechos del Niño

mental, tales como depresión (ofreciendo, siempre, apoyo a la madre). Entendiendo que, en efecto, una hospitalización psiquiátrica es una circunstancia excepcional, cabe señalar que es materialmente posible, y beneficioso a nivel de salud, no llevar a cabo esta separación, como de hecho sucede ya en otros países (el ejemplo paradigmático es Reino Unido), donde ya existen unidades de hospitalización madre-bebé. La Convención de los derechos del Niño, en el mismo artículo 9, epígrafe 1, pone como ejemplos de casos particulares en los cuales la separación del niño puede ser necesaria situaciones en las cuales "*el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño*". El supuesto presente no se ajusta, en ningún caso, a las mencionadas circunstancias de maltrato, descuido o separación de ambos progenitores.

Además, en el supuesto que nos ocupa se añade la vulneración del derecho a la autonomía de la madre, al desoír los deseos respecto a mantener la lactancia materna, indicando su retirada, pese a existir una gran cantidad de psicofármacos compatibles con la misma, y sin hacer una adecuada valoración del riesgo/beneficio de la retirada de la lactancia en el proceso de vinculación afectiva madre-bebé. Esto, además de violar un derecho básico (autonomía) es absolutamente contrario a todas las recomendaciones de la OMS respecto a lactancia materna y nutrición óptima en la primera infancia, y puede suponer un compromiso de la salud y del bienestar tanto de la madre como del bebé.

7.4.6 Desconocimiento de los protocolos de no separación del lactante en el sistema sanitario

Mujer de 32 años de edad que acude al Servicio de Urgencias hospitalarias por tumefacción facial y fiebre. Acude con su bebé lactante, de 6 semanas de edad, que mantiene lactancia materna exclusiva a demanda.

Al ser atendida en consulta de Urgencias general, el médico contempla a la madre, que sostiene al bebé en brazos, y le espeta que no debería haber traído a su bebé a un entorno como ese, que puede contagiarse de cualquier cosa, y que tenerlo con ella en Urgencias "*es un asesinato*". La madre refiere quedarse paralizada, sin saber qué responder. El médico realiza una exploración clínica adecuada, y avisa al ortorrinolaringólogo de guardia, que diagnostica una celulitis facial grave con afectación

orbitaria e indica la necesidad de un ingreso hospitalario para administrar antibioterapia intravenosa. Le refieren entonces que la bebé no puede permanecer en urgencias a la espera de ingreso, ni puede ingresar con ella en la planta de hospitalización. La madre rompe a llorar, angustiada ante la separación obligada de su bebé, hasta considerar un rechazo del ingreso, que, según le insisten los médicos de urgencias, es imprescindible.

La enfermera que la atiende, conmovida ante la angustia de la paciente, plantea la posibilidad de comentar la situación con el servicio de pediatría. Finalmente, se decide ingresar a la madre de manera periférica en la planta de pediatría, a cargo del servicio de medicina interna, de manera que su hija puede permanecer con ella en el ingreso.

Los hospitales deben facilitar los espacios adecuados para la atención y el ingreso de madres lactantes que lo requieran. Esto es conforme al artículo 9 de la Convención de los derechos del Niño, que recoge que los niños no deben ser separados de sus padres contra la voluntad de éstos, y a la Convención de la CEDAW, que en su artículo 12 epígrafe b) recoge la necesidad de garantizar la adecuada atención postnatal, asegurando una adecuada nutrición durante la lactancia (pudiendo entenderse que la atención postnatal debe producirse, también, atendiendo a la salud materna aun cuando el motivo de ingreso o de asistencia sanitaria es otro diferente). También lo es conforme al principio básico de aceptabilidad, dentro del enfoque en derechos humanos de la salud, que recoge que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital (esto es, el ingreso hospitalario de una mujer en periodo de lactancia materna exclusiva debe atender a las necesidades propias de ese momento vital).

En este caso concreto, existía un protocolo hospitalario en activo que garantizaba dicho derecho, pero los profesionales de urgencias o no estaban informados o, estándolo, lo ignoraron. Existe un protocolo de la Asociación Española de Pedaitría (AEP) al respecto ("*Recomendaciones para profesionales sanitarios que atienden madres lactantes que precisan ingreso, pruebas u otras circunstancias especiales*"), publicado en 2017[784]. Sin embargo, los profesionales de urgencias de este caso no estaban

[784] ARES, S., DÍAZ, M., "Recomendaciones para profesionales sanitarios que atienden madres lactantes que precisan ingreso, pruebas u otras circunstancias especiales", *Asociación Española de Pediatría*. Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2017.

informados de este protocolo, no partió de ellos consultar sobre la posibilidad de ingresar a una mujer con su bebé alimentado por lactancia materna exclusiva, y, lo más preocupante, la mayoría de ellos consideraban que separar a una madre lactante de su bebé de mes y medio de edad era un procedimiento correcto.

De nuevo, se demuestra que no basta el reconocimiento de los derechos en materia de maternidad e infancia, ni siquiera la elaboración adecuada de protocolos, para que éstos sean efectivos: ante todo, resulta necesaria la formación y concienciación de los profesionales sanitarios en primera instancia, y de la sociedad en un sentido más amplio, para garantizar su aplicación real y efectiva. Se destaca, también, la necesidad de aplicar autoevaluaciones y monitorizaciones periódicas de adherencia a los propios protocolos, tal y como recomienda la OMS, para medir el impacto de las medidas destinadas a facilitar la cercanía madre-bebé, puesto que de nada sirve tener protocolos perfectamente acordes a los mejores estándares de salud, si no se hacen efectivos en la práctica cotidiana.

CAPÍTULO VIII. CRIANZA Y CUIDADO DE LA PRIMERA INFANCIA HASTA LOS 3 AÑOS DE VIDA

8.1 Exposición de hechos: Necesidades específicas de la infancia en los primeros tres años de vida

El presente Capítulo excede los límites teóricos del periodo denominado perinatal según la OMS, que queda delimitado al primer año postparto de la vida del infante y de la madre. Sin embargo, en salud materno-infantil, la continuidad existente entre los procesos vinculares iniciados desde el momento del nacimiento, o incluso antes, y el desarrollo infantil a lo largo de la primera infancia, hacen recomendable completar la evaluación de los procesos que acontecen entre las madres y sus hijos en la etapa perinatal hasta que éstos tienen, aproximadamente, tres años de vida[785]. El estado de salud mental que ha tenido la madre a lo largo de los procesos perinatales de embarazo, parto y postparto, y la calidad del vínculo afectivo que haya establecido con su infante correlacionan, en un alto porcentaje, con el bienestar maternal, la relación madre-hijo y el estilo de apego que presentará el infante de corta edad, entre el año y los tres años de vida[786].

La primera infancia constituye una etapa fundamental en el ciclo de la vida humana. Se entiende por ciclo vital el proceso de crecimiento y desarrollo que tiene lugar a lo largo de la vida, desde el nacimiento hasta el momento de la muerte[787]. A su vez, el desarrollo infantil hace referencia al conjunto de cambios biológicos y psicológicos que acontecen, en un proceso continuo, desde el momento del nacimiento y hasta el final de la adolescencia, por medio de los cuales la persona alcanza su autonomía y es capaz de desempeñar sus funciones, actividades y roles sociales.

---

[785] GUEDENEY, A., GUEDENEY, N., WENDLAND, J., BURTCHEN, N., "Treatment - mother-infant relationship psychotherapy", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2014, vol. 28, nº 1, pp. 135-145.

[786] BRASSEL, A., TOWNSEND, ML., PICKARD, JA., GRENYER, BFS., "Maternal perinatal mental health: Associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months' postpartum", *Infant Mental Health Journal*, 2020, vol. 41, nº 1, pp. 69-81; HAZELL RAINE, K., NATH, S., HOWARD, LM., COCKSHAW, W. BOYCE, P. SAWYER, E. THORPE, K., "Associations between prenatal maternal mental health indices and mother-infant relationship quality 6 to 18 months' postpartum: A systematic review", *Infant Mental Health Journal*, 2020, vol. 41, nº 1, pp. 24-39; BRANJERDPORN, G., MEREDITH, P., STRONG, J., GARCIA, J., "Associations Between Maternal-Foetal Attachment and Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review", *Maternal and Child Health Journal*, 2017, vol. 21, nº 3, pp. 540-553.

[787] GARCÍA SUSO, A., LUIS VERA CORTÉS, ML.*, El ciclo vital y la salud humana. Actualizaciones año 2002* / coord. por María Paz Mompart García, 2002, pp. 61-78.

El desarrollo en la infancia pivota sobre cinco grandes áreas, que son: el crecimiento físico, el desarrollo cognitivo, el desarrollo socioemocional, el desarrollo comunicativo y del lenguaje, y el desarrollo sensorio-motor. El desarrollo se produce en la interacción entre factores genéticos y ambientales, y se caracteriza por la resolución de retos y adquisición de habilidades propias de cada etapa, si bien es importante entender que los rangos etarios no son estancos, y puede haber grandes diferencias entre individuos, e, incluso, entre grupos humanos, mediadas por el entorno cultural y social.

En su Observación General número 7, el Comité de los derechos del Niño reconoce las características especiales de la primera infancia, que considera un periodo fundamental para la realización de los derechos de las niñas y niños, y que fueron ya enumeradas en el Capítulo II de este trabajo, sobre la ética de los cuidados. En concreto, el Comité señala la importancia para la primera infancia de los vínculos emocionales fuertes "*con sus padres u otros cuidadores, de los que necesitan recibir cuidado, atención, orientación y protección, que se ofrezcan de maneras que sean respetuosas con su individualidad y con sus capacidades cada vez mayores*", y reconoce que los primeros años de vida son la base para "*su salud mental y física, su de su seguridad emocional, de su identidad cultural y personal y del desarrollo de sus aptitudes*"[788].

Al reconocer que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, el enfoque sobre el ciclo vital enfatiza las oportunidades que supone la inversión en las primeras etapas de desarrollo, puesto que el mayor beneficio en la salud de un grupo de edad se deriva de intervenciones realizadas sobre edades anteriores.

El propio Comité de los derechos del Niño incide en que el establecimiento de estrategias adecuadas para la prevención de enfermedad y promoción de la salud en la primera infancia ha demostrado tener una influencia positiva en el bienestar y las perspectivas de futuro de los más pequeños, y supone una forma de prevenir dificultades personales, sociales y educativas en etapas posteriores de la vida[789].

[788] ONU, Observación General nº 7 del Comité de los derechos del niño. Apartado 6.
[789] Observación General nº 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, 2003.

La intervención sobre la primera infancia se ofrece, por tanto, como una vía eficaz para la promoción de desarrollos positivos y ciclos vitales saludables que resulten favorables para la vida de las personas.

Tanto la OMS como UNICEF señalan que los primeros tres años de vida son una edad crítica a nivel biológico y del desarrollo; en esta etapa, las intervenciones destinadas a desarrollar una parentalidad positiva resultan ser más eficaces sobre la salud de los infantes[790].

Tal y como recoge UNICEF, los estudios en neurociencias señalan que el máximo desarrollo cerebral se produce desde el crecimiento uterino hasta los tres primeros años de vida, y que, durante este proceso, es fundamental la interacción entre los genes y las experiencias vitales –incluyendo entre estas últimas la nutrición, la comunicación, el juego, la protección y la atención receptiva de los cuidadores–[791]. Señala también que, sin embargo, multitud de niños a lo largo del mundo se ven privados de elementos fundamentales para su desarrollo cerebral, como son "*comer, jugar y amar*".

UNICEF destaca que una gran parte de la población no es consciente de la importancia de los primeros años de vida y no exige políticas, programas ni financiación al respecto. Refiere que las medidas para atajar esta situación son costo efectivas y fácilmente aplicables, recogiendo que, según la revista *The Lancet*: "*sólo costaría 0,5 dólares de los Estados Unidos más al año por persona añadir a un paquete integrado de servicios de atención materno-infantil de salud y nutrición los servicios de cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de los niños*"[792].

Ya se señaló previamente que el Comité de los derechos del Niño reconoce que cada vez más niños crecen en contextos caracterizados por la multiculturalidad y los

---

[790] VIET, TH., NANTHAMONGKOLCHAI, S., MUNSAWAENGSUB, C., PITIKULTANG, S., "Positive Parenting Program to Promote Child Development Among Children 1 to 3 Years Old: A Quasi-Experimental Research", *Journal of Primary Care & Community Health*, 2022, nº 13, 21501319221089763.

[791] UNICEF, *Orientación programática de UNICEF para el desarrollo de los niños y las niñas en la primera infancia*. Nueva York: División de Programas de UNICEF; 2017.

[792] BLACK, MM., WALKER, SP., FERNALD, LCH., ANDERSEN, CT., DIGIROLAMO, AM., LU, C., MCCOY, DC., FINK, G., SHAWAR, YR., SHIFFMAN, J., DEVERCELLI, AE., WODON, QT., VARGAS-BARÓN, E., GRANTHAM-MCGREGOR, S., Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee, "Early childhood development coming of age: science through the life course", *The Lancet*, 2017, vol. 389, nº 10064, pp. 77–90.

rápidos cambios sociales, y alienta a los Estados Partes a adoptar las medidas necesarias en función de estos contextos propios y cambiantes, respetando en la medida que sea posible los valores tradicionales, siempre que estos no sean contrarios a los derechos de los menores; esto es, siempre que no resulten contradictorios, ni contrarios para la salud y el bienestar del menor, ni a su interés superior[793].

En la misma Observación General número 7, el Comité de los derechos del Niño insiste que el cumplimiento de los derechos de los niños pequeños, especialmente de los "*muy pequeños*", pasa por atender sus necesidades específicas de cuidado físico, atención emocional y orientación respetuosa, y recoge que el respeto a los intereses, experiencias y problemas bien diferenciados que experimentan los niños en esta etapa es el único punto de partida posible para la realización de sus derechos[794].

El informe del Relator Especial del año 2015, titulado "*El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*"[795], en su apartado 54, recoge que:

> "*Desde la aprobación de la Convención en 1989, hay cada vez más datos sobre "nuevas formas de morbilidad" de los niños relacionadas con la comprensión de que la salud física y mental del niño en la primera infancia se ve afectada por el medio ambiente, incluidas las relaciones en el seno de la familia, la comunidad y la sociedad en general. Esto ha dado lugar a la consideración de las cuestiones de desarrollo y conducta como componentes centrales de la pediatría moderna*".

Señala, también, que el derecho a la salud en la primera infancia debe ir respaldado por legislaciones que aborden adecuadamente los determinantes sociales y otros determinantes básicos de la salud, integrando la aplicación de los principios de promoción de la salud, atención primaria, salud mental y servicios sociales. Así, se recoge que la protección a la salud infantil implica abordar los contextos en los cuales se desarrollan los niños, y se reconoce de nuevo la importancia de la salud mental también en la etapa infantil. El papel de los profesionales sanitarios para capacitar y apoyar a las madres y los

[793] Véase Observación General número 7 del Comité de los derechos del niño, apartado 8.
[794] La Observación General número 7 del Comité de los derechos del niño recoge estas necesidades en los apartados 5 y 7.
[795] Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras A/HRC/29/332 de abril de 2015.

padres en la crianza infantil es fundamental, y el Relator Especial recoge con preocupación que la formación de los profesionales de la salud continúe centrándose en aspectos biomédicos, señalando que aquellos que trabajan con familias y niños pequeños:

> "*deben estar capacitados para tratar cuestiones relacionadas con el desarrollo emocional y cognitivo de los niños y en condiciones de transmitir a los padres conocimientos y aptitudes básicas acerca del cuidado y la crianza de los hijos de manera adecuada y no violenta*".

El Relator recoge, asimismo, las especiales necesidades de apoyo de las familias y los padres en situaciones de riesgo o vulnerabilidad, entre las cuales se encuentra la enfermedad mental o la adicción o sustancias. Señala que estas dos últimas circunstancias no son, en sí mismas, indicadores de mala crianza, sino de situación de riesgo, y explica la necesidad de que estas familias tengan acceso a servicios adecuados de apoyo que alienten el desarrollo de relaciones saludables con sus hijos, luchando contra la penalización que a menudo sufren y que los incita en ocasiones a alejarse de los servicios sociales y de salud, por miedo a ser detenidos o a perder a sus hijos.

Para entender adecuadamente las necesidades primarias de los infantes en los primeros años de vida resulta necesario recurrir a la investigación y la evidencia científica sobre el desarrollo infantil. En este punto, es imprescindible realizar un somero repaso sobre la teoría del apego.

8.1.1 Teoría del apego y desarrollo infantil

La teoría del apego fue formulada inicialmente por el psicoanalista británico John Bowlby (1907- 1990), a raíz de la encomienda que le realizó la OMS, tras la II Guerra Mundial, de estudiar las necesidades de los menores sin familia y sus repercusiones en su salud mental. Bowlby concluyó, tal y como se ha explicado en el Capítulo II, que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna forma parte de una herencia evolutiva arcaica, cuya función es la supervivencia de la especie, y

que esa tendencia es independiente de otras necesidades, como la alimentación, pero igual de imprescindible[796].

En palabras de Bowlby:

"*La teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida*"[797].

La teoría del apego ha sido ampliamente demostrada mediante numerosos estudios científicos, y han contribuido a explicarla múltiples ramas del conocimiento, desde la psicología evolutiva, hasta la etología, las neurociencias, o la etnopediatría. De la confluencia de todos estos aportes científicos, se ha podido generar un importante cuerpo teórico que explica el origen y las funciones biológicas de los vínculos afectivos entre las personas, remarcando la importancia capital de la relación primaria entre el niño y sus padres para el desarrollo del menor, tanto en su personalidad, en su emocionalidad y en sus esquemas operativos del mundo, como en sus relaciones interpersonales y su capacidad para adaptarse socialmente, pudiendo estar, en numerosas ocasiones, en el origen de problemas psicopatológicos.

El apego es un sistema conductual, con bases biológicas, que se ha desarrollado evolutivamente en el orden de los mamíferos como mecanismo fundamental de supervivencia. Las diferencias en los estilos de apego emergen a lo largo del desarrollo infantil, y pueden ser explicadas, al menos parcialmente, por las experiencias infantiles de sensibilidad, respuesta y cuidado parental. Desde el punto de vista psicológico, la teoría del apego se estructura en torno a tres conceptos fundamentales: las figuras de apego, la base segura y el modelo interno de trabajo. Todas ellas fueron descritas inicialmente desde una perspectiva psicoanalítica relacional, si bien la posterior

[796] NEWCOMBE, N., LERNER, JC., "Britain between the wars: the historical context of Bowlby's theory of attachment", *Psychiatry*, 1982, vol. 45, nº 1, pp. 1-12.
[797] BOWLBY, J., *El apego.* Volumen 1 de la trilogía *El apego y la pérdida*. Barcelona: Editorial Paidós; 2009.

investigación en neurociencias ha demostrado la existencia de bases neurobiológicas correlativas [798].

Así, la "*Figura de apego*" es una persona con la que el infante ha generado o está generando un vínculo afectivo a partir de interacciones interpersonales mantenidas en el tiempo dentro de contextos de cuidado. Las figuras de apego pueden ser primarias (generalmente, los progenitores) o secundarias (figuras de la familia extensa, profesores, otros cuidadores).

Se entiende por "*Base segura*" el papel que desempeña el cuidador respecto del niño una vez que éste ha establecido con el mismo una relación de apego. La función de base segura permite al niño desplegar conductas exploratorias sobre el ambiente, pudiendo regresar a ella para buscar seguridad y consuelo, o establecer contacto visual o físico con ella ante situaciones desconocidas.

Los "*Modelos internos de trabajo*" (también denominado "*modelos operativos internos*") son aquellas representaciones mentales que los niños construyen acerca de sí mismos y de sus relaciones con los otros a partir de sus experiencias tempranas, creando modelos relacionales que orientarán las expectativas en el mundo y en los otros, e influirán en las formas de interacción con los demás a lo largo de la vida.

A modo de resumen, los cimientos construidos a lo largo del embarazo, el periparto y el periodo neonatal, por medio de la vinculación afectiva de las madres hacia sus bebés, la sincronía de la díada y la sensibilidad materna para identificar y responder a las necesidades de sus bebés, generan experiencias en los niños. Estas experiencias tempranas suponen un aprendizaje continuo que les permiten interiorizar una determinada representación del mundo, de sus figuras de cuidados y de lo que pueden esperar de ambos, configurando un patrón específico conductas de exploración del entorno, de

[798] KIRSCH, M., BUCHHOLZ, MB., "On the Nature of the Mother-Infant Tie and Its Interaction with Freudian Drives, *Frontiers in Psychology,* 2020, nº 11, p. 317; PERLINI, C., BELLANI, M., ROSSETTI, MG., ZOVETTI, N., ROSSIN, G., BRESSI, C., BRAMBILLA, P., "Disentangle the neural correlates of attachment style in healthy individuals", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2019, vol. 28, nº 4, pp. 371-375.

búsqueda de consuelo y de regulación emocional, que responde a alguno de los estilos de apego, que se verán a continuación[799].

En 1970, la autora Mary Ainsworth describió por primera vez los distintos estilos de apego, o variaciones de conducta, en la interacción temprana entre madres e hijos, a partir de sus observaciones realizadas sobre díadas de madres e hijos pertenecientes a poblaciones de Uganda y Estados Unidos[800]. La autora señaló que, pese a las diferencias culturales, se podían objetivar tres estilos diferenciados en el apego, que ella denominó como apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ambivalente.

Para demostrar su hipótesis, diseñó un experimento de laboratorio denominado "*la situación extraña*", en el cual se observan las conductas de un niño de uno a dos años de edad respecto a la presencia de su madre a lo largo de cuatro momentos. En una primera fase, se introduce a la madre y a su hijo en una habitación con juguetes y se observan las conductas exploratorias del menor y la interacción entre ambos. En una segunda fase, entra una persona extraña en la habitación. En la tercera fase, la madre sale de la habitación, quedando el niño en la habitación con la figura extraña. En la cuarta y última fase, la madre regresa a la habitación y se produce el reencuentro entre el niño y ella.

Las observaciones iniciales de Ainsworth (después replicadas en multitud de experimentos) recogieron la capacidad de los niños para explorar su entorno (los juguetes de la habitación) en presencia de su madre tomándola como base segura, su reacción ante la separación de la madre y su respuesta tras el regreso de la misma.

Así, los niños con apego seguro son capaces de explorar su entorno buscando a su madre (su base segura) mediante contactos visuales, verbales o físicos, muestran ansiedad o llanto en la separación y se calman fácilmente a su regreso, explorando de nuevo el entorno.

Sin embargo, los niños con apego inseguro evitativo no buscan a su madre mientras despliegan sus conductas de exploración, y, aparentemente, no se muestran afectados por la separación (aunque en estudios fisiológicos, se observan datos de estrés

[799] PAPAPETROU, C., PANOULIS, K., MOUROUZIS, I., KOUZOUPIS, A., "Pregnancy and the perinatal period: The impact of attachment theory", *Psychiatriki,* 2020, vol. 31, nº 3, pp. 257-270.
[800] AINSWORTH, MDS., BELL, SM., "Apego, exploración y separación: ilustrado por el comportamiento de niños de un año en una situación extraña", *Desarrollo infantil,* 1970, nº 41, pp. 49-67.

físico, como el aumento de la frecuencia cardiaca). En la misma línea, en el reencuentro con sus madres, se muestran indiferentes hacia ellas, o llegan a rechazarlas.

Por el contrario, los niños con apego inseguro ambivalente presentan dificultades para la exploración y permanecen físicamente cercanos a sus madres, mostrándose altamente preocupados en el entorno desconocido para ellos. Su angustia se incrementa con la separación de sus madres; pero, paradójicamente, no se consuelan a su regreso, pudiendo mostrar hacia ellas emociones de rabia, enfado o deseos de separación.

Años más tarde, Main y Salomon introdujeron una cuarta categoría en el apego, (la desorganización del apego) para describir conductas erráticas de confusión, miedo, apego y desapego que presentan los menores como resultado de una parentalidad altamente incompetente, en la cual pueden haber sufrido maltrato, abandono o negligencias[801].

Las investigaciones posteriores han encontrado asociaciones entre los estilos de apego y distintos procesos biológicos, a nivel neurocognitivo y endocrinológico, con la especial intervención de las moléculas cortisol, dopamina y oxitocina[802]. En la actualidad, la teoría del apego explica, desde una perspectiva relacional, pero también neurobiológica, la importancia de las relaciones primarias entre las figuras de cuidado primarias (fundamentalmente, las madres y los padres) y los infantes, tanto en el desarrollo de conductas de exploración y de regulación emocional adaptativas, como en la aparición de problemas emocionales o psicopatología en la infancia, y a lo largo de la vida, en el seno de relaciones de cuidado inadecuadas.

[801] MAIN, M., SOLOMON, J., "Procedimientos para identificar a los bebés como desorganizados / desorientados durante la situación extraña de Ainsworth", en M.T. Greenberg, D. Cicchetti y E.M. Cummings (Eds.), *Apego en los años preescolares*, pp. 121-160. Chicago, Universidad de Chicago, 1990.
[802] BOSMANS, G., BAKERMANS-KRANENBURG, MJ., VERVLIET, B., VERHEES, MWFT., VAN IJZENDOORN, MH., "A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2020, nº 113, pp. 287-298.

8.1.2 El papel crucial en salud de los cuidados recibidos en la primera infancia

Las experiencias adversas en la infancia, entendiendo como tales el maltrato, el abuso, la negligencia y otras experiencias traumáticas infantiles, impactan negativamente en los resultados de salud a lo largo de la vida y aumentan el riesgo de padecer enfermedades somáticas, trastornos mentales y un peor funcionamiento social en la edad adulta[803]. Los mecanismos que subyacen a esta repercusión negativa en salud se deben a la respuesta fisiológica que se produce frente al estrés, que, mantenido, implica la hiperactivación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal[804] (que produce una liberación excesiva de cortisol, asociada al desarrollo de problemas de salud tales como la obesidad, la diabetes, el infarto agudo de miocardio, los accidentes cerebrovasculares, los procesos oncológicos o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica[805]). Cuando esta hiperactivación se produce en la infancia, se asocia también a cambios en la estructura cerebral (por ejemplo, con modificación de las sinapsis neuronales o pérdida de la complejidad dendrítica[806]). El impacto de las experiencias adversas en la infancia en el desarrollo infantil y en la salud a largo plazo ha sido reconocido como un grave problema de salud pública[807], de lo cual se habló ya en el Capítulo II.

Por el contrario, el cuidado cercano y cariñoso en la infancia temprana ha demostrado favorecer el desarrollo infantil y promover unos mejores resultados en salud[808]. En los últimos años, tras la disminución de la mortalidad infantil debido a los avances sanitarios, el foco en salud está migrando desde un modelo centrado en la supervivencia infantil a otro centrado en el mejor desarrollo de la infancia, poniendo de

---

[803] FELITTI, VJ., ANDA R.F., "The relationship of adverse childhood experience to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare", en Lanius R. Vermetten E. Pain C., *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 2010, Cambridge University Press Cambridge, United Kingdom, pp. 77-87.

[804] GROGAN S., MURPHY K.P., "Anticipatory stress response in PTSD: Extreme stress in children", *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2011, vol. 24, pp. 58-71.

[805] GODDARD, A., Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care, *Journal of Pediatric Health Care,* 2021, vol. 35, nº 2, pp. 145-155.

[806] PERRY, BD., "Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics", *Journal of Loss and Trauma*, 2009, nº 14, pp. 240-255.

[807] ANDA, RF., BUTCHART, A., FELITTI, VJ., BROWN, DW., "Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences", *American Journal of Preventive Medicine*, 2010, nº 39, pp. 93-98.

[808] DAELMANS, B., MANJI, SA., RAINA, N., "Nurturing Care for Early Childhood Development: Global Perspective and Guidance", *Indian Pediatrics*, 2021, vol. 58, nº 51, pp. 11-15.

relieve la importancia capital de los cuidados a la primera infancia (fundamentalmente, por parte sus progenitores) para alcanzar el mayor potencial de desarrollo posible[809].

Un metaanálisis publicado en el año 2017 en la revista *The Lancet* señala la existencia de fuerte evidencia científica que sugiere que apoyar a las madres, padres, cuidadores y familias para que puedan proveer a sus hijos de protección y cuidados sensibles es el mejor camino para permitir que se desarrolle todo su potencial[810]. Este artículo señala, además, la necesidad de que, para poder realizar intervenciones inteligentes, exitosas y sostenibles, éstas deben implementarse de manera multisectorial, y ancladas siempre en lo que se ha denominado "*cuidado cariñoso*", "*cuidado nutritivo*" o "*cuidado receptivo*", que hace referencia a esa cualidad de afecto, disponibilidad y apertura hacia el bebé o niño pequeño, imprescindible en las relaciones de cuidado hacia las personas en esta etapa de la vida.

8.1.2.1 Protección al desarrollo temprano en la infancia

El marco del cuidado cariñoso ("*Nurturing Care Framework*") es un modelo de cuidado a la infancia que fue planteado en la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2018, y que busca garantizar la atención a la infancia y su mejor desarrollo desde una perspectiva multisectorial, implicando a todos los agentes que intervienen, directa o indirectamente, en el cuidado de la infancia[811]. Se trata de un modelo de apoyo al desarrollo infantil que plantea la atención "*en tres pasos*". El primer paso es la atención universal (garantizando la atención en todas las etapas perinatales, la inmunización del infante y la promoción de habilidades de cuidado en los progenitores), el segundo está

[809] KALRA, S., SHAH D., "Care Beyond Newborn Survival Including Child Health and Early Childhood Development; Mental and Psychological Health, *Indian Journal of Pediatrics*, 2023.
[810] BRITTO, P.R., LYE, SJ., PROULX, K., YOUSAFZAI, AK., MATTHEWS, SG., VAIVADA, T., PEREZ-ESCAMILLA, R., RAO, N., IP, P., FERNALD, L. CH., MACMILLAN, H., HANSON, M., WACHS, TD., YAO, H., YOSHIKAWA, H., CEREZO, A., LECKMAN, JF., BHUTTA, ZA., & Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee, "Nurturing care: promoting early childhood development, *The Lancet*, vol. 2017389, nº 10064, pp. 91–102.
[811] OMS, UNICEF, World Bank Group, *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.

dirigido a poblaciones de riesgo y el tercero hace referencia a la indicación de apoyos específicos a los niños que presentan discapacidad o problemas en su desarrollo[812].

Uno de los principales pilares sobre los cuales se desarrolla este modelo es el fortalecimiento de las capacidades de los cuidadores para proveer un cuidado cariñoso a los infantes a su cargo. A su vez, esta capacitación se sustenta en tres principios: el cuidado sensible (que hace referencia a la capacidad del cuidador para identificar, entender y responder a las necesidades de su infante), las oportunidades de aprendizaje temprano (oportunidades dentro de sus relaciones cercanas, que incluyen la sonrisa y el contacto ocular, la conversación, las canciones, el juego, contar cuentos…) y el cuidado del cuidador (con especial atención a las mujeres y al malestar emocional que frecuentemente presentan en el periodo perinatal).

Las condiciones actuales para el desarrollo infantil, y su repercusión en salud, constituyen una preocupación de primer orden para los organismos internacionales de salud. Así, UNICEF, en colaboración con la OMS, y en alineamiento con los objetivos en salud infantil, adolescente y de la mujer recogidos en la Agenda 2030, está recopilando los datos disponibles sobre infancia y desarrollo saludable en los distintos países del mundo para generar perfiles que permitan comparar su evolución a lo largo del tiempo, así como la comparación entre los distintos Estados[813]. En 2021, fueron incluidos los perfiles de 197 países (60 de los cuales son países en vías de desarrollo), analizando 42 indicadores distintos, e incluyendo así al 99,8% de la población mundial de niños menores de 5 años. Los indicadores fueron desarrollados en el marco generado por la serie publicada en la revista *The Lancet* acerca del desarrollo temprano infantil ("*Early Childhood Development*") y recogen, además de aspectos demográficos (como la población infantil nacional menor de 5 años, el índice de nacimientos prematuros o el porcentaje de retrasos madurativos en menores de 5 años), los aspectos de un ambiente facilitador, así como los apoyos y servicios que componen el denominado "*Nurturing Care Framework*": la salud, la nutrición, el aprendizaje temprano, el cuidado responsivo y la seguridad.

---

[812] DAELMANS, B., MANJI, SA., RAINA, N., "Nurturing Care for Early Childhood Development: Global Perspective and Guidance", *Indian Pediatrics,* 2021, vol. 58, nº 1, pp. 11-15.
[813] UNICEF y OMS, *Countdown to 2030, Thrive Nurturing Care for Early Chlidhood Development-Country profiles for early childhood development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

En el caso de España, destaca la ausencia de datos disponibles en la mayoría de los indicadores analizados, por lo que no se conoce el estado actual de los mismos a nivel nacional. En el informe, se refiere que "*urge el aporte de datos comparativos*".

8.1.2.2 Guías y recomendaciones de la OMS

Garantizar a las niñas y los niños las condiciones necesarias para que puedan alcanzar su completo desarrollo físico, emocional y social es un derecho humano, y una responsabilidad que atañe no sólo a las personas adultas con menores a cargo, sino a toda la sociedad.

En los primeros años de vida, la familia es el principal agente cuidador de la infancia; requiriendo, no obstante, muchos padres y madres el apoyo de otras figuras o instituciones de cuidado para poder llevar a cabo su función. La OMS publicó en el año 2020 una guía denominada "*Mejorando el desarrollo de la primera infancia*", ya comentada en el Capítulo III, y en la cual se hacen recomendaciones en salud para garantizar el derecho de los niños a un desarrollo temprano saludable, para lo cual resulta imprescindible el apoyo a sus figuras de cuidado[814].

En esta guía, que ya se explicó brevemente, la OMS señala que, para que los niños pequeños alcancen su pleno potencial de desarrollo, resulta esencial la prestación de un cuidado cariñoso, así como garantizar el cuidado de la salud mental de la madre durante los primeros años de vida infantil. Siguiendo esta premisa, la guía ofrece recomendaciones a padres y cuidadores; pero, también, a profesionales sanitarios y a otros profesionales que trabajan en contacto directo con las familias, y proporciona pautas dirigidas a los responsables y líderes políticos para la implementación de políticas de cuidado de la infancia. Dichas recomendaciones pivotan sobre tres ejes fundamentales, que son: proveer a la infancia un cuidado cariñoso, proporcionando a sus padres la capacidad para generar hacia ellos una atención receptiva, e implementar actividades de aprendizaje temprano en los tres primeros años de vida; integrar el cuidado cariñoso a la infancia y el aprendizaje temprano en el periodo de lactancia, como parte de las intervenciones necesarias para garantizar la nutrición óptima de los infantes y los niños

[814] OMS, *Improving Early Childhood Development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

pequeños; e integrar las intervenciones psicosociales y psicológicas de atención a la salud mental perinatal y materna en los servicios de salud y el desarrollo de la primera infancia.

Así, la guía de la OMS sigue el modelo "*Nurturing Care Framework*" y establece que, para alcanzar el máximo potencial de su desarrollo, todos los bebés y niños pequeños deben recibir una atención receptiva, o cuidado cariñoso; y sus padres y el resto de figuras de cuidado deben recibir apoyos especializados para poder brindar dicha atención receptiva. Del mismo modo, todos los bebés y niños pequeños deben tener oportunidades para realizar actividades de aprendizaje temprano en el seno de las relaciones sus padres y cuidadores durante los primeros años de vida, para lo cual, éstos últimos deben recibir apoyo y formación que les permita involucrarse con ellos. Este apoyo debe incluirse en los programas de nutrición óptima de la infancia, y la atención la salud mental materna debe ser también integrada como parte indispensable.

Respecto a la recomendación específica que realiza la OMS sobre la necesidad de implementar intervenciones psicosociales para apoyar la salud mental materna, integrándola en los servicios de salud y de atención al desarrollo infantil, ésta se presenta con una fortaleza de recomendación dentro de la guía catalogada como "*Fuerte*". Señala que, debido a la alta prevalencia de trastorno mental común en las mujeres durante el periodo perinatal (etapa antenatal y postnatal), y la aceptación de la que gozan los programas de atención a estas mujeres, se deben implementar de forma extensa las intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas y durante el periodo postparto. La integración de dichas intervenciones dentro de los programas de atención a la primera infancia podría ser una forma de garantizar una mayor cobertura a estas mujeres.

Además, se recomienda la disponibilidad de servicios de prevención de problemas de salud mental en este grupo de mujeres, además de los servicios de tratamiento e intervención en problemas de salud mental ya existentes. También recomienda que las intervenciones no se limiten al ámbito hospitalario y de la salud, extendiendo este tipo de programas al ámbito laboral y comunitario. Además, indica también que todas las intervenciones revisadas en la guía estaban destinadas a las mujeres embarazadas o que habían sido madres, considerando la necesidad de incluir a los padres como parte interesada en el abordaje para poder intervenir sobre algunos factores relevantes en la

salud mental de la madre y del bebé (como pueden ser la baja implicación parental de los padres en el cuidado de los hijos o la violencia de género en la pareja).

Dentro del anexo II de la guía (que recoge las principales cuestiones examinadas como factores que influyen en el desarrollo de la primera infancia), la pregunta clave V, que valora el papel del apoyo a la salud mental materna en mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente, mediante la intervención psicológica para la ansiedad y depresión, demuestra que se trata de la intervención con mayor influencia en el desarrollo de la infancia. Así, la intervención psicológica en madres con ansiedad o depresión tendría en los niños una influencia crítica respecto de su desarrollo cognitivo, del lenguaje (tanto expresivo como preceptivo), de la motricidad gruesa y fina, en el manejo de dificultades emocionales, en la aparición de ansiedad, e incluso en su salud física, con datos como el peso al nacimiento o el índice de masa corporal ajustado a la edad. Su influencia sería importante, también, en otros aspectos, como la frecuencia del juego, el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, el riesgo de padecer enfermedades y de que sus síntomas sean adecuadamente identificados por sus cuidadores; e, incluso, en la mortalidad neonatal. Por supuesto, la atención psicológica a las madres tendría una influencia importante en sus síntomas de ansiedad y depresivos, así como en la implicación de las madres en el cuidado de sus criaturas.

Cabe señalar que, a pesar de las recomendaciones internacionales de la OMS y del Comité de los derechos del Niño, así como de las numerosas investigaciones que, de forma incesante, están contribuyendo a incrementar la evidencia científica acerca de la importancia del desarrollo en la primera infancia, y su importancia capital a lo largo de la vida, esta etapa continúa sin estar en el foco de las medidas políticas, la inversión económica y las legislaciones protectoras que deberían garantizar las mejores condiciones posibles para el cuidado de los niños en sus primeros años de vida.

8.1.2.3 La maternidad, los cuidados infantiles y la conciliación laboral en nuestro entorno

La necesidad específica de cuidados en la infancia repercute, sobre todo, en las mujeres. Se ha hablado ya, en el Capítulo VII, de la desprotección inicial a la maternidad que generan las licencias maternales recortadas en el tiempo y la falta de medidas eficaces para el mantenimiento de la lactancia materna. Sin embargo, el problema de los cuidados

no se limita a la etapa inmediatamente postnatal, ni la repercusión de la maternidad concluye tras la misma.

Más allá de los tiempos correspondientes a los procesos reproductivos propiamente dichos (gestación, parto, postparto y lactancia), la realidad es que, a día de hoy, y en el entorno social de nuestro país, la maternidad limita las oportunidades personales de las mujeres y, en el ámbito laboral, impone una doble penalización que supone una discriminación de género. Según el informe ISEAK "*Mujer y madre: la doble penalización laboral*" (2021/2):

> "*El mayor impacto en las diferencias laborales se produce con la llegada de las/os hijas/os, momento en el que las diferencias se acentúan de manera notoria. Las diferencias en el acceso a un empleo se disparan principalmente por el abandono laboral de las mujeres al ser madres. No en vano, un 22% de las mujeres que tienen hijas/os menores de 5 años y viven en pareja es inactiva, frente a un 2% de los hombres. El estudio detecta un efecto laboral nulo de la paternidad en el varón.*[815]"

Además, tras la llegada a la maternidad o paternidad, la brecha de intensidad entre ambos géneros se incrementa de manera muy notable, puesto que las madres de hijos menores de 5 años recortan con elevada frecuencia su jornada laboral, aumentando hasta en 10 puntos su tasa de parcialidad (alcanzando una tasa del 28%); mientras que, tras la llegada de los hijos, los padres suelen realizar el movimiento contrario, aumentando su intensidad laboral, con una disminución de la tasa de parcialidad desde un 7% a un 5% en aquellos con hijos menores de 5 años. Según datos del INE del año 2022, 1 de cada 5 mujeres empleadas de 25 a 54 años con hijos a su cargo trabaja a tiempo parcial, proporción muy alejada de la reducción de jornada de hombres con hijos a cargo, de sólo un 4,1%[816]. Así, las mujeres españolas con hijos trabajan 6 veces más a tiempo parcial

[815] DE LA RICA, S., GORJÓN, L., QUESADA, O. "Mujer y madre: la doble penalización laboral". *Informe ISEAK 2021/2*. Disponible en ISEAK: https://iseak.eu/publicacion/mujer-y-madre-la-doble-penalizacion-laboral. (Consultado el 7 de octubre de 2023).

[816] INE. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595. (Consultado el 1 de diciembre de 2023).

que los hombres con hijos, con la consecuente reducción salarial, y de oportunidades de progreso laboral, que esto implica.

El informe ISEAK concluye que, si bien la incorporación laboral de la mujer ha aumentado en los últimos años, la brecha de género respecto al trabajo parcial y horas trabajadas también se ha incrementado de forma notable desde el año 2007, especialmente tras la llegada de los hijos. Esto es, en España, actualmente hay menos mujeres que abandonen el mercado laboral con la maternidad, pero las diferencias de género respecto a parcialidad e intensidad laboral han aumentado sensiblemente.

Es necesario contemplar el problema de la discriminación laboral por razón de maternidad también como un determinante social de salud que deteriora el bienestar, así como la salud mental y física, de las mujeres que la padecen, pero también los de sus hijas e hijos, de dos formas distintas. Por un lado, debido a la repercusión en salud que tienen las condiciones de trabajo y la desigualdad generada en el ámbito laboral a partir de la maternidad, entendiendo que un peor estado de salud materna implica, también, un peor estado de salud infantil. Por otro lado, debido a las dificultades para resolver la conciliación de los cuidados y la actividad laboral, se pueden producir escenarios en los cuales las necesidades infantiles en materia de cuidados (en especial, en lo relativo a los cuidados cariñosos) no se vean adecuadamente satisfechas.

De este modo, las redes de cuidados a la infancia, establecidas como una medida imprescindible para garantizar la no discriminación laboral de la mujer por razón de maternidad en el artículo 11 de la CEDAW, no están suficientemente desarrolladas en nuestro entorno, y su diseño mayoritario, desde un modelo de escolarización educativa precoz, a menudo no responde a la atención de las necesidades específicas de los niños de corta de edad [817]. Un ejemplo de este desajuste a las necesidades infantiles es la *ratio* de niños ("*alumnos*") por profesional en cada aula de infantil. Según el Ministerio de Educación:

> "*En el primer ciclo de Educación Infantil cada Comunidad Autónoma establece la relación numérica alumno/profesor por unidad (ratio). La mayoría de las*

[817] GONZÁLEZ SERRANO, F., TAPIA LIZEAGA, X., "Reflexiones en torno a la escolarización generalizada de los niños de dos años", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 2009, nº 48, pp. 177-186.

administraciones educativas establecen que en las aulas para menores de un año habrá un máximo de 8 niños por unidad, el número de alumnos entre 1 y 2 años oscila entre los 10 y 14 niños, entre los 2 y 3 años, puede haber de 16 a 20 niños por unidad" [818].

Debido a la importancia de los vínculos iniciales que establecen los infantes con sus figuras de apego (en este caso, el educador funciona como una figura de apego secundaria), y a la necesidad de que éste identifique, entienda y responda a las necesidades del infante a su cargo, como ya se ha explicado, es fácilmente comprensible que el cuidado cariñoso y atento a las necesidades infantiles sólo podrá realizarse si el educador está al cargo de un grupo muy reducido de infantes. Esta situación es difícil de conseguir dentro de un sistema educativo que pone a un profesor de infantil a atender de forma individual las necesidades, por ejemplo, de hasta 14 niños de entre 1 y 2 años.

Por tanto, no basta con garantizar la existencia de servicios de cuidado infantil que permita la incorporación laboral de las mujeres que son madres, sino que éstos deben atender, también, a las necesidades específicas de la primera infancia, que tienen una importancia capital en su salud y su desarrollo, y entre las cuales se incluye el cuidado cercano y cariñoso a los niños de corta edad.

8.1.3. Salud mental materna y parentalidad durante la crianza: Más allá de la ausencia de enfermedad

Tradicionalmente, los estudios realizados en las últimas décadas sobre la influencia de la salud mental materna en el desarrollo de la infancia se han centrado, sobre todo, en sus aspectos negativos; esto es, en el impacto perjudicial que los síntomas ansiosos o depresivos, o los estados de estrés y malestar maternal, tienen sobre el desarrollo físico y socioafectivo de sus infantes.

Sin embargo, las revisiones científicas más recientes apuntan a que su vertiente positiva (esto es, la existencia de una buena salud mental materna) constituye un

[818] Web del Ministerio de Educación del Gobierno de España. Disponible en: https://www.educacionyfp.gob.es/en/mc/redie-eurydice/sistemas-educativos/organizacion-y-administracion/ratio-primer-ciclo.html#:~:text=La%20mayor%C3%ADa%20de%20las%20administraciones,a%2020%20ni%C3%B1os%20por%20unidad. (Consultado el día 3 de noviembre de 2023).

constructo independiente, asociado a formas específicas de parentalidad saludable que promueven un mejor ajuste socioemocional y mayores probabilidades de éxito académico en la descendencia. De este modo, algunos autores sugieren la necesidad de incluir el buen estado de salud mental materna como un factor de influencia parental en el desarrollo de la infancia[819].

El modelo "*Nurturing Care Framework*" insiste en que la atención a la primera infancia no puede realizarse únicamente desde los sistemas de salud, sino que debe ser abordada de forma multisectorial, desde muy distintos ámbitos de la sociedad. Sin embargo, los sistemas de salud siguen teniendo un papel importante, que no se limita a la atención de problemas en la salud de los niños y sus madres y padres, sino que debe, también, realizar labores de prevención de enfermedad y promoción de salud mental y desarrollo saludable por medio de la capacitación parental.

8.1.4. Programas de intervención familiar

El apoyo a madres, padres y familias en su rol de cuidadores genera una gran preocupación a nivel de salud pública, y pretende ser una prioridad en políticas internacionales. Pero, pese a la evidencia que señala los beneficios de apoyar a las madres (y, de forma extensa, a las familias) en los procesos de crianza, y las recomendaciones de la OMS de establecer programas de intervención psicosocial sobre la población de mujeres embarazadas y madres con hijos pequeños, integrados en los servicios de salud, pero también en ambientes comunitarios, la realidad es que la aplicación de los programas de parentalidad está muy limitada, y la evaluación sobre su eficacia a largo plazo resulta todavía insuficiente. Las revisiones cualitativas apuntan a que estos programas (que son coste-efectivos) sí podrían generar cambios mantenidos en los estilos de parentalidad, facilitando en los padres el desarrollo de una mayor sensibilidad hacia las necesidades de sus hijos, aumentando la flexibilidad y suponiendo un espacio de contención y apoyo a las familias, incluso después de la finalización de los programas[820].

[819] PHUA, DY., KEE, MZL., MEANEY, MJ., "Positive Maternal Mental Health, Parenting, and Child Development", *Biological Psychiatry*, 2020, vol. 87, nº 4, pp. 328-337.
[820] BUTLER, J., GREGG, L., CALAM, R., WITTKOWSKI, A., "Parents' Perceptions and Experiences of Parenting Programmes: A Systematic Review and Metasynthesis of the Qualitative Literature", *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2020, vol. 23, nº 2, pp. 176-204.

8.1.4.1 Programas de intervención familiar sobre familias en las que existen problemas de salud mental

La mayoría de los programas de parentalidad estudiados científicamente trabajan con poblaciones en las que ya existen problemas de salud mental (en las madres y padres, o en los menores). Los trastornos mentales en las figuras parentales son un importante motivo de preocupación en salud pública, debido a su repercusión en el bienestar de la familia y en el desarrollo de los hijos. La denominada "*Práctica focalizada en la familia*" (FFP, de sus siglas en inglés "*Family-focused practice*"), pretende aproximarse a las familias, entendiéndolas como una unidad, para garantizar los cuidados necesarios, proveerlas de oportunidades y mitigar los riesgos significativos asociados a las dificultades parentales en el ámbito de la salud mental[821].

Del mismo modo, han aumentado las publicaciones sobre programas de intervención con padres y madres a cargo de menores con discapacidad intelectual o con trastornos del desarrollo[822]. También existen publicaciones acerca de programas de atención a madres y padres con hijos con trastornos de conducta en la infancia, si bien estos suelen aplicarse en familias con hijos mayores de 3 años[823].

8.1.4.2 Programas de intervención psicosocial en padres y madres

Existe una amplia variedad de programas y modelos de intervención parental en los primeros años de vida, que, si bien son bastante bien aceptados en las comunidades en las que son implantados, y han demostrado resultados con una evidencia de grado intermedio, no han sido suficientemente estudiados a largo plazo, ni han demostrado clara evidencia unos sobre otros.

---

[821] TUCK, M., WITTKOWSKI, A., GREGG, L., "A Balancing Act: A Systematic Review and Metasynthesis of Family-Focused Practice in Adult Mental Health Services", *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2023, vol. 26, nº 1, pp. 190-211.

[822] RUANE, A., CARR, A., MOFFAT, V., "A qualitative study of parents' and facilitators' experiences of Group Stepping Stones Triple P for parents of children with disabilities", *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2019, vol. 24, nº 4, pp. 694-711; RUANE, A., CARR, A., MOFFAT, V., FINN, T., MURPHY, A., O'BRIEN, O., GROARKE, H., O'DWYER, R., "A randomised controlled trial of the Group Stepping Stones Triple P training programme for parents of children with developmental disabilities", *Clinical Child Psychology and Psychiatry,* 2019, vol. 24, nº 4, pp. 728-753.

[823] FURLONG, M., MCGILLOWAY, S., BYWATER, T., HUTCHINGS, J., SMITH, SM., DONNELLY, M., "Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, nº 2, CD008225.

La mayoría de las intervenciones buscan promover un estilo de apego seguro del infante con sus figuras de cuidado. Dado que el establecimiento de la seguridad en el apego está mediado, entre otros factores, por la sensibilidad parental a las señales de estrés o malestar del menor, muchas de las intervenciones trabajan, precisamente, en mejorar la sensibilidad parental para promover una mayor receptividad a las necesidades de sus hijos.

Para ello, se han empleado técnicas muy diversas, como el "*video-feedback*" en menores de 5 años (se graban interacciones de las madres y los padres con sus hijos y luego se analizan conjuntamente con el terapeuta, fortaleciendo aquellas respuestas adecuadas a las señales del menor)[824], o los programas de psicoterapia progenitor-infante (PIP, por sus siglas en inglés "*Parent-infant psychotherapy*")[825].

En los programas de PIP, la intervención se realiza sobre la díada, trabajando de forma conjunta con el progenitor (generalmente, la madre) y el infante (habitualmente, menor de 2 años), bajo la premisa de que la mejora de la relación progenitor-infante promueve un desarrollo infantil más saludable. Los programas de PIP trabajan sobre la visión que la madre está teniendo de su hijo, ya que ésta puede interferir en sus percepciones y sus experiencias relacionales con el mismo, repercutiendo, en última instancia, en la relación entre ambos. Sin embargo, la PIP no ha demostrado resultados superiores que otros modelos de intervención. Las intervenciones psicosociales parentales en formato grupal han demostrado aumentar el bienestar a corto plazo de los padres y las madres, si bien no han demostrado que dichos beneficios se mantengan a largo plazo[826].

Es interesante la propuesta que realiza la OMS de integrar la atención a la salud mental materna dentro de los programas de nutrición óptima del lactante y el niño pequeño, no sólo por su significado (a fin de cuentas, una relación receptiva y cariñosa al

[824] O'HARA, L., SMITH, ER., BARLOW, J., LIVINGSTONE, N., HERATH, NI., WEI, Y., SPRECKELSEN, TF., MACDONALD, G., "Video feedback for parental sensitivity and attachment security in children under five years", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, vol. 11, nº 1, CD012348.

[825] BARLOW, J., BENNETT, C., MIDGLEY, N., LARKIN, SK., WEI, Y., "Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, vol. 1, nº 1, CD010534.

[826] BARLOW, J., SMAILAGIC, N., HUBAND, N., ROLOFF, V., BENNETT, C.," Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, nº 5, CD002020.

niño es una relación "*nutritiva*", en términos de afecto), sino por la estrecha relación que existe entre la vinculación afectiva saludable y el éxito en la lactancia materna.

Los problemas de salud mental materna subyacen bajo muchas de los fracasos en la instauración o mantenimiento de la lactancia, así como en su abandono precoz. Se ha demostrado, además, que la asociación entre la lactancia materna y la salud mental materna es bidireccional: la lactancia materna actúa como un factor protector frente a la aparición de problemas afectivos en las madres, y la buena salud mental materna favorece la instauración de la lactancia. Por ello, es fundamental considerar ambos factores a la hora de implementar intervenciones destinadas tanto a mejorar las tasas de lactancia materna, como a mejorar la salud mental materna.

Una reciente revisión sistemática señala que las intervenciones de apoyo a las madres caracterizadas por su trato individualizado a las mujeres, su extensión a lo largo de todo el periodo perinatal y su abordaje multidisciplinar (por parte de profesionales de la salud mental, especialistas en lactancia y apoyo en grupos de madres) son exitosas en la mejora de las tasas y la duración de la lactancia materna, así como en la salud mental materna. Los beneficios demostrados apuntan a la necesidad de continuar implementando este tipo de intervenciones en la atención a las madres y a sus bebés[827].

El apoyo a la salud mental materna para promover un desarrollo saludable en la primera infancia pasa, de manera principal, por cuidar y apoyar a las madres desde un punto de vista psicosocial, para que éstas, a su vez, puedan cuidar a sus hijas e hijos. Este sostén no debe ser meramente económico (aunque, lógicamente, es un factor a tener en cuenta), tal y como señalan las investigaciones al respecto. Un estudio realizado en Haití, con encuestas a madres que habían decidido abandonar a sus hijos en instituciones frente a aquellas que no lo habían hecho, con la hipótesis de que la pobreza era el principal factor determinante de abandono infantil, demostró que el factor con mayor asociación no era

[827] PEZLEY, L., CARES, K., DUFFECY, J., KOENIG, MD., MAKI, P., ODOMS-YOUNG, A., CLARK WITHINGTON, MH., LIMA OLIVEIRA, M., LOIACONO, B., PROUGH, J., TUSSING-HUMPHREYS, L., BUSCEMI, J., "Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review", *International Breastfeeding Journal*, 2022, vol.17, nº 1, p. 67.

la pobreza económica, sino la falta de acceso a la educación, así como la ausencia de soporte social, y una mala salud mental materna[828].

Nuevamente, la atención a la salud mental materna se revela como un pilar fundamental para proteger las relaciones madre-hijo y maximizar un desarrollo saludable de la primera infancia, más allá de las mejoras, indiscutiblemente necesarias, en la situación económica de las mujeres que son madres. En los estudios mencionados realizados sobre mujeres haitianas que se separaban de sus hijos, éstas presentaban ratios significativamente superiores de Trastorno por Estrés Postraumático que aquellas que no se separaban, además de una peor calidad de vida.

8.2 Derechos humanos en la etapa de crianza infantil

Como ya se ha señalado con anterioridad, los bebés e infantes gozan igualmente de su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocido en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño.

Para el cumplimiento de este derecho, la Convención reconoce la obligación de los Estados Partes, en el aparatado 2 epígrafe e), de:

> "*Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos*"

Y, en el epígrafe f), señala también la obligación de: "*Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia*".

El artículo 27 de la Convención de los derechos del Niño recoge el derecho de todo niño "*a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social*". Y en su apartado 3, señala que:

[828] ASHLEY, J., JOHNSON, A., WOLDU, H., KATZ, CL., "Factors Contributing to Maternal-Child Separation in Port-Au-Prince, Haiti", *Annals of Global Health*, 2019, vol. 85, nº 1, p.136.

"*los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda*".

Además, el artículo 9 de la Convención de los derechos del Niño recoge que éste no será separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, de conformidad a la ley, se determine que dicha separación es necesaria en el interés superior del niño.

Por su parte, la CEDAW, en su artículo 5, insta a modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres para eliminar cualquier forma de prácticas consuetudinarias basadas en la idea inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos, así como eliminar las funciones estereotipadas de hombres y mujeres al tiempo que, en su apartado 2, recoge la importancia de garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social. Esto es, reconoce el valor de la función social materna, así como la responsabilidad común de hombres y mujeres en la educación y el desarrollo de sus hijos. Además, expresamente señala, en su artículo 4.2, que la adopción de medidas especiales encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria

Pero también se reconoce en el artículo 11 de la CEDAW el derecho de las mujeres a la igualdad en el ámbito laboral, así como la obligación de los Estados Partes de generar servicios sociales de apoyo que permitan a los padres combinar las obligaciones familiares con las responsabilidades laborales y la participación en la vida pública. Especialmente, señala la necesidad de fomentar redes de servicios destinados al cuidado de la infancia.

Por su parte, la OMS, en su guía "*Mejorando el desarrollo en la infancia temprana*" ("*Improving Early Childhood Development*"), del año 2020[829], ha realizado recomendaciones para proteger y garantizar los máximos niveles posibles de salud y de desarrollo en la infancia, incluyendo en las mismas, sobre todo, a madres y padres, pero

[829] OMS, *Improving Early Childhood Development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

también a terceros cuidadores, personal sanitario y educativo, gobernantes y generadores de políticas sociales y familiares.

8.2.1 Desatención a la salud mental materna: Falta de adherencia a las recomendaciones de la OMS en salud mental perinatal

Mujer de 36 años que acude a su médico de familia por ánimo decaído, dificultades en la concentración, inquietud, insomnio y falta de apetito de dos meses de evolución. Ha perdido cinco kilogramos de peso en ese periodo. No tiene ideación autolítica activa, aunque últimamente se ha encontrado fantaseando con "*desaparecer*". Vive en pareja, y tiene un bebé de 9 meses, con el que mantiene lactancia materna junto a alimentación complementaria. Trabaja como dependienta en una gran superficie comercial, con trabajo a turnos cuya planificación le notifican de manera quincenal, situación que le está dificultando la organización familiar de los cuidados de su bebé.

Su médico de cabecera identifica un episodio depresivo en periodo postparto y deriva a la paciente para valoración por psiquiatría en su centro de salud mental de referencia.

La paciente es atendida en psiquiatría casi tres meses después. Refiere empeoramiento afectivo, con marcada tristeza, llanto frecuente, y evolución negativa del insomnio. Se encuentra muy irritable con su hijo, sobre todo cuando éste llora y cuando se despierta por las noches. De camino al trabajo, se ha imaginado en varias ocasiones saltando a las vías del Metro para acabar con su vida, si bien realiza crítica de estas ideas y piensa que no sería capaz de hacerlo, sobre todo por su hijo.

El psiquiatra realiza el diagnóstico de episodio depresivo moderado e indica iniciar tratamiento antidepresivo con el fármaco venlafaxina y ansiolítico con una pauta de lorazepam. Hace recomendación de retirar la lactancia materna debido a su administración, señalando que su hijo tiene prácticamente un año cumplido y "*ya no necesita tomar pecho*". Da recomendaciones generales de hábitos de vida saludable (hacer ejercicio físico moderado, evitar café u otras bebidas excitantes, mantener rutinas favorables del sueño) sin considerar el momento vital de maternidad de la mujer. No explora la relación de la madre con su hijo, ni el apoyo social percibido por ésta. No

realiza derivación para ser atendida por parte de psicología. Deja cita de seguimiento en un mes para evaluar la efectividad del fármaco antidepresivo prescrito.

El presente caso es representativo de las prácticas inadecuadas en la atención a la salud mental materna que, en muchos casos, se mantienen por parte de nuestro sistema de salud, sin atender a las recomendaciones de la OMS en materia de salud mental perinatal.

En primer lugar, no se sigue el modelo recomendado de atención secuencial por pasos propuesto por la OMS. Desde el escalón del centro de Atención Primaria no se realizan intervenciones de apoyo psicosocial, que son siempre las primeras a realizar en toda mujer en etapa perinatal. Aunque se exploran algunos determinantes sociales de salud, como el trabajo a turnos y la dificultad para los cuidados, no se busca activar el apoyo social de la mujer, no se explora el apoyo que recibe por parte de su pareja, si cuenta con familia extensa que pueda apoyarla, y no se le ofrece información sobre grupos de maternidad o de mujeres.

No se siguen, tampoco, las recomendaciones de la OMS en el modo asistencial. Pese a tratarse de un caso inicialmente leve-moderado, la atención a la salud mental que se le ofrece no es integrada con los servicios de salud materno-infantil, sino que la mujer es derivada a un dispositivo de salud mental, y no es atendida por un profesional de psicología (situación preferible según la OMS en estos casos), sino por un psiquiatra, que, además, no cuenta con formación específica en salud mental perinatal o materno-infantil. Se produce una demora de 3 meses en la evaluación especializada de la paciente.

Cuando por fin se produce, la evaluación psiquiátrica no contempla los aspectos fundamentales de la relación madre-bebé, imprescindibles en la atención perinatal, ni explora para identificar y posteriormente abordar los determinantes sociales de salud que están repercutiendo negativamente en la salud mental de la mujer. De nuevo, no se realizan intervenciones psicosociales. No se ofrece tratamiento psicológico, de primera elección en la atención perinatal, según recomienda la OMS. En la prescripción farmacológica, no se contempla la protección de la lactancia, que, de hecho, el psiquiatra desincentiva, sin tomar en cuenta los deseos y preferencias de la madre, y de forma contraria a las recomendaciones de la OMS sobre lactancia materna y a la evidencia existente de los beneficios de la lactancia materna en los episodios depresivos. Se ofrecen

recomendaciones de hábitos de vida no ajustadas al momento del ciclo vital de la mujer, que está inmersa en la crianza temprana.

Esta inadecuación de la atención a la salud mental materna (parte, en definitiva, del derecho a la salud) a las recomendaciones de la OMS supone comprometer y poner en riesgo el derecho de las mujeres a recibir una atención en salud apropiada en la etapa postnatal, cuyo reconocimiento en los Tratados internacionales de derechos humanos relativos las mujeres y a los niños ya ha sido reiteradamente señalada.

8.2.2 La falta de atención a la salud materna repercute en la salud de sus hijos

Madre de un menor de 20 meses de edad al que lleva a Urgencias en tres ocasiones a lo largo de una misma semana refiriendo haber percibido "*movimientos anormales de la cabeza*" en el menor, sin que en la observación en el servicio de urgencias pediátricas se detecten dichos movimientos. No obstante, se insiste en realizar seguimiento con pediatra de zona. La pediatra del centro de salud tampoco encuentra datos clínicos de alarma, pero cursa derivación a neuropediatría para estudio. Tras realizar historia del neurodesarrollo completa del menor, sin detectarse anomalías en la misma, así como exploración neurológica infantil, que resulta rigurosamente normal, se considera indicado realizar una resonancia magnética y un electroencefalograma de 24 horas para descartar posible existencia de crisis epilépticas.

Las pruebas complementarias resultan también normales. En la devolución diagnóstica ofrecida por la profesional neuropediatría, explicando la ausencia de hallazgos clínicos, funcionales y de imagen, la madre rompe a llorar. Pregunta: "*Entonces, ¿por qué estoy tan agobiada de que a mi hijo le esté pasando algo? Estoy convencida de que tiene una enfermedad grave que no conseguís diagnosticar*".

La neuropediatra explora el inicio de estas preocupaciones, así como sobre el estado afectivo de la madre. Ésta relata pérdida gestacional previa al embarazo de su hijo, en semana 12, a raíz de haber contraído una infección por toxoplasmosis. Cuenta que el embarazo de su hijo tuvo lugar tres meses después de la pérdida y que a partir de ese momento comenzó con preocupaciones obsesivas "*me obsesioné con lo que comía, estaba convencida de que iba a volver a contagiarme y que iba a perder al bebé*"; e inició conductas compulsivas de restricción alimentaria y limpieza excesiva de alimentos,

refiere que no ganó peso en el embarazo ("*llegué a perder cinco kilos en el primer trimestre*"); esto es, desarrolló un trastorno obsesivo compulsivo, con elevada angustia asociada, que no fue detectado y por el que no recibió tratamiento. Explica que tras el parto "*la situación mejoró, aunque yo seguía pensando que mi bebé iba a tener alguna enfermedad, pero todos me decían que el niño estaba estupendamente*". Afectivamente se encontraba mejor, y las preocupaciones por la salud de su hijo no le interferían con el cuidado del mismo ni con su vida cotidiana.

En los últimos dos meses, sin embargo, la mujer ha comenzado a encontrarse nuevamente muy angustiada, convencida de que a su hijo "*le pasa algo grave*", y ha empezado a percibir "*movimientos anormales, aunque en la escuela infantil y en mi familia todos dicen que ellos no han visto nada*". Al ser preguntada por posibles factores estresores, explica que su pareja, que trabaja en una empresa ferroviaria, ha sido trasladado durante tres meses al extranjero por motivos laborales. Existe una coincidencia temporal entre la notificación de este traslado y la exacerbación del cuadro obsesivo-compulsivo materno, que parece haberse agravado a raíz de que el padre haya tenido que viajar fuera del país.

La neuropediatra tranquiliza a la madre sobre la salud del niño y la remite a salud mental de zona, donde es atendida, de forma preferente, un mes después.

Este caso es representativo de la continuidad de los estados mentales a lo largo del periodo perinatal, y de cómo la falta de atención al estado mental materno asociado a pérdidas gestacionales, así como la ausencia de detección de problemas de salud mental durante el embarazo, pueden cronificarse en la etapa postnatal y condicionar el vínculo que la madre establece con su hijo y la percepción materna del mismo.

En este caso, se observa una falta de seguimiento de las recomendaciones de la "*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantiles*", tal y como se acaba de mencionar, en la exploración del estado mental de la mujer tras una pérdida gestacional, y en el adecuado cribado de problemas mentales en el embarazo. La mujer desarrolló un TOC en el embarazo que no fue identificado por sus proveedores de salud, de forma que no pudo ser correctamente atendida, y que remitió parcialmente de forma espontánea tras el parto.

La exacerbación del cuadro, en relación a estresores sociales (pérdida temporal de apoyo en la crianza por viaje laboral de su marido), ha tardado, también, en ser identificada, pese a los múltiples contactos que la mujer ha establecido con el sistema de salud (asistencia recurrente al servicio de urgencias pediátricas, visita a su pediatra de cabeza, visitas a neuropediatría). Entre tanto, el niño ha sufrido la angustia de su madre, las visitas médicas y la realización de pruebas complementarias, que podrían haberse evitado si se hubiera explorado previamente el estado mental de la madre. El acceso materno a un recurso específico de salud mental no se produce, por tanto, hasta casi dos años después del parto, y tras prácticamente tres años desde el inicio del trastorno obsesivo-compulsivo.

Así, se observa un compromiso del derecho al disfrute del máximo nivel de salud posible del menor, por no haber garantizado el cumplimiento de las medidas recogidas en su artículo 24.2 acerca de la correcta atención sanitaria materna pre y postnatal para garantizar este derecho. La mujer también ha visto comprometido este derecho propio a la atención sanitaria adecuada y sin discriminación en la etapa pre y postnatal, recogido en el artículo 12.1 y 2 de la CEDAW.

8.2.3 Un niño que estuvo confinado: La desatención parental sobre la que el Estado no actuó en la pandemia

Niño de 30 meses de edad que es derivado en septiembre de 2021 a la consulta de psiquiatría infantil desde la de neuropediatría por sospecha de trastorno en el neurodesarrollo. El niño presenta un lenguaje verbal muy limitado (entorno a diez palabras que no combina entre sí), y dificultades en la interacción social a la hora de modular la mirada o devolver la sonrisa, e intensas conductas de autoestimulación (se chupa el dedo de manera continuada), con algunas estereotipias motoras aisladas.

La madre relata un desarrollo con hitos conseguidos en rango de la normalidad hasta el año de edad, cuando estalló la pandemia de COVID-19, con una situación muy dificultosa en los cuidados. La madre explica que, dado que el padre es médico, decidieron que se trasladara a un hotel para sanitarios para prevenir contagios. Ella, por su parte, se confinó en el domicilio familiar con el niño, de un año de edad, pero debía mantener largas horas de teletrabajo que, en ocasiones, superaban las 10 horas al día, dado

que trabaja por objetivos y los proyectos en los que estaba involucrada se complicaron a raíz de la situación mundial. Explica que el cuidado del niño era incompatible con su actividad laboral, por lo que empezó a emplear las pantallas para distraerlo. Reconoce que el niño llegaba a estar de seis a ocho horas al día visualizando pantallas. Explica, además, que lo empezó a notar muy inquieto e irritable, se mordía la mano y corría dando vueltas alrededor de la mesa del salón; por este motivo, intentó sacarlo a la calle, por si la actividad en el exterior le ayudaba a tranquilizarse. La salida de los niños a lugares públicos estaba prohibida en el Real Decreto, y la madre explica que, tras la tercera vez que lo sacó, dejó de hacerlo, porque empezaron a gritarles e insultarles desde la ventana, y el niño se asustó mucho.

Explica que fueron meses muy difíciles también para ella, que tuvo varias crisis de ansiedad, presenciadas por su hijo pequeño. Sentía que no podía ocuparse de su hijo, cumplir con su trabajo y encargarse además de las tareas de la casa ella sola. Además, tenía mucho miedo por la salud de su marido. No dormía bien y a menudo rompía a llorar sin razón aparente. Su marido no regresó al domicilio familiar hasta mediados de mayo; a partir de aquel momento, las cosas mejoraron. Cuando escolarizaron al niño en la guardería, en septiembre de 2020, su profesora les alertó de que había algunas señales de que su desarrollo no estaba siendo adecuado, pero la consulta específica con el especialista en neuropediatría se demoró casi un año, dada la limitación de las evaluaciones presenciales.

La madre reconoce que en ese tiempo continuó usando mucho las pantallas, cuenta que "*se pone muy nervioso*" cuando quiere verlas y no lo consigue, llegando a autolesionarse golpeándose la cabeza contra el suelo y mordiéndose la mano. Desde que lo evaluaron en neuropediatría y fue reconducido para recibir Atención Temprana, hace cuatro meses, percibe que el niño ha mejorado mucho. Dice que en el último mes ha retirado del todo las pantallas, después de que la terapeuta se lo insistiera, y lo ha notado mucho mejor. No sabe bien qué le sucede a su hijo, le han hablado de un posible Trastorno del Espectro Autista, pero ella se siente muy culpable de los problemas que presenta.

No cabe señalar una asociación directa causa-efecto entre el confinamiento y el desarrollo de un Trastorno del Espectro Autista, pero sí es conocido que algunos factores

ambientales en la primera infancia (como una exposición excesiva a las pantallas, y una escasa estimulación social) impactan negativamente en el neurodesarrollo.

La desatención social y legislativa a las necesidades básicas de la infancia quedó de manifiesto en la pandemia de COVID-19. En el Real Decreto que regulaba el Estado de Alarma se recogió el derecho de las mascotas (los perros) a salir a la calle en breves periodos de tiempo, pero se negó este mismo derecho a los niños, desatendiendo su necesidad básica de movimiento al aire libre[830]. Así, las estrictas restricciones de movimientos privaron a la infancia, por un lado, de su derecho esencial y específico a su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, recogido en el artículo 27 de la Convención de los derechos del Niño, y afectaron, por otro, a su derecho a la educación, recogido en el artículo 28 de la Convención[831]. Además, las restricciones privaron a muchos menores (sobre todo, en zonas urbanas y residentes en pisos o en viviendas sin espacios propios al aire libre) del juego psicomotor, que es una herramienta fundamental para su desarrollo, contraviniendo también, en parte, al artículo 31 de la Convención de los derechos del Niño, que reconoce su derecho al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

La regulación establecida de emergencia frente a la pandemia tampoco contempló la necesidad continuada de cuidados de los infantes por parte de un adulto responsable dedicado a ellos. Aunque se decretó el cierre presencial de escuelas y guarderías, no se financió que los cuidados infantiles pudieran ser ejercidos por parte de sus madres y padres, que, en la mayoría de los casos, debieron seguir trabajando (de forma presencial, en los trabajos esenciales, y de manera telemática en el resto), generando situaciones de abandono dentro del domicilio de muchos de estos menores.

Esto también fue contrario al mencionado derecho artículo 27 de la Convención de los derechos del Niño, sobre su derecho a su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, en cuyo epígrafe 3 se recoge que los Estados Partes deberán adoptar "*medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar*

[830] BOE nº 67, de 14 de marzo de 2020: 25390-25400. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. 2020. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463 (Consultado el 9 de abril de 2022).
[831] Convención de los derechos del Niño.

efectividad a este derecho". Además, la situación de confinamiento pudo limitar la detección temprana de los problemas de desarrollo de este menor, así como su acceso precoz a los necesarios servicios de Atención Temprana, comprometiendo su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, recogido también en el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño.

Por último, cabe recoger que la situación de pandemia generó un importante desgaste de la salud mental poblacional (especialmente, de los trabajadores sanitarios y sus familias), que, en el caso de la salud mental materna, conocemos que puede impactar de manera negativa en el desarrollo de sus hijas e hijos, sobre todo en edades preescolares.

En este caso, se observa la escasa atención que la infancia y la maternidad y paternidad reciben de las políticas públicas, incluyendo situaciones de máxima emergencia, como fue la pandemia de COVID-19. Este niño vio mermada su estimulación social y desatendidas algunas de sus necesidades específicas, debido a la ausencia de auténticas medidas de conciliación familiar se vio inadecuadamente expuesto a pantallas, y la menor asistencia sanitaria presencial retrasó la identificación y la intervención sobre sus dificultades del desarrollo. Sus padres tampoco recibieron apoyo y capacitación para poder ofrecerle un cuidado cariñoso siguiendo el modelo de "*Nurturing Care Framework*". De este modo, queda ejemplificado cómo las políticas sociales y laborales poco respetuosas con la maternidad y la crianza tienen efectos negativos en la salud de la infancia, comprometiendo su derecho a la atención de los problemas de salud y a alcanzar el máximo potencial de desarrollo.

8.2.4 "*¿Esto es conciliación*?": La discriminación laboral por razón de maternidad

Mujer de 41 años que acude a su médico de cabecera por ansiedad y síntomas depresivos, que pone en relación con conflictividad en su entorno laboral. Explica que trabaja como administrativa en una empresa desde hace ocho años, con satisfacción moderada en su trabajo y ambiente que define como "*agradable*" hasta hace dos años y medio, cuando se convirtió en madre de su primer hijo. Relata que, a las tres semanas de nacer, su hijo presentó una bronquiolitis grave por la cual requirió ingreso en UCI pediátrica durante dos semanas. Desde entonces, el niño ha tenido multitud de episodios

graves de bronquiolitis, con infecciones respiratorias y broncoespasmos de repetición, no tan graves como aquel primer episodio, pero que han requerido ingreso en planta de pediatría hasta en siete ocasiones.

Explica que, por este motivo, en cuanto el niño tiene algún proceso respiratorio leve, le avisan de la escuela y debe quedarse en casa. En el trabajo le ponían muchas trabas para conciliar esta situación, por lo que optó por solicitar una reducción de jornada que, si bien le concedieron sobre el papel (con la sustracción proporcional de sueldo), no se ha traducido, en la práctica, en una reducción de la cantidad de trabajo, por lo que muchas veces debe quedarse más allá de su hora, o llevarse tareas a casa. Además, hasta en dos ocasiones en las cuales le llamaron alarmados desde la escuela infantil, su jefe le impidió salir a buscar al menor bajo amenaza de despido por abandono de puesto laboral, yendo finalmente el padre a recogerlo (también con dificultades en su propia empresa). Refiere que, en los últimos dos meses, y tras un ingreso de tres días en pediatría (por el cual se ausentó de manera justificada de su puesto laboral, por ingreso de familiar directo), las coacciones sobre ella se han incrementado, con malas palabras, amenazas veladas y una evidente sobrecarga de tareas laborales. La mujer explica que piensa que la están presionando para que abandone el trabajo sin que le tengan que financiar el despido.

La conciliación laboral y familiar es una de las principales dificultades a la que se enfrentan las madres y los padres, máxime cuando los menores padecen algún problema de salud que requiere atenciones o cuidados específicos. En este caso, se observa la evidente desprotección que pueden llegar a padecer los infantes con necesidades específicas para la atención de su salud, cuyos cuidados aparecen totalmente delegados en una madre que, lejos de encontrar medidas de conciliación laboral, se enfrenta a una discriminación por maternidad en su entorno de trabajo, llegando a sufrir, incluso, coacciones y acoso laboral.

Primeramente, cabe valorar la discriminación por razón de maternidad que está sufriendo la mujer del presente supuesto en su entorno laboral, contraria a la CEDAW que, en su artículo 11, recoge la obligación de los Estados Partes de eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo.

En este escenario, se produce no sólo la desatención de las necesidades de salud de su hijo (que requiere acompañamiento y cuidados por parte de su madre, y de su padre,

durante sus episodios de enfermedad o ingreso hospitalario), sino un deterioro de la salud mental de la madre por el cual requiere atención médica.

La relación entre el trabajo y la salud es innegable, y ha sido objeto de multitud de estudios científicos, además de un largo articulado legislativo que busca proteger y garantizar la salud de los trabajadores. Sin embargo, no se ha considerado al mismo nivel las repercusiones que el trabajo de sus madres y padres puede tener en la salud de su progenie. La díada madre-infante (que persiste a lo largo de la primera infancia, aunque con una dependencia de menor intensidad que en el primer año de vida), implica que los estados emocionales de la madre tienen una resonancia directa en los infantes. Así, el acoso laboral puede cobrarse más víctimas de las apreciables a primera vista, y la psicopatología padecida por los progenitores en un contexto de conflictividad laboral puede tener una repercusión negativa directa en la salud mental y física de sus hijos, máxime, en las primeras etapas de la vida.

Por lo tanto, resulta imprescindible considerar los daños psicofísicos ampliados a la infancia consecuencia de las acciones sufridas por sus madres y padres en el entorno laboral.

Se debe resaltar también que impedir a los padres ejercer sus funciones parentales en una situación problemática de salud del menor compromete el artículo 24 de la Convención de los derechos del Niño, que recoge "*su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud*"; este artículo señala la obligación de los Estados Partes de "*asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios*".

8.2.5 "*Demasiado mayor para el pecho*": Malas prácticas en la atención sanitaria en situación de lactancia materna prolongada

Mujer de 26 años que acude al servicio de Urgencias hospitalarias por aparición abrupta de una reacción alérgica cutánea generalizada. Tras el juicio clínico del médico de urgencias, y antes de que éste le paute tratamiento farmacológico, ésta indica que mantiene lactancia materna, para que lo tenga en consideración de cara a la elección farmacológica. El médico pregunta la edad de su bebé; y, cuando ella refiere que su hijo

tiene 18 meses, éste le responde que "*el niño ya es muy mayor*", y que él no le puede pautar el fármaco antihistamínico que pensaba indicarle ("*polaramine*") si no abandona la lactancia, recomendándole encarecidamente que la suspenda de manera inmediata. La mujer decide consultar en una web específica de lactancia ("*e-lactancia*"), donde figura que el fármaco loratadina es de bajo riesgo en la lactancia, pudiendo administrarse; y le transmite dicha información al médico. El médico contrasta dicha información y, finalmente, le prescribe loratadina, pero en el informe de alta añade que dicha prescripción se realiza "*bajo la responsabilidad de la paciente, que ha rechazado el tratamiento farmacológico recomendado por el médico facultativo*".

Este caso refleja la confluencia de malas prácticas en la atención a las mujeres lactantes.

Por una parte, destaca el desconocimiento y la falta de formación de profesionales de la salud respecto a la lactancia y el empleo de fármacos en este periodo. Esto es un ejemplo de mala *praxis* médica.

Así, se realiza una indicación médica de destete, en contra de los deseos de la madre, sin una justificación clínica real para proceder al mismo. Además de ser contrario a la evidencia científica y a las recomendaciones de la OMS (que defiende el mantenimiento de la lactancia materna complementaria al menos hasta los dos años de edad, siempre que la madre y el niño lo deseen), supone un trato discriminatorio en la atención sanitaria por razón de maternidad, dado que no se está dando una atención adecuada a la mujer por motivo de encontrarse en un momento específico de su ciclo vital y reproductivo (maternidad en periodo de lactancia materna). Y se añade que este trato discriminatorio se dispensa sin escuchar los deseos y las preferencias de la madre.

Además, se realiza un juicio negativo de una decisión maternal, con una vivencia de descalificación que ésta sufre por mantener la lactancia materna, que puede desencadenar vivencias de culpa, cuestionamiento y menosprecio en la mujer, y que es contrario a la dignidad y el respeto humanos básicos, que deben regir siempre en la atención sanitaria.

Todo ello supone un trato irrespetuoso hacia la mujer en un proceso de atención a la salud, menoscabando, además, sus vivencias de competencia materna. En resumen, se

trata de un ejemplo de discriminación contra las mujeres en la atención a la salud, contraria al artículo 12 de CEDAW, que obliga a la eliminación de toda forma de discriminación a las mujeres en la atención sanitaria.

De nuevo, se pone de manifiesto la importancia de generar cambios de actitudes y valores en las instituciones sanitarias hacia las mujeres y hacia la maternidad, así como de garantizar la formación continuada de los profesionales de salud en materia de salud perinatal y crianza.

Pero, además, demuestra la necesidad de generar mecanismos intensos de supervisión y monitorización que permitan identificar los fallos en la aplicación de normativas y protocolos, y verificar la adecuada adherencia a las recomendaciones internacionales en la atención a la salud materna a nivel de los propios profesionales sanitarios.

8.2.6 "*Y yo, ¿cómo desteto?*": La desatención al destete del sistema sanitario

Mujer de 39 años que contrata el servicio de una asesora de lactancia privada por malestar respecto al destete. Refiere que tiene una hija de 26 meses de edad con la cual ha mantenido la lactancia materna complementaria de manera gozosa hasta hace un mes y medio; cuando, según explica la mujer, ella ha comenzado a sentirse incómoda con la misma. Explica que últimamente se siente muy cansada y piensa que necesitaría retirar las tomas nocturnas, que aún mantiene la niña, para garantizar su descanso. Además, refiere que la vivencia de unión con su hija que antes tenía con la lactancia ahora la experimenta como una invasión de su cuerpo. Ha intentado iniciar el destete progresivamente, pero se está encontrando con muchas dificultades, ya que la niña muestra elevada irritabilidad cuando ella le niega el pecho, llora e incluso tiene rabietas, situación que le genera una intensa sensación de culpa, pues ve que su hija sufre por su negativa. Explica que decidió pedir ayuda para el destete a su médico de Atención Primaria, pero éste se limitó a decirle que la mayor parte de las madres dejan de dar el pecho a sus hijos "*sin problemas*" a los pocos meses de edad, que bastaba con retirárselo de manera radical, y que a su hija "*no le hacía ningún bien*" mantener la lactancia a esa edad, mensaje con el cual la mujer se sintió culpabilizada en su maternidad. Pidió entonces cita con la matrona de su centro de salud por este motivo, pero no le daban cita

hasta dos meses después, por lo que le ofrecieron, en su lugar, cita con la enfermera de su centro de salud. Ésta le reconoció que no tenía conocimientos ni formación sobre lactancias prolongadas ni destete, y negó la existencia de dispositivos específicos de apoyo en el área sanitaria pública, sugiriéndole la posibilidad de contratar un servicio privado de una asesora de lactancia, motivo por el cual acude a esta consulta.

Las deficiencias en la atención sanitaria a las mujeres y las díadas madre-bebé y madre-infante se hacen patentes una vez pasado el puerperio precoz, escaso apoyo o seguimiento a numerosos procesos de salud de relevancia para las madres y sus hijos, como sucede con el destete. El destete forma parte de la lactancia; y, del mismo modo que a menudo se necesitan apoyos en su inicio, no es infrecuente que se requieran, también, para la finalización de ésta, especialmente cuando se ha mantenido más allá del año de vida. La lactancia no es sólo alimento físico, sino que asocia una importante nutrición emocional, y, cuando se retira, es frecuente que los menores aumenten su demanda afectiva por otras vías, de forma compensatoria.

El apoyo y acompañamiento al momento del destete, y a las posibles dificultades que pueden surgir a razón del mismo, tanto en la madre como en el bebé, deberían realizarse desde los sistemas de salud, siguiendo las recomendaciones de la OMS.

Sin embargo, la realidad es que hay muy pocos profesionales formados al respecto; y, si bien cada vez existen más dispositivos y apoyos públicos para el inicio de la lactancia materna, todavía no hay prácticamente servicios o programas sanitarios públicos para el momento del destete. La ausencia de una atención real a la lactancia materna y a la finalización de la misma desde los servicios públicos de salud supone un incumplimiento de la premisa básica de continuidad de cuidados sobre la cual se deben articular las atenciones sanitarias.

Esto es contrario a los principios de disponibilidad y accesibilidad de recursos sanitarios para atender a mujeres en sus lactancias (especialmente, en lactancias prolongadas), así como el principio de aceptabilidad (al no respetar muchas de las asistencias sanitarias la lactancia, o no saber atenderla) y de universalidad.

Y supone una discriminación en la atención sanitaria a las mujeres, puesto que la lactancia se trata de un proceso fisiológico exclusivo de ellas, que ha sido

consistentemente desatendido, todo ello contrario al artículo 12 de la CEDAW que afirma la necesidad de

> "*adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*"[832]

Así, se muestra nuevamente las limitaciones existentes a la hora de hacer efectivo el derecho a la salud, en cuestión de salud materna, experimentado por muchas madres, incluso en los entornos favorecidos propios de los países desarrollados, como es España, y, en concreto, la Comunidad de Madrid.

[832] Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), de 1979

CONCLUSIONES

I. El camino en el reconocimiento de los derechos humanos no tiene vuelta atrás. Existe una estrecha relación entre los derechos humanos y la práctica médica. El máximo exponente de la relación entre derechos humanos y la práctica sanitaria es el derecho de cada persona al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr, universalmente reconocido. El derecho al más alto nivel posible de salud es un derecho humano esencial, al igual que uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

II. Es igualmente incuestionable que ese derecho a la salud comprende tanto la salud física como mental. La salud mental es una parte integral de la salud. No puede haber salud sin salud mental. No implica únicamente la ausencia de trastornos mentales, sino que recoge también las capacidades y competencias de las personas y las comunidades para vivir sus vidas de una forma satisfactoria que les permita alcanzar sus objetivos. La salud mental ha sido tradicionalmente más desatendida, pero en los últimos años está cobrando la importancia que merece.

III. El enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas, que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. Las investigaciones de la Organización Mundial de la Salud han demostrado que la adopción del enfoque basado en derechos humanos en la atención a la salud de las mujeres y los niños tiene un impacto positivo para su salud y para el desarrollo infantil.

IV. La OMS es la organización de las Naciones Unidas a la que los Estados han dado la función de alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud; y, en concreto, de promover la salud y la asistencia maternal e infantil, fomentando la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente. Por ello, sus recomendaciones al respecto han de considerarse los criterios para una adecuada implementación del derecho a la salud. Las directrices y recomendaciones de la OMS en relación con la salud mental y la salud materno-infantil han de considerarse los parámetros adecuados para verificar el grado de cumplimiento de ese derecho a la salud física y mental.

V. En las últimas dos décadas, la OMS ha actualizado sus directrices para la atención materna durante el embarazo, el parto y la etapa postnatal, integrando el concepto de experiencia positiva y dando cada vez un mayor peso a la salud mental materna y perinatal, recomendado la detección y la atención de los problemas de salud mental que pueda presentar la mujer en estas etapas. En 2020, reconoció que la atención a la salud mental materna integrada dentro de la atención sanitaria materno-infantil es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo infantil, si bien la primera guía específicamente dedicada a la salud mental perinatal no fue publicada hasta 2022.

VI. Por lo que respecta a las mujeres, el camino recorrido en su protección y en la lucha contra su discriminación ha sido largo y positivo, y, al menos en algunas regiones del mundo, ha comportado auténticos cambios de paradigmas. Por ello, los cambios socioculturales en relación con los derechos sexuales y reproductivos han logrado que, al menos en esas regiones, la maternidad sea una opción elegida y una expresión e implementación de esos derechos humanos, además de contribuir, como se reconoce igualmente a nivel internacional, al desarrollo de las sociedades.

VII. No obstante, esos cambios socioculturales de las últimas décadas apenas se han visto reflejados en la protección de las mujeres en situación de maternidad. En materia de protección a la salud materna y materno-infantil, el trecho recorrido ha sido largo, pero lo es aún más el que queda por recorrer.

VIII. Una buena salud materna implica necesariamente una buena salud mental, y la atención a la salud mental materna requiere, por tanto, ofrecer también una adecuada atención a la salud mental perinatal. No hay salud materno-infantil sin salud mental perinatal.

IX. En la atención a la salud materna y la etapa perinatal, el primer objetivo a nivel mundial ha sido combatir la mortalidad materna prevenible, prácticamente erradicada en los países desarrollados, pero aún con cifras dramáticas en muchos lugares del mundo. Sin embargo, el derecho humano al disfrute de la salud no puede limitarse meramente a lograr la supervivencia de las madres y de sus bebés, sino que su cumplimiento exige proteger y garantizar su derecho al máximo disfrute de bienestar y salud que resulte posible, tal y como recoge la OMS,

alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Inexcusablemente, esto pasa por promover el bienestar materno e infantil y proteger la salud mental de ambos.

X. Dentro del sistema sanitario en el territorio español, a menudo se promueve un estándar de mínimos, que busca la supervivencia de las mujeres y sus bebés y disminuir las secuelas físicas, pero sin tomar en cuenta la importancia de las experiencias positivas del embarazo, parto y postnatales como base para la salud y el bienestar de madres y bebés. Del mismo modo, en la atención a la salud materno-infantil, se continúan aplicando prácticas sanitarias contrarias a la evidencia científica, o sin sustento en ella, que en algunas ocasiones impactan negativamente en la salud mental materna. Además, se mantiene la desatención a la salud mental y física de los bebés, al no tomar en consideración el elevadísimo impacto que suponen para ellos los eventos perinatales, las experiencias de las madres en este periodo, el estrés materno o la psicopatología perinatal.

XI. La ausencia de una asistencia integral a la salud materna, que incluya la atención a la salud mental, además de suponer una quiebra del derecho básico a la salud de las mujeres que atraviesan por sus procesos reproductivos y maternales, compromete el bienestar, la salud y el desarrollo de sus bebés. Del mismo modo, la desatención política a los determinantes sociales de salud que influyen en la etapa perinatal expone a las mujeres embarazadas y madres a peores resultados de salud, con especial deterioro de su salud mental.

XII. En España, dentro de la atención sanitaria a mujeres y bebés en el Sistema Nacional de Salud y los sistemas de salud descentralizados por Comunidades Autónomas, se han constatado importantes deficiencias en la implementación del enfoque basado en derechos humanos, con importantes repercusiones negativas para mujeres y bebés en sus resultados de salud, y especial socavación de su salud mental. Por ello, es necesario acometer una importante reforma en sus prácticas para garantizar una mejor implementación de estos derechos.

XIII. La ética de los cuidados es fundamental para entender el valor social de la función materna, reconocida en la propia Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y permite hacer una lectura más acertada de los principios universales de ética y justicia en situaciones concretas del ciclo vital, como son los procesos de maternidad y la dependencia en la

primera infancia, siendo imprescindible para generar una atención sanitaria de calidad y respetuosa con los derechos humanos en estas etapas de la vida

XIV. La evidencia científica generada desde multitud de disciplinas (etología, psicología del desarrollo, antropología evolutiva, biología comparativa y neurociencias) sobre la importancia de los vínculos afectivos en la primera infancia, y en especial, de la relación madre-bebé, es abrumadora, habiendo demostrado las repercusiones sobre la salud del bebé a lo largo de la vida.

XV. La atención integral a la salud de la madre y el bebé requiere del reconocimiento de la díada madre-bebé como una unidad funcional, con unas necesidades específicas, y merecedora de una protección especial. La salud y el bienestar de la madre y el bebé están íntimamente relacionados, desde el momento mismo de la concepción, formando una unidad biológica que no se deshace con el paso de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que se mantiene desde un punto de vista neurobiológico (con la regulación recíproca en la lactancia o el contacto estrecho piel con piel) y psicoemocional. Adoptar la perspectiva de los derechos de las mujeres (totalmente necesarios, en el camino de la igualdad real y efectiva) supone contemplar estos derechos no sólo en relación con el ámbito laboral y a la vida productiva, sino reconociendo, también, la función social que desempeña la maternidad, y la especial protección que precisan los procesos de embarazo, de parto, y la etapa postnatal y de crianza infantil. Por lo tanto, desde este trabajo se plantea la necesidad del reconocimiento de la existencia de una díada funcional en la unión madre-bebé (o, en su defecto, figura principal de cuidado-bebé), con procesos neurobiológicos y psicosociales propios (vinculación afectiva madre-bebé, lactancia materna, contacto íntimo…), y con unas necesidades específicas, constituyendo por tanto un sujeto que precisa especial protección, dada la relevancia que la sincronía de dicha díada tiene para la salud de cada uno de sus componentes, así como para el desarrollo a largo plazo del infante.

XVI. Reconocer y defender la necesidad de protección de la díada madre-bebé no implica obligar a las mujeres a permanecer junto a sus bebés en contra de sus deseos o elecciones, ya que el reconocimiento de un derecho no supone, en ningún caso, una obligación por parte del titular del mismo, sino que se ejercería en respeto a la autonomía de las mujeres, quienes tendrían entonces la opción de

elegir el modelo de cuidados ofrecidos a sus hijos, pudiendo compartirlo, delegarlo o externalizarlo.

XVII. Pese a la existencia de una unidad funcional madre-bebé en las primeras etapas de la vida, la atención sanitaria a los bebés, y las políticas sociales, han obviado de manera sistemática y por mucho tiempo, en entornos como el de nuestro país, su primera y máxima necesidad, que no es otra que estar en contacto íntimo y continuado con su madre.

XVIII. Numerosas publicaciones, tanto de la OMS como de otros organismos internacionales, ponen de manifiesto el creciente interés y atención a la salud mental, afirmando que la primera infancia, la infancia y la adolescencia son edades de vulnerabilidad y de oportunidades en materia de salud mental y que los entornos de crianza, cuidado y aprendizaje de apoyo pueden ser enormemente protectores de la salud mental futura, mientras que las experiencias adversas en la infancia aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales.

XIX. Con los casos clínicos expuestos se considera que se han puesto de manifiesto distintos supuestos en los que no ha habido un adecuado respeto de los derechos de las mujeres en torno a su maternidad. Son ejemplos que muestran la vulneración del derecho de las mujeres y sus hijos a disfrutar del mejor nivel de salud mental que sea posible a lo largo de los procesos de maternidad y crianza.

XX. En la mayoría de estas situaciones de atención sanitaria analizadas, se observa de manera reiterada la falta de respeto a la autonomía de la mujer, sin ofrecer información adecuada y sin poner en el centro sus deseos, valores y preferencias. Se observa también un menoscabo de sus derechos al no atender de forma integral su salud mental y, en numerosas ocasiones, al no promover experiencias positivas en el embarazo, el parto y el postparto dentro de la atención sanitaria.

XXI. La especial dependencia de los bebés de sus figuras maternas genera que el compromiso de la salud de las madres no sólo vulnere el derecho intrínseco de éstas al mejor disfrute posible de la misma, sino que, de forma indirecta, vulnera, como se ha dicho, los derechos de la primera infancia, con repercusiones indeseables que se manifiestan a lo largo de la vida.

XXII. Por ello, se considera que éste es un ámbito que requiere de una mayor visibilización y protección acorde con los parámetros e indicaciones marcados por

la OMS. Habría de ser una protección no sólo de la infancia o de las mujeres, sino de la esencial díada madre-bebé, en beneficio de ambos, del adecuado desarrollo social y de las generaciones futuras.

XXIII. La atención a la salud mental de las madres y los infantes no corresponde únicamente al sistema de salud, aunque éste tiene un papel fundamental. El diseño de políticas destinadas a la protección de la infancia (especialmente, de los niños muy pequeños), valorando el papel que los vínculos familiares tienen en el desarrollo infantil, es esencial. Las intervenciones multisectoriales realizadas en esta primera etapa son esenciales para la promoción de salud y la protección de enfermedad a lo largo de la vida.

XXIV. La principal evidencia de la vulneración del derecho de las mujeres y sus bebés a una asistencia integral en salud materno-infantil es la ausencia de reconocimiento específico de la salud mental perinatal dentro de la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Tampoco en el "*Plan estratégico nacional de salud mental*" se hace una sola mención específica a la salud mental perinatal, si bien se recogen, de forma implícita, la mayoría de sus principios y focos de actuación. El "*Plan Estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid, 2022-2026*" ha reconocido la necesidad de implantar la atención a la salud mental perinatal, y en los últimos años, se ha producido un incremento considerable de dispositivos de salud mental perinatal en dicha Comunidad, pero los recursos invertidos continúan siendo insuficientes.

XXV. La falta de accesibilidad de las mujeres en los distintos momentos perinatales a recursos de salud mental, adecuadamente especializados en la atención perinatal, incumple los principios básicos de la atención sanitaria basada en los derechos humanos, y supone un menoscabo del derecho a la atención integral a la salud prenatal de las mujeres reconocido internacionalmente.

XXVI. En el ámbito asistencial sanitario en España, al no reconocimiento de la díada madre-bebé se suman las carencias formativas de los profesionales de la salud mental en perinatalidad dentro del ámbito público, arrastradas hasta etapas muy recientes, lo que explica algunas de las limitaciones a la hora de ofrecer una atención integral a la salud materna.

XXVII. El incesante desarrollo biomédico y tecnológico, unido al retraso de la edad materna (especialmente acusado en España), que asocia mayores dificultades para la fertilidad, así como el incremento del número de mujeres que deciden acceder a la maternidad fuera de la pareja heterosexual, han contribuido al incremento exponencial de la reproducción asistida y técnicas relacionadas, abriendo nuevos y complejos escenarios sobre sus límites bioéticos, y sobre los derechos de las personas concebidos por estas técnicas a conocer sus propios orígenes.

XXVIII. En el ámbito de la reproducción asistida, son muchos los vacíos legales y las situaciones de complejidad bioética que potencialmente pueden vulnerar los derechos humanos. Se identifica el riesgo de lesionar la dignidad intrínseca de las mujeres por medio de explotación reproductiva en situaciones como la ovodonación (legal en España) o la gestación subrogada (ilegal en España, pero exportada desde otros países por medio del mecanismo de la adopción legal).

XXIX. En el caso de la gestación subrogada vehiculizada por medio de empresas que operan de manera internacional, podría producirse una grave vulneración de derechos humanos, susceptible de estar incurriendo en el supuesto delictivo de trata de personas.

XXX. Por otro lado, se observa también la necesidad de garantizar el derecho a la identidad, un derecho fundamental de todas las personas y, si bien es cierto que los donantes de gametos no mantienen relaciones familiares a nivel legal, también lo es la relevancia que dicha información puede tener a nivel emocional, de significado personal, e, incluso, de salud genética.

XXXI. Además, en la atención sanitaria a madres y bebés concebidos por medio de técnicas de reproducción asistida, se observan importantes vulneraciones del derecho a la información relativa a la salud mental materna y las posibles dificultades u obstáculos en la vinculación madre-bebé que pueden encontrar las mujeres que conciben por estas técnicas y que pueden mantenerse más allá del parto. Es importante redundar en que una información sesgada u omitida puede comprometer, también, el derecho a la autonomía de las mujeres, coartando la libertad y entorpeciendo el proceso de toma de decisiones

XXXII. La vulneración del derecho a la información también se detecta en lo referido a la consulta preconcepcional, recomendada por la OMS, ya que en España se limita

a las mujeres que desean o están buscando un embarazo, sin informar adecuadamente sobre fertilidad en general. En España, urge garantizar una adecuada información preconcepcional a todas las mujeres, de modo que éstas conozcan de manera veraz sus ciclos reproductivos, para que puedan tomar sus decisiones contraceptivas o reproductivas de forma informada y libre, a fin de garantizar sus derechos a la salud sexual y reproductiva.

XXXIII. El embarazo supone la máxima expresión de la fusión de la díada madre-bebé. Se trata de una etapa de especial vulnerabilidad que debe ser protegida ante numerosos agentes externos e internos que pueden condicionar su mala evolución, su interrupción o el mal desarrollo del embrión o del feto. En concreto, el estrés materno durante el embarazo (altamente relacionado con los factores psicosociales) ha demostrado asociarse con peores resultados obstétricos, con un peor estado de salud materna en el postparto, y con mayor incidencia de problemas de salud mental y física del bebé a lo largo de su vida.

XXXIV. En España, se encuentra una insuficiente protección de las mujeres embarazadas frente al estrés en el ámbito laboral, con vulneraciones frecuentes respecto a los derechos recogidos internacionalmente que señalan la necesidad de protección específica de las mujeres embarazadas en sus puestos de trabajo, con actualización en función a la evidencia científica. Pese al desarrollo de legislaciones específicas para la protección de las mujeres embarazadas en el entorno laboral, éstas continúan padeciendo en muchas ocasiones presiones, si no discriminación, por razón de embarazo, lo que redunda negativamente en su salud mental.

XXXV. La protección social y económica a las mujeres embarazadas que no se encuentran vinculadas al mercado laboral resulta especialmente deficiente, aumentando el efecto estresor de estos factores desfavorables sobre las mujeres embarazadas y sus bebés, y vulnerando su derecho al disfrute del mejor estado de salud y bienestar que sea posible.

XXXVI. Respecto a la promoción de la salud durante el seguimiento prenatal de las mujeres en el embarazo, se ha detectado, tras la pandemia de COVID-19, una disminución de los grupos prenatales y de preparación al parto en entornos comunitarios, recomendados por la OMS, siendo sustituidos por encuentros virtuales o por

enlaces digitales a vídeos de clases previamente grabadas, en detrimento de sus beneficios.

XXXVII. Asimismo, el actual modelo de seguimiento obstétrico del embarazo en la sanidad pública española, de citas breves y espaciadas por trimestres, en el que gran parte del peso recae en sucesivos obstetras, por no haber uno de referencia, dificulta el desarrollo de una auténtica relación de confianza médico-paciente, en contra de la recomendación de la OMS de generar "*relaciones auténticas y de apoyo con los proveedores de atención del embarazo y el parto*". Esta recomendación es seguida habitualmente en la atención privada, en la que el mismo obstetra realiza el seguimiento y la atención al parto, y sea posiblemente la causa subyacente del trasvase de aquellas mujeres que pueden permitírselo económicamente al sistema privado para satisfacer esa relación de confianza con su obstetra.

XXXVIII. A pesar de que el embarazo es una etapa en la que se produce una alta incidencia de problemas de salud mental, su detección es muy deficiente, y no se han incorporado de forma sistemática herramientas de cribado para la misma que permitan la evaluación rutinaria de salud mental en las mujeres embarazadas.

XXXIX. Dado que el parto es un evento único en la vida del bebé y la madre, los tratos respetuosos en su atención, siguiendo un enfoque basado en derechos humanos, informando y garantizando la autonomía de las pacientes, asegurando su acompañamiento físico y emocional, y prestando una atención que no sólo cuente con capacitación técnica, sino que sea amable, son imprescindibles para lograr una experiencia de parto positiva que garantice el mejor estado de salud y bienestar posible para las madres y para sus bebés.

XL. Sin embargo, en España, tanto los informes realizados sobre la asistencia al parto (con un intervencionismo médico por encima de los estándares internacionales de calidad), como las experiencias de parto transmitidas por muchas mujeres, y los tres dictámenes del Comité CEDAW condenatorios a España por violencia obstétrica, muestran la existencia de tratos inadecuados, irrespetuosos o violentos contra las mujeres en los paritorios. Se aprecia una frecuente vulneración de su derecho a la información sanitaria, al ejercicio de su derecho de autonomía por medio de la participación en la toma de decisiones, así como el ejercicio ocasional de tratos humillantes o degradantes que son contrarios a la dignidad básica del ser

humano. Todo ello produce estrés y sufrimiento en un momento significativo y de elevada vulnerabilidad, que pueden comprometer su salud y la de su bebé, generando secuelas psicológicas duraderas.

XLI. Mención aparte, merece la inadecuada modificación de los protocolos hospitalarios aplicados a partir de la pandemia de la COVID-19, con prácticas totalmente contrarias a las recomendaciones de la OMS en la atención al parto, sin justificación clínica, tales como: impedir el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, uso de instrumentaciones para acortar el periodo expulsivo, separación precoz madre-bebé, falta de apoyo a la lactancia materna, o lavado inmediato del bebé y/o de la madre. Algunas de estas medidas se mantuvieron incluso tras levantarse el estado de alarma por COVID-19.

XLII. La lucha contra la violencia obstétrica y el camino para la instauración generalizada de los tratos respetuosos en el parto pasa, de forma ineludible, por estrategias multidimensionales que obliguen a la recogida de datos, la monitorización y la comparación del uso de estas prácticas para poder identificar sus factores causales y perpetuantes; a la formación continua de los profesionales que atienden en los partos; a la formación del personal de justicia encargado de enjuiciar los delitos relativos a la violencia obstétrica; y a la sensibilización de la comunidad sobre la relevancia y el valor de las experiencias positivas de parto con participación activa de la mujer. Pese a los esfuerzos realizados en España para combatir la violencia obstétrica, el Comité CEDAW expresa su preocupación por la falta de aplicación sistemática de las recomendaciones y las grandes disparidades entre regiones.

XLIII. La OMS es taxativa respecto a que la lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia en la primera infancia, y mejora también los resultados en salud de las mujeres, incluyendo los resultados en su salud mental, por lo que su promoción es prioritaria en la agenda mundial de salud.

XLIV. La presencia de un vínculo madre-bebé saludable en los primeros meses de vida se asocia con el establecimiento en el niño de un estilo de apego seguro, que a su vez supone un factor de prevención frente a la emergencia de psicopatología infantil y a lo largo de la vida. La separación madre-bebé interfiere en el establecimiento del vínculo afectivo, y se asocia a un incremento de

psicopatología en la madre, y al establecimiento de apegos inseguros o desorganizados en la infancia, con una mayor incidencia de psicopatología a lo largo de la vida, produciendo, en los casos más graves, los denominados trastornos del vínculo.

XLV. Asimismo, los determinantes psicosociales de salud en la etapa postnatal, de especial vulnerabilidad, tienen una elevada influencia en la aparición de trastornos mentales perinatales. El malestar afectivo y los trastornos mentales maternos se asocian con dificultades en el establecimiento del vínculo madre-bebé y a un peor nivel de salud y problemas del desarrollo en los infantes, con importantes consecuencias en la salud poblacional de las generaciones futuras.

XLVI. Por tanto, todas aquellas situaciones o políticas que obligan, directa o indirectamente, a la separación madre-bebé, interfiriendo o limitando los mecanismos naturales de regulación de la unidad funcional (lactancia materna exclusiva a demanda durante los 6 primeros meses, o contacto íntimo y estrecho piel con piel madre-bebé), comprometen la salud emocional y física de la díada, vulnerando sus derechos.

XLVII. Una medida fundamental que ha demostrado ser eficaz en la prevención de la discriminación y en la prevención de problemas en salud mental materna es la prestación por maternidad. Sin embargo, la existente en España no permite cumplir con las recomendaciones básicas de la OMS sobre el cuidado y la nutrición en la primera infancia, puesto que únicamente cubre 16 semanas, impidiendo, de hecho, mantener su recomendación de lactancia materna exclusiva a demanda hasta los 6 meses a aquellas madres que desean alimentar y cuidar a sus hijos siguiendo este estándar internacional de salud.

XLVIII. Los actuales permisos por cuidado de hijo recién nacido en España son insuficientes para la protección y la salud de la díada-madre bebé. En primer lugar, no reconocen las circunstancias propias de salud que la madre puérpera puede sufrir en relación con el parto o el postparto, descontando los días de ingreso hospitalario materno del permiso por cuidado de recién nacido. En segundo lugar, como ya se ha indicado, las 16 semanas son insuficientes para garantizar los 6 meses de lactancia materna exclusiva recomendados por la OMS. Y, en tercer lugar, los permisos intransferibles dejan en situación de desigualdad a los hijos de

familias monoparentales, ya que únicamente podrán disfrutar de 16 semanas de cuidados directos por parte de una figura de apego primaria. Si bien *a priori* los permisos igualitarios e intransferibles entre hombres y mujeres podrían ayudar en la lucha contra la discriminación laboral de las mujeres, la limitación temporal de los mismos a 16 semanas obliga a un gran número de mujeres, que buscan cuidar y alimentar a sus hijos siguiendo las recomendaciones internacionales de salud, a abandonar o reducir su actividad laboral y sus ingresos por medio de excedencias sin sueldo, la renuncia al trabajo o la reducción de la jornada laboral con merma proporcional del sueldo. En España, esto supone*, de facto*, una discriminación de las mujeres en el empleo por razón de maternidad, que no está siendo adecuadamente atendida y que es ignorada de forma sistemática por los generadores de políticas sociales.

XLIX. Si bien la legislación española se ha articulado conforme a la protección al derecho de no discriminación laboral por razón de maternidad, la realidad es que esta discriminación se continúa produciendo, y en España, la brecha de género en el mercado laboral se amplía considerablemente a raíz de la maternidad. Esta discriminación tiene también importantes resultados en salud, dada la asociación existente entre salud y trabajo. La vulneración de los derechos de la mujer trabajadora que es madre tiene a sus infantes como víctimas indirectas, que pueden ver comprometidos su bienestar, su salud y su desarrollo debido al deterioro de la salud de la madre. Esta discriminación laboral de las mujeres por maternidad tiene importantes efectos sobre la salud mental, tanto para aquellas que deciden incorporarse a su actividad laboral en esta etapa temprana en contra de sus preferencias, como para aquellas que eligen permanecer junto a sus bebés, perdiendo con ello su sueldo, su promoción o, incluso, su puesto laboral. Por tanto, se considera imprescindible abordar de forma urgente la protección laboral y económica de las mujeres que son madres.

L. Dado que el niño no ha ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño, los ingresos hospitalarios maternos por razón médica (sea de causa somática o psiquiátrica) que obligan a

la separación madre-bebé vulneran este derecho del menor en contra de su interés superior, además de discriminar a las mujeres por no atender adecuadamente las necesidades del ciclo vital en el que se encuentran. Por tanto, dichas separaciones vulneran el principio de aceptabilidad en la atención sanitaria basada en un enfoque en derechos humanos.

LI. En definitiva, la absoluta vigencia del enfoque de derechos humanos en la atención a la salud mental materno-infantil y las conclusiones expuestas respecto al papel preventivo en materia de salud de las políticas multisectoriales enfocadas en la etapa perinatal se pueden considerar corroboradas por la Comisión europea, al señalar, en su Comunicación de 7 de junio de 2023, que:

"*La promoción de una buena salud mental, la prevención de los problemas de salud mental y la intervención temprana son más eficaces y rentables que el tratamiento. Los resultados económicos más sólidos en cuanto a la eficacia de las inversiones en este enfoque corresponden a la intervención temprana centrada en la salud materna e infantil*".

FORTALEZAS, LÍMITES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La principal fortaleza del presente trabajo es su innovación, dada la escasez de trabajos previos que justifiquen las buenas prácticas en el ámbito de la salud perinatal basadas en la perspectiva de los derechos humanos, puesto que la salud y el derecho, si bien deben ir de la mano, no suelen investigarse de manera conjunta, dadas las diferencias formativas y metodológicas entre ambas disciplinas.

Así, el presente trabajo supone una recopilación de la evidencia científica que justifica las consecuencias negativas para la salud de unas políticas de cuidados en materia de maternidad y primera crianza incongruentes con los derechos humanos básicos, permitiendo un análisis doble, tanto desde la perspectiva del derecho, como desde la perspectiva de la salud mental con un enfoque perinatal.

El empleo de metodología cualitativa permite incorporar e integrar conocimientos de diversas áreas para la comprensión de fenómenos complejos, como aquellos que emergen en materia de salud mental, y, más específicamente, en un periodo tan sensible, con elevadas implicaciones psicológicas y sociales, y una biología propia, como es la etapa perinatal.

Del mismo modo, la metodología cualitativa permite incorporar la subjetividad de las experiencias, algo muy complicado en la investigación cuantitativa, pero imprescindible para el análisis y la comprensión de fenómenos complejos, como son los fenómenos psíquicos. Así, en la evaluación de la salud mental perinatal, y en aras de prestar una adecuada atención sanitaria, resulta necesario tomar en valor las experiencias subjetivas a lo largo de todo el proceso (el deseo materno, la experiencia de parto, el apoyo percibido…), además de los procesos vinculares que se van produciendo entre la madre y su criatura. De este modo, la metodología cualitativa, al suponer menos restricciones que la cuantitativa, y contar por tanto con una mayor versatilidad, da lugar a la posibilidad de generar mayor especulación y reflexión.

Además, la incorporación de la base jurídica a las propuestas de buenas prácticas en el cuidado de la primera infancia puede contribuir a generar una base sólida sobre la

cual se puedan exigir los cambios necesarios en las políticas nacionales e internacionales, a fin de promover una cultura del cuidado que permita acceder al mejor estado de salud posible en las etapas perinatales.

La exposición de las vulneraciones de los derechos humanos en la atención sanitaria a la maternidad y la infancia, y sus repercusiones para la salud mental de ambos, puede contribuir a generar consenso para la toma de decisiones en la práctica clínica ante situaciones tales como la información a las mujeres y su implicación en la toma de decisiones; y facilitar la concienciación sanitaria de eliminar cualquier separación madre-bebé o madre-lactante que no resulte absolutamente inevitable desde un punto de vista clínico.

Respecto a las limitaciones, son varios los límites que acotan desde el principio esta investigación.

Por un lado, encontramos todas las limitaciones derivadas de un estudio multidisciplinar realizado por una médica no jurista, dentro de una línea de investigación en derecho y ciencias sociales, realizada con rigurosidad, pero desde una posición conformada a partir de una carrera formativa labrada en ciencias de la salud, y familiarizada sólo con algunos aspectos legales, pero firmemente convencida del incuestionable valor del enfoque de derechos humanos en el ámbito de la salud.

Por otro lado, se encuentran también las limitaciones propias de la metodología seleccionada. El empleo de la metodología cualitativa, si bien implica numerosas fortalezas, ya mencionadas, impone también algunas dificultades en el análisis de los datos, al no disponer de la posibilidad de aplicar métodos estadísticos para valorar las relaciones entre variables ni el tamaño de sus efectos. Al no tener un diseño cuantitativo sino cualitativo, no se pueden poner a prueba las hipótesis mediante el análisis estadístico.

Del mismo modo, la metodología cualitativa implica limitaciones en la generalización de los resultados y las conclusiones, debido a la ausencia de datos cuantitativos o al posible sesgo de selección.

Además, el rigor del proceso de revisión de bibliografía, realizado de manera narrativa a partir de las bases de publicaciones, tanto científicas (sanitarias y sociales)

como jurídicas, no ha sido realizado de forma sistemática sino narrativa, lo que sin dudas supone, también, una limitación metodológica en la extrapolación de resultados.

Igualmente, la selección de casos ha sido dirigida por los objetivos del estudio y no aleatorizada, lo que nuevamente puede implicar sesgos de selección y dificultades para la generalización de conclusiones. Además, el ámbito geográfico a partir del cual se exponen los supuestos clínicos también supone una limitación puesto que se ha centrado mayoritariamente en la práctica médica perinatal en un hospital público concreto de la Comunidad de Madrid. A partir de estos supuestos se hacen extrapolaciones relativas a todo el Sistema Nacional de Salud, circunstancia que, sin duda, puede generar muchos sesgos e inexactitudes, habida cuenta además de las grandes diferencias interterritoriales de la asistencia sanitaria dentro del Estado español. Sin embargo, cabe señalar que, pese a que la mayoría de los casos han sido seleccionados de forma dirigida sobre la base de la experiencia en un hospital público de la Comunidad de Madrid, los datos de los diferentes estudios e informes presentados a lo largo del trabajo apuntan a las mismas dificultades y problemas subyacentes a los supuestos clínicos. Las deficiencias más constatadas son aquellas relativas a las prácticas sanitarias en el parto: por ejemplo, como se recogió en el Capítulo VI, el propio informe de 2021 del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, denominado "*Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018*", ofrece cifras que demuestran que nuestro país se encuentra todavía muy alejado de las recomendaciones internacionales relativas a prácticas como la episiotomía, la inducción del parto, los partos instrumentados o la realización de cesáreas[833]. También los informes del Comité CEDAW reconocen la existencia de la grave lacra de la violencia obstétrica dentro de la atención sanitaria española. Las dificultades en la atención a la salud mental perinatal dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud quedan demostradas desde el momento inicial en que ésta no se encuentra reconocida en la Cartera de servicios. Las dificultades relativas al apoyo postnatal y a las deficiencias de políticas y prestaciones para el cuidado y la crianza infantil se ponen de manifiesto, en primer lugar, al no cumplir las recomendaciones internacionales de la OMS en la protección de la lactancia; en

[833] Ministerio de Sanidad, *Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018*; 2021.

segundo lugar, por los datos del año 2020 ofrecidos por el INE sobre empleo y conciliación, así como el informe ISEAK "*Mujer y madre: la doble penalización laboral*" (2021/2)[834], sobre brecha de género laboral a raíz de la maternidad; y, en tercer lugar, ante los numerosos litigios de familias monoparentales de madres que han sacudido los juzgados a lo largo de todo el territorio español desde la implementación de los permisos igualitarios, y la reciente resolución del Tribunal Supremo al respecto en marzo de 2023, donde se refería que "*la discusión sobre si el sistema resultante de protección a las familias monoparentales es o no el mejor de los posibles excede con mucho de las funciones de los órganos jurisdiccionales*".

Respecto a la prevalencia de psicopatología perinatal en el territorio español, los estudios son muy escasos, con deficiencias metodológicas, y generalmente se encuentran limitados a un territorio regional, como se ha señalado ya a lo largo del trabajo. En este sentido, la información ofrecida desde algunas asociaciones nacionales activistas de la maternidad ("*El parto es nuestro*"[835], o "*PETRA maternidades feministas*"[836]), resulta de gran interés y apoya el alto impacto de las problemáticas de salud mental perinatal y las deficiencias de las prácticas sanitarias españolas en materia de salud materno-infantil, aunque estos datos carezcan de la rigurosidad que exige la investigación científica. La investigadora considera que los casos expuestos en el presente trabajo son muy representativos de la problemática de salud mental perinatal actual dentro del panorama nacional, si bien dado el sesgo de selección es imprescindible confirmar la información aportada con investigaciones cuantitativas bien diseñadas y de amplio alcance.

En cuanto a las líneas de investigación futura, la escasez de estudios metodológicamente válidos y efectuados sobre muestras poblacionales representativas sobre salud mental materna dentro de nuestro territorio nacional, impide conocer el auténtico alcance que las violaciones de los derechos de los bebés y las madres en nuestro entorno tienen en su salud mental. Así, se observa una necesidad inaplazable de conocer

[834] DE LA RICA, S., GORJÓN, L., QUESADA, O., "Mujer y madre: la doble penalización laboral", *Informe ISEAK 2021/2*. Disponible en ISEAK: https://iseak.eu/publicacion/mujer-y-madre-la-doble-penalizacion-laboral. (Consultado el 7 de octubre de 2023).
[835] Asociación "*El parto es nuestro*". Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/. Consultado el 15 de diciembre de 2023.
[836] Asociación "*PETRA maternidades feministas*". Disponible en: https://plataformapetra.com/. Consultado el 15 de diciembre de 2023.

las experiencias de las mujeres españolas en sus maternidades, su estado de salud mental y su posible relación con determinantes sociales de salud tales como la experiencia de parto en su atención al mismo, la duración de las prestaciones por cuidado de recién nacido, la asistencia sanitaria durante la etapa perinatal (incluyendo la accesibilidad y la atención a la salud mental perinatal) y el apoyo familiar o social percibido, para poder identificar los riesgos y las oportunidades, evaluar la efectividad de las políticas sociales y familiares actuales, y diseñar medidas adecuadas que protejan los derechos de las mujeres que son madres y de la primera infancia.

Para ello, se propone la necesidad de generar una encuesta a nivel nacional sobre las experiencias de las mujeres españolas en sus maternidades, con evaluación de su salud mental, así como de la atención recibida al respecto. Los resultados de esta encuesta, previsiblemente, arrojarían datos que obligarían a las autoridades competentes a contemplar la necesidad de generar importantes cambios en las políticas sociales y familiares.

En la actualidad, se está llevando a cabo ya un proyecto colaborativo de madres y profesionales de la salud denominado "*La Voz de las Madres. Proyecto MC-IHAN*" ("*Monitorización Ciudadana de indicadores clave IHAN en maternidades españolas mediante medidas basadas en la experiencia y calidad percibida por las madres*"), coordinado desde la Universidad de Alicante y financiado por IHAN-España y el Ministerio de Sanidad junto con la colaboración de grupos de madres y asociaciones cívicas[837], que ya fue mencionado en el Capítulo VI. Su objetivo es mejorar la atención al nacimiento en las maternidades españolas, mediante la realización de un cuestionario sobre la calidad de la atención sanitaria al nacimiento con la ayuda de madres y profesionales. Los resultados preliminares, obtenidos de una muestra de 8.000 mujeres que han sido madres en los últimos 5 años en territorio español, apuntan que la información a las embarazadas sobre lactancia disminuyó mucho durante la pandemia de COVID-19, en el año 2020, habiéndose recuperado en el año 2023 hasta los niveles previos a la pandemia, correspondientes al año 2019. Sin embargo, la mitad de las madres opinan que los consejos previos al nacimiento no encajaron del todo con la realidad de alimentar a su bebé, y sólo 3 de cada 10 madres dijeron que esos consejos coincidieron

[837] "La Voz de las Madres. Proyecto MC-IHAN". Disponible en: https://www.ihan.es/la-voz-de-las-madres-proyecto-mc-ihan/. Consultado el 15 de diciembre de 2023.

con su experiencia real. Respecto a la evaluación de la calidad del apoyo percibido por las madres por parte de los profesionales sanitarios, se aprecia una franca disminución en el año 2020, coincidiendo con la pandemia de COVID-19, con una recuperación progresiva a partir de 2021 y una mejoría notable entre 2022 y 2023, alcanzando una satisfacción de 29,45 sobre un máximo de 45 puntos.

Se propone adoptar un modelo semejante al adoptado por el proyecto "*La Voz de las Madres. Proyecto MC-IHAN*", pero evaluando la salud mental materna y su atención tanto por parte de los profesionales de los servicios de obstetricia y de pediatría, como por parte de profesionales especializados en salud mental (de psicología y psiquiatría), con registro del número de mujeres atendidas en recursos de salud mental específicamente destinados a la atención perinatal.

Del mismo modo, se plantea como pertinente realizar esa misma encuesta, u otra con objetivos semejantes pero adaptados a las competencias regionales, a nivel autonómico en cada una de las Comunidades Autónomas del territorio español, dado que, tal y como reconoce el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en España, en lo relativo a la atención sanitaria al parto, existen importantes diferencias entre los distintos territorios. Debido a la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades, e incluso, a la cultura institucional de cada hospital, estas diferencias probablemente se encuentren, también, en otros ámbitos de la atención a la salud materna y del bebé.

En la línea de las recomendaciones de la OMS, y también del Ministerio de Sanidad español, se considera imprescindible instaurar un registro pormenorizado y meticuloso en todos los centros hospitalarios de los intervencionismos médicos realizados en las atenciones al parto (tales como cesáreas, episiotomías o partos instrumentados) que permitan la monitorización y la comparación de datos, para identificar malas prácticas y poder abordarlas de la forma que resulte más adecuada. Idealmente, estos datos sobre instrumentalización en el parto y separación madre-bebé en los distintos centros hospitalarios, correctamente anonimizados, deben ser de acceso público a la ciudadanía. Ello permitirá a las mujeres escoger con conocimiento los centros sanitarios en los cuales desean realizar sus seguimientos de embarazo y recibir atención en el parto y postnatal, y analizar dichas elecciones, pudiendo generarse un estudio sobre la toma de decisiones de

las mujeres en función de sus deseos y preferencias perinatales.

Se propone, también, recoger las separaciones madre-bebé producidas en las primeras 48 horas postparto, así como la duración de las mismas, con el tiempo transcurrido desde la separación hasta el reencuentro madre-bebé, para poder estudiar adecuadamente la incidencia de esta realidad, contraria a las recomendaciones de la OMS, así como establecer un registro que permita realizar estudios prospectivos de calidad sobre las repercusiones a largo plazo en salud de dichas separaciones precoces.

También se propone generalizar registros y procesos de monitorización de los resultados en salud derivados de la inclusión de mujeres en programas de atención a la salud mental dentro del seguimiento pre y postnatal, mediante encuestas de calidad que permitan conocer las experiencias subjetivas de las mujeres, y mediante el seguimiento prospectivo en salud de sus hijos, posiblemente a partir de las citas pediátricas rutinarias para el seguimiento del niño sano y posteriormente en atención primaria a lo largo de la vida.

Por último, se propone el diseño de estrategias específicas a nivel nacional con la inclusión de indicadores de calidad sobre las experiencias positivas en el embarazo, parto y lactancia, que faciliten la adherencia de los distintos hospitales a las recomendaciones de la OMS.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA ACADÉMICA

ABENHAIM, HA., MORIN, L., BENJAMIN, A., KINCH, RA., "Effect of instrument preference for operative deliveries on obstetrical and neonatal outcomes", *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 2007, nº 134, pp. 164-168.

ACOSTA SARIEGO, JA., "La bioética de Potter a Potter". En: José R. Acosta Sariego. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002, pp. 13-23.

ADIB MOGHADDAM, E., KAZEMI, A., KHEIRABADI, G., AHMADI, SM., "Psychosocial consequences of oocyte donation in donors: A systematic review", *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2021, nº 267, pp. 28-35.

AGUILAR VILLUENDAS, VJ., "Efectos de los dictámenes de los Comités Internacionales de Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico español", *Guía práctica para la abogacía*, Fundación Abogacía Española, 2022.

AINSWORTH, MDS., BELL, SM., "Apego, exploración y separación: ilustrado por el comportamiento de niños de un año en una situación extraña", *Desarrollo infantil,* 1970, nº 41, pp. 49-67.

AITKEN, Z., GARRETT, CC., HEWITT, B., KEOGH, L., HOCKING, JS., KAVANAGH, AM., "The maternal health outcomes of paid maternity leave: a systematic review", *Social Science & Medicine*, 2015, nº 130, pp. 32-41.

ALAMRI, N., SMITH, V., "The effect of formal fetal movement counting on maternal psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis", *European Journal of Midwifery*, 2021, vol. 6, nº 10.

ALBERT MÁRQUEZ, M.M., "La explotación reproductiva de mujeres y el mito de la subrogación altruista: una mirada global al fenómeno de la gestación por sustitución*", Cuadernos de Bioética* XXVIII 2017/2ª.

ALCALÁ GARCÍA, I., "Feminismos y maternidades en el siglo XXI", *Dilemata,* 2015, nº 18, pp. 63-81.

ALCOLEA, S., MOHAMED, D., *Guía Cuidados del Embarazo, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*, Ceuta, 2011.

ALDERDICE, F., LYNN, F., LOBEL, M., "A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2012, vol. 33, pp. 62–77.

ALVARADO GARCÍA, A., "La ética del cuidado", *Aquichan*, vol. 4, nº 1, 2004, pp. 30-39.

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee, "Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589", *Fertility and Sterility*. 2014, vol. 101, nº 3, pp. 633-634.

ANDA, RF., BUTCHART, A., FELITTI, VJ., BROWN, DW., "Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences", *American Journal of Preventive Medicine*, 2010, nº 39, pp. 93-98.

ANNO, K., SHIBATA, M., NINOMIYA, T., IWAKI, R., KAWATA, H., SAWAMOTO, R., KUBO, C., KIYOHARA, Y., SUDO, N., HOSOI, M., "Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study", *BMC Psychiatry*, 2015, vol. 15, p.181.

AOYAGI, SS., TSUCHIYA, KJ., "Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes?", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*., 2019, vol. 45, nº 9, pp. 1809-1820.

ARCH, JJ., "Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks?", Comprehensive *Psychiatry*, 2013, vol. 54, nº3, pp. 217-228.

ARES, S., DÍAZ, M., "Recomendaciones para profesionales sanitarios que atienden madres lactantes que precisan ingreso, pruebas u otras circunstancias especiales", *Asociación Española de Pediatría*. Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2017.

ASCASO TERRÉN, C., GARCIA ESTEVE, L., NAVARRO, P., AGUADO, J., OJUEL, J., TARRAGONA, MJ., "Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo", *Medicina Clínica*, 2003, vol. 120, nº 9, pp. 326-329

ASHLEY, J., JOHNSON, A., WOLDU, H., KATZ, CL., "Factors Contributing to Maternal-Child Separation in Port-Au-Prince, Haiti", *Annals of Global Health*, 2019, vol. 85, nº 1, p.136.

ASKELSON, NM., LOSCH, ME., THOMAS, LJ., REYNOLDS, JC., "Baby? Baby Not?: Exploring Women's Narratives About Ambivalence Towards an Unintended Pregnancy", *Women's Health*, 2015, vol. 55, nº7, pp. 842-858.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, *Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*, Comité de Lactancia Materna.

AUERBACH, RP., MORTIER, P., BRUFFAERTS, R., ALONSO, J., BENJET, C., CUIJPERS, P., DEMYTTENAERE, K., EBERT, DD., GREEN, JG., HASKING, P., MURRAY, E., NOCK, MK., PINDER-AMAKER, S., SAMPSON, NA., STEIN, DJ.,

VILAGUT, G., ZASLAVSKY, AM., KESSLER, RC., WHO WMH-ICS Collaborators. "WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders", *Journal of Abnormal Psychology*, 2018, vol. 127, nº 7, pp. 623-638.

AUGUSTINE, ME., LEERKES, EM., "Associations between maternal physiology and maternal sensitivity vary depending on infant distress and emotion context", *Journal of Family Psychology*, 2019, vol. 33, nº 4, pp. 412-421.

AWARD-SIRHAN, N., SIMÓ TEUFEL, S., MOLINA-MUÑOS, Y., CAJIAO-NIETO, J., IZQUIERDO-PUCHOL, MT., "Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España", *Enfermería clínica*, 2022, vol. 32, pp. 5–13.

AYE, IL., KEELAN, JA., "Placental ABC transporters, cellular toxicity and stress in pregnancy", *Chemico-Biological Interactions*, 2013, vol. 203, nº 2, pp- 456-66.

BABENKO, O., KOVALCHUK, I., METZ, GA., "Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2015, vol. 48, pp. 70-91.

BAI, G., KORFAG, IJ., GROEN, EH., JADDOE, VW., MAUTNER, E., RAAT, H., "Associations between Nausea, Vomiting, Fatigue and Health-Related Quality of Life of Women in Early Pregnancy: The Generation R Study", *PLOS ONE*, 2016, vol. 11, nº 11, e0166133.

BALA, R., SINGH, V., RAJENDER, S., SINGH, K., "Environment, Lifestyle, and Female Infertility", *Reproductive Sciences*, 2021, vol. 28, nº 3, pp. 617-638.

BALLESTER PASTOR, I., "Las familias monoparentales tienen derecho a la misma prestación por nacimiento y cuidado de hijos que las familias biparentales. Las normas deben velar por la protección del menor, lo que no cuadra con el diseño de un derecho individual e intransferible de cada progenitor." *Revista de Jurisprudencia Laboral*, 2021, nº 1.

BALTA, G., DALLA, C., KOKRAS, N., "Women's Psychiatry". *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2019, nº 1192, pp. 225-249.

BARD, KA., "Dyadic interactions, attachment and the presence of triadic interactions in chimpanzees and humans", Infant *Behavior and Development*, 2017, vol. 48 nº Pt A, pp. 13-19.

BARD, KA., BAKEMAN, R., BOYSEN, ST., LEAVENS, DA., "Emotional engagements predict and enhance social cognition in young chimpanzees", *Developmental Science,* 2014, vol. 17, nº 5, pp. 682-96.

BARD, KA., KISHIMOTO, T., "Early communicative gestures in human and chimpanzee 1-year-olds observed across diverse socioecological settings", *Learning & Behavior, 2023*, vol. 51, nº 1, pp. 15-33.

BARLOW, J., BENNETT, C., MIDGLEY, N., LARKIN, SK., WEI, Y., "Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, vol. 1, nº 1, CD010534.

BARLOW, J., SMAILAGIC, N., HUBAND, N., ROLOFF, V., BENNETT, C.," Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, nº 5, CD002020.

BARRY, KM., GOMAJEE, R., BENAROUS, X., DUFOURG, MN., COURTIN, E., MELCHIOR, M., "Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study", *The Lancet Public Health*, 2023, vol. 8, nº 1, e15-e27.

BARRIOS FLORES, LF., "Derechos Humanos y salud mental en Europa", *Norte de Salud Mental*, 2010, vol. 8, nº 36, pp. 55-67.

BARUDY, J., MARQUEBREUCQ, A., *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Ed. Gedisa; España, 2010, pp. 87-199.

BASCUÑANA GARDE, M., "Gestación subrogada: Aspectos emocionales y psicológicos en la mujer gestante", *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 2018, nº 28, pp. 41-49.

BATHORY, E., TOMOPOULOS, S., "Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children", *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2017, vol. 47, nº 2, pp. 29-42.

BAYRAMPOUR, H., ALI, E., MCNEIL, DA., BENZIES, K., MACQUEEN, G., TOUGH, S., "Pregnancy-related anxiety: A concept analysis", *International Journal of Nursing Studies*, 2016, nº 55, pp. 115-30.

BAYRAMPOUR, H., HOHN, RE., TAMANA, SK., SAWATZKY, R., JANSSEN, PA., BONE, JN., FAIRBROTHER, N., JOSEPH, KS., "Pregnancy-Specific Anxiety Tool (PSAT): Instrument Development and Psychometric Evaluation", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2023, vol. 84, nº 3, 22m14696.

BECERRIL RODRÍGUEZ, E., ÁLVAREZ TRIGUEROS, L., *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida. Los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia*. Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud Valdecilla", 2012.

BEEBE, B., STEELE, M., "How does microanalysis of mother-infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment?", *Attachment & Human Development*, 2013, vol. 15, nº 5-6, pp. 583-602.

BELIZÁN, J. M., MILLER, S., WILLIAMS, C., PINGRAY, V., "Correction to: Toda mujer en el mundo debe tener un cuidado respetuoso durante el parto: una reflexión", *Reproductive health*, 2020, vol. 17, nº 1, p. 112.

BELLÓN SÁNCHEZ, S., "La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica", *Dilemata*, 2015, nº 18, pp. 93–111.

BENHABID, S., "Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral", *Isegoría*, 1992, nº 6, pp. 37-63.

BENSHUSHAN, A., SCHENKER, JG., "Ovum donation--an overview", *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1993, vol. 10, nº 2, pp. 105-111.

BERENDZEN, KM., SHARMA, R., MANDUJANO, MA., WEI, Y., ROGERS, FD., SIMMONS, TC., SEELKE, A. M. H., BOND, JM., LARIOS, R., GOODWIN, NL., SHERMAN, M., PARTHASARTHY, S., ESPINEDA, I., KNOEDLER, JR., BEERY, A., BALES, KL., SHAH, NM., MANOLI, DS., "Oxytocin receptor is not required for social attachment in prairie voles", *Neuron*, 2022, vol. 111, nº 16, pp. 787-796.

BERGMAN, NJ., LUDWIG, RJ., WESTRUP, B., WELCH, MG., "Nurturescience versus neuroscience: A case for rethinking perinatal mother-infant behaviors and relationship", *Birth Defects Research*, 2019, vol. 111, nº 15, pp. 1110-1127.

BEZARES, B., SANZ, O., JIMÉNEZ, I., "Patología puerperal", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2009, vol.1, nº 32, pp. 169-175.

BHARDWAJ, A., NAGANDLA, K., "Musculoskeletal symptoms and orthopaedic complications in pregnancy: pathophysiology, diagnostic approaches and modern management", *Postgraduate Medical Journal*, 2014, vol. 90, nº 1066, pp. 450-60.

BIAGGI, A., CONROY, S., PAWLBY, S., PARIANTE, C.M., "Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review", *Journal of Affective* Disorders, 2016, vol. 191, pp. 62–77.

BLACK, E., KHOR, KE., KENNEDY, D., CHUTATAPE, A., SHARMA, S., VANCAILLIE, T., DEMIRKOL, A., "Medication Use and Pain Management in Pregnancy: A Critical Review", *Pain Practice*, 2019, vol. 19, nº 8, pp. 875-899.

BLACK, MM., WALKER, SP., FERNALD, LCH., ANDERSEN, CT., DIGIROLAMO, AM., LU, C., MCCOY, DC., FINK, G., SHAWAR, YR., SHIFFMAN, J., DEVERCELLI, AE., WODON, QT., VARGAS-BARÓN, E., GRANTHAM-MCGREGOR, S., Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee, "Early childhood development coming of age: science through the life course", *The Lancet*, 2017, vol. 389, nº 10064, pp. 77–90.

BLÁZQUEZ GARCÍA, MJ., *La Ecología al comienzo de nuestra vida*. Zaragoza. Ed. Tierra Ediciones; 2010.

BÖDEKER, K., FUCHS, A., FÜHRER, D., KLUCZNIOK, D., DITTRICH, K., REICHL, C. RECK, C., KAESS, M., HINDI ATTAR, C., MÖHLER, E., NEUKEL, C., BIERBAUM, AL., ZIETLOW, AL., JAITE, C., LEHMKUHL, U., WINTER, SM. HERPERTZ, S., BRUNNER, R., BERMPOHL, F., RESCH, F., "Impact of Maternal Early Life Maltreatment and Maternal History of Depression on Child Psychopathology: Mediating Role of Maternal Sensitivity?", *Child Psychiatry & Human Development*, 2019, vol. 50, nº 2, pp. 278-290.

BOHREN, MA., TUNÇALP, Ö., MILLER, S., "Transforming intrapartum care: Respectful maternity care", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2020, vol. 67, pp. 113-126.

BORNSTEIN, MH., PUTNICK, DL., RIGO, P., ESPOSITO, G., SWAIN, JE., SUWALSKY, JTD., SU, X., DU, X., ZHANG, K., COTE, LR., DE PISAPIA, N., VENUTI, P., "Neurobiology of culturally common maternal responses to infant cry", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2017, vol. 114, nº 45, pp. 9465-9473.

BOSMANS, G., BAKERMANS-KRANENBURG, MJ., VERVLIET, B., VERHEES, MWFT., VAN IJZENDOORN, MH., "A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2020, nº 113, pp. 287-298.

BOWDEN, P., *Caring: Gender Sensitive Ethics*, London and New York, Routledge, 1997.

BOWLBY, J., *El apego*. Volumen 1 de la trilogía *El apego y la pérdida*. Barcelona: Editorial Paidós; 2009.

BOYCE, SC., BROUWER, KC., TRIPLETT, D., SERVIN, AE., MAGIS-RODRIGUEZ, C., SILVERMAN, JG., "Childhood Experiences of Sexual Violence, Pregnancy, and Marriage Associated with Child Sex Trafficking Among Female Sex Workers in Two US-Mexico Border Cities", *American Journal of Public Health*, 2018, vol. 108, nº 8, pp. 1049-1054.

BRANJERDPORN, G., MEREDITH, P., STRONG, J., GARCIA, J., "Associations Between Maternal-Foetal Attachment and Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review", *Maternal and Child Health Journal*, 2017, vol. 21, nº 3, pp. 540-553.

BRASSEL, A., TOWNSEND, ML., PICKARD, JA., GRENYER, BFS., "Maternal perinatal mental health: Associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months' postpartum", *Infant Mental Health Journal*, 2020, vol. 41, nº 1, pp. 69-81.

BRITTO, P.R., LYE, SJ., PROULX, K., YOUSAFZAI, AK., MATTHEWS, SG., VAIVADA, T., PEREZ-ESCAMILLA, R., RAO, N., IP, P., FERNALD, L. CH., MACMILLAN, H., HANSON, M., WACHS, TD., YAO, H., YOSHIKAWA, H., CEREZO, A., LECKMAN, JF., BHUTTA, ZA., & Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee, "Nurturing care: promoting early childhood development, *The Lancet*, vol. 2017389, nº 10064, pp. 91–102.

BROAD, KD., CURLEY, JP., KEVERNE, EB., “Mother-infant bonding and the evolution of mammalian social relationship”, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological* Sciences, 2006, vol. 361, nº 1476, pp. 2199-2214.

BROCKINGTON, I., “Postpartum psychiatric disorders”, *The Lancet*, 2004, vol. 363, nº 9405, pp. 303-310.

BROCKINGTON, I., “Suicide and filicide in postpartum psychosis”, *Archives of Women's Mental Health*, 2017, vol. 20, nº 1, pp. 63-69.

BROCKINGTON, I., BUTTERWORTH, R., GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N., “An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice”, *Archives of Women's Mental Health,* 2016, vol. 20, nº 1, pp. 113–120.

BRUMMELTE, S., GALEA, LA., “Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care”, *Hormones and Behavior*, 2016, vol. 77, pp. 153-66.

BRYAN, GK., RIESEN, AH., “Deprived somatosensory-motor experience in stumptailed monkey neocortex: dendritic spine density and dendritic branching of layer IIIB pyramidal cells”, *Journal of Comparative Neurology*, 1989, vol. 286, nº 2, pp. 208-217.

BUSTOS, M., VENKATARAMANAN, R., CARITIS, S., “Nausea and vomiting of pregnancy - What's new?”, *Autonomic Neuroscience*, 2017, vol. 202, pp. 62-72.

BUTLER, J., GREGG, L., CALAM, R., WITTKOWSKI, A., “Parents' Perceptions and Experiences of Parenting Programmes: A Systematic Review and Metasynthesis of the Qualitative Literature”, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2020, vol. 23, nº 2, pp. 176-204.

BYDLOWSKI, M., *Je reve un enfant. L’experience intérieure de la maternité*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2000.

BYRNE, SP., MAYO, A., O'HAIR, C., ZANKMAN, M., AUSTIN, GM., THOMPSON-BOOTH, C., MCCRORY, EJ., MAYES, LC., RUTHERFORD, HJV., “Facial emotion recognition during pregnancy: Examining the effects of facial age and affect”, *Infant Behavior and Development*, 2019, nº 54, pp.108-113.

CAI, C., VANDERMEER, B., KHURANA, R., NERENBERG, K., FEATHERSTONE, R., SEBASTIANSKI M, DAVENPORT MH., “The impact of occupational activities during pregnancy on pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2020, vol. 222, nº 3, pp. 224-238.

CALLISTER, L., SEMENIC, S., FOSTER, JC., “Cultural and spiritual meanings of childbirth. orthodox jewish and mormon women”*, Journal of Holistic Nursing, Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 1999, vol. 17, nº 3, pp. 280-295.

CAMPBELL-YEO, M., BENOIT, B. NEWMAN, A., JOHNSTON, C. BARDOUILLE, T., STEVENS, B., JIANG, A., "The influence of skin-to-skin contact on Cortical Activity during Painful procedures in preterm infants in the neonatal intensive care unit (iCAP mini): study protocol for a randomized control trial", *Trials*, 2022, vol. 23, nº 1, p. 512.

CANÇADO TRINDADE, AA., "Hacia el nuevo derecho internacional para la persona humana: manifestaciones de la humanización del derecho internacional", en *Revista da Faculdade de Direito da UFMG Belo Horizonte*, 2007, nº 50, p. 44-61.

CAPARROS-GONZÁLEZ, RA., PERALTA-RAMÍREZ, MI., "Stress During Pregnancy and the Development of Diseases in the offspring: A Systematic-Review and Meta-Analysis", *Midwifery*, 2021, vol. 97, p. 102939.

CAPARROS-GONZALEZ, RA., TORRE-LUQUE, A., ROMERO-GONZALEZ, B., QUESADA-SOTO, JM., ALDERDICE, F., PERALTA-RAMÍREZ, MI., "Stress During Pregnancy and the Development of Diseases in the offspring: A Systematic-Review and Meta-Analysis", 2021, *Midwifery*, nº 97, p. 102939.

CARBAUGH, SF., "Understanding shaken baby syndrome", *Advances in Neonatal Care*, 2004, nº 4, pp. 105–117.

CARMICHAEL, SL., SHAW, GM., "Maternal life event stress and congenital anomalies", *Epidemiology*, 2000, vol. 11, nº 1, pp. 30-35.

CARMONA, S., MARTÍNEZ-GARCÍA, M., PATERNINA-DIE, M., et al., "Pregnancy and adolescence entail similar neuroanatomical adaptations: A comparative analysis of cerebral morphometric changes", *Human Brain Mapping*, 2019, vol. 40, pp. 2143–2152.

CAUGHEY, SD., KLAMPFL, SM., BISHOP, VR., PFOERTSCH, J., NEUMANN, ID., BOSCH, O.J., et al., "Changes in the intensity of maternal aggression and central oxytocin and vasopressin V1a receptors across the peripartum period in the rat", *Journal of Neuroendocrinology*, 2011, vol. 23, nº 11, pp. 1113-1124.

CERQUEIRA, ACDR., CARDOSO, MVLML., VIANA, TRF., LOPES, MMCO., "Integrative literature review: sleep patterns in infants attending nurseries", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2018, vol. 71, nº 2, pp. 424-430.

CHALMERS, B., MANGIATERRA, V., PORTER, R., "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course", *Birth*, 2001, nº 28, pp. 202-207.

CHIN, K., WENDT, A., BENNETT, IM., BHAT, A., "Suicide and Maternal Mortality", *Current Psychiatry Reports*, 2022, vol. 24, nº 4, pp. 239-275.

CLARKE, DD., "Childhood Disrupted: How Your Biography Becomes Your Biology, and How You Can Heal", *The Permanente Journal,* 2017, vol. 21, pp. 16-39.

COHEN, L., ALTSHULER, LL., HARLOW, BL., et al., "Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment", *Journal of American Medical Association*, 2006, vol. 295, nº 5, pp. 499-507.

COHEN, R., MRTEK, MB., MRTEK, RG., "Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations", *American Journal of Health Promotion*, 1995, vol. 10, nº 2, pp 148– 153.

CONDE-AGUDELO, A., DÍAZ-ROSSELLO, JL., "Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, nº 8, CD002771.

CONTRERAS-CARRETO, NA., MORENO-SÁNCHEZ, P., MÁRQUEZ-SÁNCHEZ, E., VÁZQUEZ-SOLARES, V., PICHARDO-CUEVAS, M., RAMÍREZ-MONTIEL, ML., SEGOVIA-NOVA, S., GONZÁLEZ-YÓGUEZ, TA., MANCILLA-RAMÍREZ, J., "Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos", *Cirugía y Cirujanos*, 2020, vol. 90, nº 4, pp. 564-572.

COOK, N., AYERS, S., HORSCH, A., "Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review", *Journal of Affective Disorders*, 2018, nº 225, pp. 18-31.

CÓRDOBA-ROJAS, DN., "Recuperación del neonato de bajo peso: relevancia de las UCIN de puertas abiertas", *Revista Colombiana de Enfermería*, 2020, vol. 19, nº 3, e027.

CRAWFORD, NM., STEINER, AZ., "Age-related infertility", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2015, vol. 42, nº 1, pp. 15-25.

CRISTÓBAL CAÑADAS, D., PARRÓN CARREÑO, T., SÁNCHEZ BORJA, C., BONILLO PERALES, A., "Benefits of Kangaroo Mother Care on the Physiological Stress Parameters of Preterm Infants and Mothers in Neonatal Intensive Care", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, nº 12, p. 7183.

CUELLAR, I., TRAPERO, M., "Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid", *Clínica Contemporánea*, 2017, nº 8, p. 28.

CUELLAR-FLORES, I., ÁLVAREZ-CIENFUEGOS, L., ARIAS, S., CORDERO, E., DIAZ DE NEIRA, M., FERNÁNDEZ, A., LANZA, E., SERRANO-VILLAR, M., HERNÁNDAZ, A., MADRIGAL, A., VELAYOS, L., ÁLVAREZ, M., EIMIL, B., PÉREZ, L., JIMÉNEZ, M., JORDÁN, C., DIÉGUEZ, M., "Programas de Psicología Clínica y Salud Mental Perinatal en hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y recomendaciones de Buenas prácticas", Papeles del Psicólogo, 2024, vol. 45, nº 1.

DAELMANS, B., MANJI, SA., RAINA, N., "Nurturing Care for Early Childhood Development: Global Perspective and Guidance", *Indian Pediatrics*, 2021, vol. 58, nº 51, pp. 11-15.

DAGHER, RK., BRUCKHEIM, HE., COLPE, LJ., EDWARDS, E., WHITE, DB., "Perinatal Depression: Challenges and Opportunities", *Journal of Women's Health*, 2021, vol. 30, nº 2, pp. 154-159.

DAGLAR, G., NUR, N., "Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period", *Psychiatria Danubina*, 2018, vol. 30, nº 4, pp. 433-440.

DAYAN, J., *Maman, porquoi tu pleures?,* Editions Odile Jacob, Paris, 2002.

DE GRAAFF, LF., HONIG, A., VAN PAMPUS, MG., STRAMROOD, CAI., "Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review", *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2018, vol. 97, nº 6, pp. 648-656.

DE JADRESIC, E., JARA, C., ARAYA, R., "Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1993, vol. 39, nº 1, pp. 63-74.

DE LA CRUZ VILLALOBOS, N., "Psicofarmacología durante el embarazo y la lactancia", *Revista Cúpula*, 2022, vol. 36, nº 2, pp. 38-53.

DE LA MATA BARRANCO, I., "Ciudadanía sanitaria europea. La salud y la Unión Europea", *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI,* 2009, vol. 7, nº 4, pp. 541-548.

DE LA RICA, S., GORJÓN, L., QUESADA, O. "Mujer y madre: la doble penalización laboral". *Informe ISEAK 2021/2*. Disponible en ISEAK: https://iseak.eu/publicacion/mujer-y-madre-la-doble-penalizacion-laboral.

DE QUINTO A, HOSPIDO L, SANZ C., "The Child Penalty in Spain", Banco de España Eurosistemas, *Documentos ocasionales*, nº 2017, 2020.

DE VICENTE, A., CASTILLA, C., VILLAMARÍN, S., BERDULLAS, S., "La maternidad: mucho más que una revolución emocional", *Revista Infocop,* 2016, nº73, pp. 4-5.

DEL VAS GONZÁLEZ, J. M., SALAMANCA AGUADO, E., "Mujeres con discapacidad: situación jurídica actual y perspectivas de futuro", *en Género y derecho: luces y sombras en el ordenamiento jurídico españo*l, coord. por María Soledad de la Fuente Núñez de Castro, María Angeles Liñán García; Juana María del Vas González (aut.), 2008, pp. 187-208.

DELVECCHIO GOOD, MJ., "Women and Mental Health*"*, *Gender and equality, Essentials of Global Mental Health*, ed. Samuel Okpaku, Cambridge,University Press, 2014.

DEVOE, DJ., HAN, A., ANDERSON, A., KATZMAN, DK., PATTEN, SB., SOUMBASIS, A., FLANAGAN, J., PASLAKIS, G., VYVER, E., MARCOUX, G., DIMITROPOULOS, G., "The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review", *International Journal of Eating Disorders*, 2023, vol. 56, nº 1, pp. 5-25.

DUBBER, S., RECK, C., MÜLLER, M., GAWLIK, S., "Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy", *Archives of Women's Mental Health*, 2015, vol. 18, nº 2, pp. 187-195.

DUNKEL SCHETTER, C., TANNER, L., "Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice", *Current Opinion in Psychiatry*, 2012, vol. 25, nº 2, pp. 141-148.

DURMER, JS., DINGES, DF., "Neurocognitive consequences of sleep deprivation", *Seminars in Neurology*, 2005, vol. 25, nº 1, pp. 117-129.

ELANDER, G., LINDBERG, T., "Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding", *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1984, vol. 73, nº 2, pp. 237-240.

ERICKSON, ME., "Factors that influence the mother-infant dyad relationships and infant well-being", *Issues in Mental Health Nursing*, 1996, vol. 17, nº 3, pp. 185-200.

ERICKSON, N., JULIAN, M., MUZIK, M., "Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother-infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk", *International Review of Psychiatry*, 2019, vol. 31, nº 3, pp. 245-263.

ESCOBAR HERNÁNDEZ, C., "Sobre la problemática determinación de los efectos jurídicos internos de los «Dictámenes» adoptados por Comités de Derechos Humanos. Algunas reflexiones a la luz de la STS 1263/2018, de 17 de julio", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Práctica española de derecho internacional, 2019, vol. 71, nº 1, pp. 241-25.

ESTEVE, A., TREVIÑO, R., "Los grandes porqués de la (in)fecundidad en España", *Revista Perspectives Demografiques*, 2019, Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona (CDE-UAB).

EYNARD, A., VALENTICH, R., *Histología y Embriología Humanas. Bases moleculares y celulares con orientación clínico-patológica*, Editorial Médica Panamericana, 2008, p. 545.

FAROOQ, S., TUNMORE, J., WAJID ALI, M., AYUB, M., "Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review", *Psychiatry Research,* 2021, vol. 306, pp.114228.

FARRÉ JM., "Rompiendo el silencio: la salud mental perinatal", *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 2016, nº 118, pp. 7-9.

FELDMAN, R., “The neurobiology of mammalian parenting and the biosocial context of human caregiving”, *Hormones and Behavior*, 2016, nº 77, pp. 3-17.

FELITTI, VJ., ANDA R.F., “The relationship of adverse childhood experience to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare”, en Lanius R. Vermetten E. Pain C., *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic.* 2010. Cambridge University PressCambridge, United Kingdom, pp. 77-87.

FELITTI, VJ., ANDA, RF., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, DF., SPITZ, AM., EDWARDS, V., KOSS, MP., MARKS, JS., “Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study”, *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, vol. 14, nº 4, pp. 245-258.

FERNÁNDEZ LIESA, C., *El Derecho internacional de los derechos humanos en perspectiva histórica;* Madrid, Thomson-Reuters, 2013.

FILIPPETTI, ML., CLARKE, ADF., RIGATO, S., “The mental health crisis of expectant women in the UK: effects of the COVID-19 pandemic on prenatal mental health, antenatal attachment and social support”, *BMC Pregnancy Childbirth,* 2022, vol. 22, nº 1, p. 68.

FLESHNER, M., LAUDENSLAGER, M., “Psychoneuroimmunology: then and now”, *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2004, vol. 3, nº 2, pp. 114-30.

FLORES, M., GALINDO, N., CÓRDOVA, A., LEFF, P., CRUZ, C., MANCILLA, J., “Depression and anxiety during pregnancy: clinical aspects”, *Current Psychiatry Research and Reviews,* 2013, nº 9, pp. 325-30.

FRANCK, LS., WADDINGTON, C., O'BRIEN, K., “Family Integrated Care for Preterm Infants”, *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2020, vol. 32, nº 2, pp. 149-165.

FRAZIER, T., HOGUE, CJR., BONNEY, EA., YOUNT, KM., PEARCE, BD., “Weathering the storm; a review of pre-pregnancy stress and risk of spontaneous abortion”, *Psychoneuroendocrinology*, 2018, vol. 92, pp. 142-154.

FREEMAN, A., NEITERMAN, E., VARATHASUNDARAM, S., “Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review”, *Women and Birth*, 2021, vol. 34, nº 4, pp. 316-324.

FRIEDMAN, SH., REED, E., ROSS, NE., “Postpartum Psychosis”, *Current Psychiatry Reports*, 2023, vol. 25, nº 2, pp. 65-72.

FUENTES, I., MORISHITA, Y., GONZALEZ-SALINAS, S., CHAMPAGNE, FA., UCHIDA, S., SHUMYATSKY, GP., "Experience-Regulated Neuronal Signaling in Maternal Behavior", *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 2022, vol. 15, p. 844295.

Fundación ANAR. *Abuso Sexual en la Infancia y la Adolescencia según los Afectados y su Evolución en España (2008-2019).* Edelvives; 2020.

FURLONG, M., MCGILLOWAY, S., BYWATER, T., HUTCHINGS, J., SMITH, SM., DONNELLY, M., "Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, nº 2, CD008225.

GAMBOA BERNAL, GILBERTO A., "Bioética y Atención Pediátrica", *Persona y Bioética*, 2006, vol. 10, nº 2, pp. 108-120.

GAMEIRO, S., VAN DEN BELT-DUSEBOUT, AW., SMEENK, JMJ., BRAAT, DDM., VAN LEEUWEN, FE., VERHAAK, CM., "Women's adjustment trajectories during IVF and impact on mental health 11–17 years later", *Human Reproduction*, 2016, vol. 31, nº 8, pp. 1788–1798.

GARCÍA SUSO, A., LUIS VERA CORTÉS, ML*., El ciclo vital y la salud humana. Actualizaciones año 2002* / coord. por María Paz Mompart García, 2002, pp. 61-78.
GAWRYCH, M., "Mental health of medical workers during COVID-19 pandemic - literature review", *Psychiatria Polska*, 2022, nº 2, pp. 289-296.

GERMÁN ZURRIARÁIN, R., "La maternidad subrogada: ¿«solidaridad» o «explotación»?", *Medicina y Ética*, 2019, vol. 30, nº 4.

GEVA, R., ESHEL, R., LEITNER, Y., FATTAL-VALEVSKI, A., HAREL, S., "Prenatal diagnosis and management of intrauterine growth restriction: A long-term prospective study on outcome and maternal stress", *Infant Mental Health Journal*, 2005, vol. 26, nº 5, pp. 481-497.

GILLERAULT, G., *Dolto/Winnicott: el bebé en el psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós; 2009.

GILLIGAN, C., *La moral y la teoría*. *Psicología del desarrollo femenino*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985, p. 35.

GOAZ MELET, S., FELDMAN, N., PADOA, A., "Obstetric Violence – Since When and Where to: Implications and Preventive Strategies", *Harefuah,* 2022, vol. 161, nº 9, pp. 556-561.

GODDARD, A., Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care, *Journal of Pediatric Health Care,* 2021, vol. 35, nº 2, pp. 145-155.

GONZÁLEZ SERRANO, F., TAPIA LIZEAGA, X., "Reflexiones en torno a la escolarización generalizada de los niños de dos años", *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 2009, nº 48, pp. 177-186.

GOODMAN, JM., DUMET POMA, L., "Paid parental leave and mental health: the importance of equitable policy design", *The Lancet Public Health*, 2023, vol. 8, nº 1, e2-e3.

GOUROUNTI, K., "Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review", *Women Health*, 2016, vol. 56, pp. 98–118.

GREKIN, R., O'HARA, M.W., "Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis", *Clinical Psychology Review*, 2014, nº 34, pp. 389-401.

GRIGORIADIS, S., GRAVES, L., PEER, M., MAMISASHVILI, L., TOMLINSON, G, VIGOD, SN., DENNIS, CL., STEINER, M., BROWN, C., CHEUNG, A., DAWSON, H., RECTOR, NA., GUENETTE, M., RICHTER, M., "Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association with Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2018, vol. 79, nº 5, 17r12011.

GRIGORIADIS, S., GRAVES, L., PEER, M., MAMISASHVILI, L., TOMLINSON, G., VIGOD, SN., DENNIS, CL., STEINER, M., BROWN, C., CHEUNG, A., DAWSON, H., RECTOR, NA., GUENETTE, M., RICHTER, M., "A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes", *Archives of Women's Mental Health*, 2019, vol. 22, nº 5, pp. 543-556.

GROGAN S., MURPHY K.P., "Anticipatory stress response in PTSD: Extreme stress in children"*, Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2011, vol. 24, pp. 58-71.

Grupo de Erice. "Bioethical problems", *Medicina y Moral*, vol. 4, pp. 561-567. Documento de Erice sobre las relaciones de la Bioética y de la Deontología médica con la medicina legal, de 1991.

GU, J., GUAN, HB., "Maternal psychological stress during pregnancy and risk of congenital heart disease in offspring: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Affective Disorders*, 2021, vol. 291, pp. 32-38.

GUEDENEY, A., GUEDENEY, N., WENDLAND, J., BURTCHEN, N., "Treatment - mother-infant relationship psychotherapy", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2014, vol. 28, nº 1, pp. 135-145.

GUTIÉRREZ ESPADA, C., "Reflexiones sobre la ejecución en España de los dictámenes de los comités de control creados por los tratados sobre derechos humanos", en *Los efectos jurídicos en España de las decisiones de los órganos internacionales de control en materia de derechos humanos de naturaleza no jurisdiccional*, coord. por Carlos Fernández de Casadevante, 2020, pp. 279-297.

GUURE, C., AVIISAH, PA., ADU-BONSAFFOH, K., MEHRTASH, H., ADEROBA, AK., IRINYENIKAN, TA., BALDE, MD., ADEYANJU, O., MAUNG, TM., TUNÇALP, Ö., MAYA. E., "Mistreatment of women during childbirth and postpartum depression: secondary analysis of WHO community survey across four countries", *BMJ Global Health*, 2023, vol. 8, nº 8, e011705.

HAMMOND, K., "The role of normative ideologies of motherhood in intended mothers' experiences of egg donation in Canada", *Anthropology & Medicine,* 2018, vol. 25, nº 3, pp. 265-279.

HAN, VX., PATEL, S., JONES, HF., DALE, RC., "Maternal immune activation and neuroinflammation in human neurodevelopmental disorders", *Nature Reviews Neurology*, 2021, vol. 7 nº 9, pp. 564-579.

HARAWAY, D., *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid, Cátedra, 1995.

HAZELL RAINE, K., NATH, S., HOWARD, LM., COCKSHAW, W. BOYCE, P. SAWYER, E. THORPE, K., "Associations between prenatal maternal mental health indices and mother-infant relationship quality 6 to 18 months' postpartum: A systematic review", *Infant Mental Health Journal*, 2020, vol. 41, nº 1, pp. 24-39.

HERNÁNDEZ MONSALVE, M., "La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación", *Revista de la Asociación Española de* Neuropsiquiatría, 2017, vol. 37, nº 131, pp. 171-187.

HERNÁNDEZ, G., KIMELMAN, JM., MONTINO, RO., "Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio", *Revista médica de Chile*, 2000, vol. 128, nº 11, pp. 1283-1289.

HESHMATI, A., HONKANIEMI, H., JUÁREZ, SP., "The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review", *The Lancet Public Health*, 2023, vol. 8, nº 1, e57–e75.

HILLMAN, NH., KALLAPUR, SG., JOBE, AH., "Physiology of transition from intrauterine to extrauterine life", *Clinics in Perinatology*, 2012, vol. 39, nº 4, pp. 769-83.

HUIZINK, AC., MENTING, B., OOSTERMAN, M., VERHAGE, ML., KUNSELER, FC., SCHUENGEL C., "The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2014, vol. 35, nº 3, pp. 92-100.

HUNASIKATTI, M., SLEE, P., "Pharmacotherapy for Common Sleep Disorders in Pregnancy and Lactation: Primum Non Nocere", *Chest*, 2020, vol. 1582, nº 1, pp. 425-426.

HUNZIKER, UA., BARR, RG., "Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial", *Pediatrics*, 1986, nº 77, pp. 641–648.

INHORN, M.C, PATRIZIO, P., "Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century", *Human Reproduction Update*, 2015, vol. 21, nº 4, pp. 411–426.

IZQUIERDO SANS, C. "Los efectos de las decisiones de los comités de derechos humanos resolviendo comunicaciones individuales: El caso de España", *Litigación internacional para la defensa de los derechos humanos*, coord. por María García Casas; Cristina Izquierdo Sans (dir.), José María Alonso Puig, 2022, pp. 203-230.

JADRESIC, ME., "Depresión en el embarazo y el puerperio", *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2010, vol. 48, nº 4, pp. 269-278.

JAFARI, H., TAGHIPOUR, A., EBRAHIMIPOUR, H., LATIFNEJAD ROUDSARI, R., "Women's needs in their journey towards motherhood via oocyte donation: A mixed methods systematic review", *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 2023, vol. 21, nº 6, pp. 451-462.

JAGGAR, A. M., "Ética feminista", *Debate feminista* nº 48, 2014, pp. 8-44.

JAMES, KS., SKIRBEKK, V., VAN BAVEL, J., "Education and the global fertility transition: Foreword", *Vienna Yearbook of Population Research*, 2012, vol. 10, pp. 1–8.

JHANG., Y. FRANKLIN, B., RAMSDELL-HUDOCK, HL., OLLER, DK., "Differing Roles of the Face and Voice in Early Human Communication: Roots of Language in Multimodal Expression", *Frontiers in communication*, 2017, pp. 2-10.

JONAS, W., NISSEN, E., RANSJÖ-ARVIDSON, AB., MATHIESEN, AS., UVNÄS-MOBERG, K., "Influence of oxytocin or epidural analgesia on personality profile in breastfeeding women: a comparative study", *Archives of Women's Mental Health*, 2008, vol. 11, pp. 335-345.

JONES, EAK., MITRA, AK., BHUIYAN, AR., "Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, nº 5, p. 2470.

JONES, I., CHANDRA, PS., DAZZAN, P., HOWARD, LM., "Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period", *The Lancet*, 2014, vol. 384, nº 9956, pp. 1789-1799.

JOU, J., KOZHIMANNIL, KB., ABRAHAM, JM., BLEWETT, LA., MCGOVERN, PM., "Paid Maternity Leave in the United States: Associations with Maternal and Infant Health", *Maternal and Child Health Journal*, 2018, vol. 22, nº 2, pp. 216-225.

JUKIC, AM., BAIRD, DD., WEINBERG, CR., MCCONNAUGHEY, DR., WILCOX, AJ., "Length of human pregnancy and contributors to its natural variation", *Human Reproduction*, 2013, vol. 28, nº 10, pp. 2848-2855.

KALRA, S., SHAH D., "Care Beyond Newborn Survival Including Child Health and Early Childhood Development; Mental and Psychological Health, *Indian Journal of Pediatrics*, 2023.

KHSIM, IEF., RODRÍGUEZ, MM., RIQUELME GALLEGO, B., CAPARROS-GONZALEZ, RA., AMEZCUA-PRIETO C., "Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review", *Diagnostics (Basel)*, 2022, vol. 12, nº 11, 2022, p. 598.

KIDD, KN., PRASAD, D., CUNNINGHAM, JEA., DE AZEVEDO CARDOSO, T., FREY, BN., "The relationship between parental bonding and mood, anxiety and related disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Affective Disorders*, 2022, nº 307, pp. 221-236.

KIM, P, et al., "Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity", *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011, nº 52, pp. 907–915.

KING, MC., WILSON, AC., "Evolution at two levels in humans and chimpanzees", *Science*, 1975, vol. 188, nº 4184, pp.107-16.

KIRSCH, M., BUCHHOLZ, MB., "On the Nature of the Mother-Infant Tie and Its Interaction with Freudian Drives, *Frontiers in Psychology,* 2020, nº 11, p. 317.

KNIGHT, M., BUNCH, K., PATEL, R., SHAKESPEARE, J., KOTNIS, R., KENYON, S., KURINCZUK, JJ., *Saving Lives, Improving Mothers' Care Core Report - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018-20.* Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit, Universidad de Oxford, 2022.

KOHLBERG, L. *"*The Psychology of Moral Development: The Nature and Validity of Moral Stages ", *Essays on Moral Development,* 1984, vol. 2.

KOHLHOFF, J., KARLOV, L., DADDS, M., BARNETT, B., SILOVE, D., EAPEN, V., "The contributions of maternal oxytocin and maternal sensitivity to infant attachment security", *Attachment & Human Development*, 2022, vol. 24, nº4, pp. 525-540.

KOSTANDY, RR., LUDINGTON-HOE, SM., "The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact)", *Birth Defects Research,* 2019, vol. 111, nº 15, pp. 1032-1043.

KRAVDAL, O., "The high fertility of college educated women in Norway. An artefact of the separate modelling of each parity transition, *Demographic Research*, 2001, nº 5, pp. 187–216.

KRUG, EG., MERCY, JA., DAHLBERG, LL., ZWI, AB., "The world report on violence and health", *The Lancet*, 2002, vol. 360, nº 9339, pp. 1083-1088.

KUEHN, BM., "Pregnancy length may vary by 5 weeks", *Journal of American Medical Association*, 2013, vol. 310, nº 9, pp. 893.

KURRER, C., LIPCANEANU, N., "La salud pública". *Ficha temática sobre la UE*. Parlamento Europeo.

LANGERGRABER, K., SCHUBERT, G., ROWNEY, C., WRANGHAM, R., ZOMMERS, Z., VIGILANT, L., "Genetic differentiation and the evolution of cooperation in chimpanzees and humans", *Proceedings: Biological Sciences*, 2011, vol. 278, nº 1717, pp. 2546-2552.

LAPLANCHE, J., *Problemáticas III. La sublimación*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1987.

LARA AGUADO, A.: "Trata de menores, maternidad subrogada y adopciones ilegales" en V *Congreso Jurídico Internacional sobre formas contemporáneas de esclavitud Veinte años después del Protocolo de Palermo*, Coordinador Julio Alberto Rodríguez Vásquez Lima, 2022, OIT.

LEBEL, C., MACKINNON, A., BAGSHAWE, M., TOMFOHR-MADSEN, L., GIESBRECHT, G., "Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic", *Journal of Affective Disorders*, 2020, vol. 277, pp. 5-13.

LECANNELIER, F., *Apego e Intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental.* Santiago de Chile: Editorial LOM; 2006, p. 27-42.

LEDGER, WL., "Demographics of infertility", *Reproductive biomedicine online*, 2019, vol. 18, nº 2, pp. 11–14.

LEE, BE., HA, M., PARK, H., HONG, YC., KIM, Y., KIM, YJ., HA, EH., "Psychosocial work stress during pregnancy and birthweight", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2011, vol. 25, nº 3, pp. 246-254.

LEE, GY., KISILEVSKY, BS., "Fetuses respond to father's voice but prefer mother's voice after birth", *Developmental Psychobiology*, 2014, vol. 56, nº 1, pp. 1-11.

LEE, NM., SAHA S., Nausea and vomiting of pregnancy, *Gastroenterology Clinics of North America*, 2011, vol. 40, nº 2, pp. 309-34.

LEE, RV., "Nausea and vomiting of pregnancy: an evolutionary hypothesis", *Revista Médica de Chile*, 2002, vol. 130, nº 5, pp. 580-584.

LEERKES, EM., SU, J., CALKINS, SD., SUPPLE, AJ., O'BRIEN, M., "Pathways by which mothers' physiological arousal and regulation while caregiving predict sensitivity to infant distress", *Journal of Family Psychology*, 2016, vol. 30, nº 7, pp. 769-779.

LEVINE, H., JØRGENSEN, N., MARTINO-ANDRADE, A., MENDIOLA, J., WEKSLER-DERRI, D., MINDLIS, I., PINOTTI, R., SWAN, SH., "Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis", *Human Reproduction Update,* 2017, nº 23, pp. 646–659.

LEVINE, H., JØRGENSEN, N., MARTINO-ANDRADE, A., MENDIOLA, J., WEKSLER-DERRI, D., JOLLES, M., PINOTTI, R., SWAN, SH., "Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis of samples collected globally in the 20th and 21st centuries", *Human Reproduction Update*, 2022, dmac035.

LI, H., BOWEN, A., BOWEN, R., BALBUENA, L., FENG, C., BALLY, J., MUHAJARINE, N., "Mood instability during pregnancy and postpartum: a systematic review", *Archives of Women's Mental Health*, 2020, vol. 23, nº 1, pp. 29-41.

LI, H., BOWEN, A., BOWEN, R., MUHAJARINE, N., BALBUENA, L., "Mood instability, depression, and anxiety in pregnancy and adverse neonatal outcomes", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2021, vol. 21, nº 1, p. 583.

LIEW, SC., AUNG, T., "Sleep deprivation and its association with diseases- a review", *Sleep Medicine*, 2021, nº 77, pp. 192-204.

LIMA AR, MELLO MF, MARI JDE J., "The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood", *Current Opinion in Psychiatry*, 2010, vol. 23, nº 4, pp. 383-7.

LINDE, K., LEHNIG, F., NAGL, M., KERSTING, A., "The association between breastfeeding and attachment: A systematic review", *Midwifery*, 2020, nº 81, p.102592.

LINDEN, K., MAIMBURG, RD., "Who safeguards pregnant women's autonomy during the COVID-19 pandemic?", *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2020, vol. 26, p. 100556.

LINGLE, S., WYMAN, MT. KOTRBA, R., TEICHROEB, LJ., ROMANOW, CA., "What makes a cry a cry? A review of infant distress vocalizations", *Current Zoology*, 2012, nº 58, pp. 698–726.

LIU, N., YANG, H., HAN, L., MA, M., "Oxytocin in Women's Health and Disease", *Frontiers in Endocrinology* (*Lausanne*), 2022, nº 13, p. 786271.

LLOBERA CIFRE, R., FERRER PÉREZ, VA., CHELA ÁLVAREZ. X., "Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido", *Investigaciones Feministas*, 2019, nº 10, pp. 149–184.

LLORCA CASTRO, F., "Políticas de Salud en la Unión Europea: ¿Hacia un Sistema Europeo de Salud Pública?", *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2006, vol. 4, nº 4, pp. 727-743.

LONDON, V., GRUBE, S., SHERER, DM., ABULAFIA, O., "Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature", *Pharmacology*, 2017, vol. 100, nº 3-4:161-17.

LÓPEZ ESCUDERO, M., "Comentario al artículo 35". En Araceli Mangas Martí, *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Comentario artículo por artículo*, Fundación BBVA, pp. 594-605.

LÓPEZ MARTÍN, A.G. "La doctrina del Consejo de ·Estado sobre los efectos jurídicos de los dictámenes de los comités de derechos humanos de Naciones Unidas", en *Los efectos jurídicos en España de las decisiones de los órganos internacionales de control en materia de derechos humanos de naturaleza no jurisdiccional*, coord. por Carlos Fernández de Casadevante, 2020, pp. 171-200.

LÓPEZ-ZENO, LA., HARRINGTON, L., "Normal labor and delivery", en J. J. Sciarra (Ed.), *Gynecology & obstetrics* (vol. 2, cap. 68). Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

LOREDO-ABDALÁ, A., VARGAS-CAMPUZANO, E., CASAS-MUÑOZ, A., GONZÁLEZ-CORONA, J., GUTIÉRREZ-LEYVA, CJ., "Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2017, vol. 55, nº 2, pp. 223-229.

LUTGENDORF, MA., ABRAMOVITZ, LM., BUKOWINSKI, AT., GUMBS, GR., CONLIN, AMS., HALL, C., "Pregnancy and posttraumatic stress disorder: associations with infant outcomes and prenatal care utilization", *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2022, vol. 35, nº 25, pp. 9053-9060.

MACINTYRE, A., *Tras la Virtud*, Editorial Crítica, Barcelona, 2001, pp. 270-271.

MACK LR, TOMICH PG., "Gestational Diabetes: Diagnosis, Classification, and Clinical Care", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2017, vol. 44, nº 2, pp. 207-217.

MAIN, M., SOLOMON, J., "Procedimientos para identificar a los bebés como desorganizados / desorientados durante la situación extraña de Ainsworth", en M.T. Greenberg, D. Cicchetti y E.M. Cummings (Eds.), *Apego en los años preescolares*, pp. 121-160. Chicago, Universidad de Chicago, 1990.

MAIN, TF., "Mothers with children in a psychiatric hospital", *The Lancet ii*, 1958, pp. 845–847.

MALDONADO, M., LARTIGUE, T., "Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto", Maldonado M, Brockington I, editores. *La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal*, Organización Panamericana de la Salud, 2011, pp. 1-17.

MALDONADO, M., SAUCEDA, J., "Fenómenos de "Programación in utero": alto nivel de estrés psicosocial y desnutrición durante el embarazo". En: Maldonado M, Brockington I, editores. *La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal,* Organización Panamericana de la Salud, 2011, pp. 21-35.

MALISZEWSKA, K., ŚWIĄTKOWSKA-FREUND, M., BIDZAN, M., PREIS, K., "Relationship, Social Support, and Personality as Psychosocial Determinants of the Risk for Postpartum Blues", *Ginekologia Polska*, 2016, vol. 87, pp. 442–447.

MANN, L. BATESON, D. BLACK, KI., "Teenager Pregnancy", *The Australian Journal of General Practice*, 2020, vol. 49, nº 6, pp. 310-316.

MANN, U., SHIFF, B., PATEL, P., "Reasons for worldwide decline in male fertility", *Current Opinion in Urology*, 2020, vol. 30 nº 3, pp. 296-301.

MARCÉ, LV., *Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelles Accouchées et des Nourrices, et Considérations Médico-légales quise rattachent à ce Sujet*. Baillière, Paris, 1958.

MARCONI, J., "Política de Salud Mental en América Latina", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina,* 1976, vol. 4, pp. 277-281.

MARCOS MARTÍN, M.T., QUESADA ALCALÁ, C., "Influencia de la Unión Europea en la protección de la salud en España" en *La protección de la salud en tiempos de crisis: nuevos retos del bioderecho en una sociedad plural*, Ana Fernández-Coronado González, Salvador Pérez Álvarez (dir.), 2014, pp. 31-59.

MARLIN, BJ., MITRE, M., D'AMOUR, JA., CHAO, MV., FROEMKE, RC., "Oxytocin enables maternal behaviour by balancing cortical inhibition", *Nature*, 2015, vol. 520, nº 7548, pp. 499-504.

MARTÍN DE CARRIARES, S., *Brecha y penalización salarial por maternidad. Variables explicativas*. Tesis doctoral defendida en abril de 2021. Universidad Pontificia de Comillas.

MARTÍNEZ-GARCÍA, M., PATERNINA-DIE, M., BARBA-MÜLLER, E., MARTÍNEZ DE BLAS, D., BEUMALA, L., CORTIZO, R., POZZOBON, C., MARCOS-VIDAL, L., FERNÁNDEZ-PENA, A., PICADO, M., BELMONTE-PADILLA, E., MASSÓ-RODRÍGUEZ, A., BALLESTEROS, A., DESCO, M., VILARROYA, O., HOEKZEMA, E., CARMONA, S., "Do Pregnancy-Induced Brain Changes Reverse? The Brain of a Mother Six Years after Parturition", *Brain Sciences*, 2021, vol. 11, nº 2, p.168.

MARTÍNEZ SAN MILLÁN, C., "España y la deshumanización del parto por medio de la violencia obstétrica. Comentario al Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer nº 154/2020, de 23 de febrero de 2023", *Revista de Estudios Europeos*, 2023, vol. 82, pp. 285-298.

MAZUMDER, S., TANEJA, S., DUBE, B., BHATIA, K. GHOSH, R., SHEKHAR, M., SINHA, B., BAHL, R., MARTINES, J., BHAN, MK., SOMMERFELT, H., BHANDARI. N., "Effect of community-initiated kangaroo mother care on survival of infants with low

birthweight: a randomised controlled trial", *The Lancet*, 2019, vol. 394, nº 10210, pp. 1724-1736.

MCDONALD, P., MOYLE, H., *In Australia fertility is falling only for low educated women*, N-IUSSP; 2019.

MCGUIRE, E., "Maternal and infant sleep postpartum", *Breastfeed Review*, 2013, vol. 21, nº 2, pp. 38-41.

MCNEILLY, AS., ROBINSON, IC., HOUSTON, MJ., HOWIE, PW., "Release of oxytocin and prolactin in response to suckling", *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1983, nº 286, pp. 257–259.

MCNISS, C., KALARCHIAN, M., LAURENT, J., "Factors associated with childhood sexual abuse and adolescent pregnancy", *Child Abuse & Neglect*, 2021, nº 120, p. 105183.

MELIÁN A, CABANYES J., "Salud mental. Orientaciones para el equilibrio psíquico". En Cabanyes J, Monge M, editores. *La salud mental y sus cuidados*. 4-a ed. Pamplona: EUNSA; 2010, pp. 125-39.

MENA-TUDELA, D., IGLESIAS-CASAS, S., CERVERA-GASCH, A., ANDREU-PEJÓ, L., GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM., VALERO-CHILLERÓN, MJ., "Breastfeeding and Obstetric Violence during the SARS-CoV-2 Pandemic in Spain: Maternal Perceptions", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, nº 23, p. 15737.

MENA-TUDELA, D., IGLESIAS-CASÁS, S., GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM., CERVERA-GASCH, Á., ANDREU-PEJÓ, L., VALERO-CHILLERON, MJ., "Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, nº 21, p. 7726.

MICHELENA, M., Un año para toda la vida. *Booket*, Barcelona, 2013.

MIKHAIL, MS., FREDA, MC., MERKATZ, RB., POLIZZOTTO, R., MAZLOOM, E., MERKATZ, IR., "The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1991, vol. 165, nº 4, pp. 988-91.

MIMA, M., GREENWALD, D., OHLANDER, S., "Environmental Toxins and Male Fertility", *Current Opinion in Urology*, 2018, vol. 19, nº 7, p. 50.

MINOOEE, S., CUMMINS, A., "Childbirth during the COVID-19 pandemic", *JBI Evidence Synthesis*, 2022, vol. 20, nº 3, pp. 723-724.

MIYAUCHI, A., SHISHIDO, E., HORIUCHI, S., "Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth: A meta-synthesis", *Japan Journal of Nursing Science*, 2022, vol. 19, nº3, e12475.

MOLINA GARCÍA, L., HIDALGO RUIZ, M., MIRANDA MORENO, MD., "La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica", *Revista Matronas*, 2017, vol. 1, nº 5.

MOORE, ER., ANDERSON, GC., BERGMAN, N., DOWSWELL. T., "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, vol. 5, CD003519.
MOORE, ER., BERGMAN, N., ANDERSON, GC., MEDLEY, N., "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, vol. 11, nº 11, CD003519.

MORENO, A., et al., "Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica. en Reproducción asistida, En: *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 2009.

MORGAN, BE., HORN, AR., BERGMAN, NJ., "Should neonates sleep alone?", *Biological Psychiatry*, 2011, vol. 70, nº 9, pp. 817-825.

MORGAN, SC., RELAIX, F., SANDELL, LL., LOEKEN, MR., "Oxidative stress during diabetic pregnancy disrupts cardiac neural crest migration and causes outflow tract defects", *Birth defects research. Part A, Clinical and Molecular Teratology*, 2008, vol. 82, nº 6, pp. 453-463.

MORREALE, M., BALON, R., TANCER., M., DIAMOND, M., "The impact of stress and psychosocial interventions on assisted reproductive technology outcome", *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2011, vol. 37, nº 1, pp. 56-69.

MULLINGTON, JM., HAACK, M., TOTH, M., SERRADOR, JM., MEIER-EWERT, HK., "Cardiovascular, inflammatory, and metabolic consequences of sleep deprivation", *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2009, vol. 51, nº 4, pp. 294-302.

MUÑOZ, M., ABELLÁN-GARCÍA, F., CUEVAS, I., DE LA FUENTE, A., IBORRA, D., MATARÓ, D., NÚÑEZ, R., ROCA, M., *Documento sobre posicionamiento de la Sociedad Española de Fertilidad respecto de la regla del anonimato en las donaciones de gametos*, Fase 20 Ediciones, 2019.

NAEEM, N., ZANCA, RM., WEINSTEIN, S., URQUIETA, A., SOSA, A., YU, B., SULLIVAN, RM., "The Neurobiology of Infant Attachment-Trauma and Disruption of Parent-Infant Interactions", *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2022, nº 16, p.882464.

NAKIĆ RADOŠ, S., TADINAC, M., HERMAN, R., "Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression", *Acta Clinica Croatica*, 2018, vol. 57, nº 1, pp. 39-51.

NAVARRO-ROSENBLATT, D., GARMENDIA, ML., "Maternity Leave and Its Impact on Breastfeeding: A Review of the Literature", *Breastfeeding Medicine*, 2018, vol. 13, nº 9, pp. 589-597.

NELSON, HD., DARNEY, BG., AHRENS, K., BURGESS, A., JUNGBAUER, RM., CANTOR, A., ATCHISON, C., EDEN, KB., GOUETH, R., FU R., "Associations of Unintended Pregnancy with Maternal and Infant Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis", *Journal of American Medical Association,* 2022, vol. 328, nº 17, pp. 1714-1729.

NEWCOMBE, N., LERNER, JC., "Britain between the wars: the historical context of Bowlby's theory of attachment", *Psychiatry*, 1982, vol. 45, nº 1, pp. 1-12.

NISSEN, E., GUSTAVSSON, P., WIDSTRÖM, A., UVNÄS- MOBERG, K., "Oxytocin, prolactin, milk production and their relation with personality traits in women after vaginal delivery and Sectio Caesarea", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1998, vol. 19, pp. 49-58.

NODDINGS, N., "The care tradition: Beyond "Add women and stir". *Theory into Practice*, 2001b, Vol 40 nº 1, pp. 29-34. Noddings, N. *Educating moral people. A caring alternative to character education*. New York: Teachers College Press, 2002.

NOGUEIRA, A., AMMAR, O., BILIR, E., IFTENE, L., TORRERO, I., CESCHIN, N., NOGUEIRA-SILVA, C., BRANDÃO, P., "University students' opinion on gamete donor identification regimes", *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 2023, vol. 40, nº 6, pp. 1361-1368.

NORTHRUP, C., "MD: a pioneer in the field of women's health", *Alternative therapies in health and medicine*, 2007, vol. 3, nº 3, pp. 64–75.

NUÑO GÓMEZ, L., "Una nueva cláusula del Contrato Sexual: vientres de alquiler", *Revista de filosofía moral y política*, 2016, n. º 55, pp. 686-687.

O'HARA, L., SMITH, ER., BARLOW, J., LIVINGSTONE, N., HERATH, NI., WEI, Y., SPRECKELSEN, TF., MACDONALD, G., "Video feedback for parental sensitivity and attachment security in children under five years", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, vol. 11, nº 1, CD012348.

OLMI, M., RADUA, J., OLIVOLA, M., CROCE, E., SOARDO, L., SALAZAR DE PABLO, G., IL SHIN, J., KIRKBRIDE, JB., JONES, P., KIM, JH., CARVALHO, AF., SEEMAN, MV., CORRELL, CU., FUSAR-POLI, P., "Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies", *Molecular Psychiatry,* 2022, vol. 27, nº 1, pp. 281-295.

OLZA, I., "La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna en el neurodesarrollo infantil", en *Maternidad gozosa y entrañable*. pp. 93-102. Prensas Universitarias de Zaragoza, 2006.

OLZA, I., FERNÁNDEZ LORENZO, P., GONZÁLEZ URIARTE, A., HERRERO AZORÍN, F., CARMONA CAÑABATE, S., GIL SANCHEZ, A., AMADO GÓMEZ, E., DIP, M. E., "Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud

mental perinatal", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2021, vol. 41, nº 139, pp. 23-35.

OLZA, I., LEAHY-WARREN, P., BENYAMINI, Y., KAZMIERCZAK, M., KARLSDOTTIR, SI., SPYRIDOU, A., et al., "Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis", *BMJ Open*, 2018, vol. 8, nº 10, e020347.

OLZA, I., UVNAS-MOBERG, K., EKSTRÖM-BERGSTRÖM, A., LEAHY-WARREN, P., KARLSDOTTIR, SI., NIEUWENHUIJZE, M., VILLARMEA, S., HADJIGEORGIOU, E., KAZMIERCZAK, M., SPYRIDOU, A., BUCKLEY, S., "Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth", *PLoS One*, 2020, vol. 15, nº 7, e0230992.

O'MAHONY, A., STEPHENS, C., LIVINGSTON, V., DEMPSEY, E., BOYLAN, G., MURRAY, D., "Postnatal maternal mental health and postnatal attachment", *Rural and Remote Health*, 2023, vol. 23, nº 1, p. 8126.

ONOCKO-CAMPOS, R., DAVIDSON, L., DESVIAT, M., "Mental health and human rights: Challenges for health services and communities", *Salud Colectiva,* 2021, vol. 17, p. 3488.

ORAL, R., RAMIREZ, M., COOHEY, C., NAKADA, S., WALZ, A., KUNTZ, A., BENOIT, J., PEEK-ASA, C., "Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care", *Pediatric Research.* 2016, vol. 79, nº 1-2, pp. 227-233.

PAGE, E., "Donation, surrogacy and adoption", *Journal of Applied Philosophy*, 1985, vol. 2, pp. 161-171.

PAIZ, JC., DE JEZUS CASTRO, SM., GIUGLIANI, ERJ., DOS SANTOS AHNE, SM., AQUA, CBD., GIUGLIANI, C., "Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression", *BMC Pregnancy Childbirth*, 2022, vol. 22, nº 1, p. 664.

PALOMBA, S., DAOLIO, J., ROMEO, S., BATTAGLIA, FA., MARCI, R., LA SALA, GB., "Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility", *Reproductive Biology and Endocrinology*, 2018, vol.16, nº 1, p. 113.

PAPAPETROU, C., PANOULIS, K., MOUROUZIS, I., KOUZOUPIS, A., "Pregnancy and the perinatal period: The impact of attachment theory", *Psychiatriki,* 2020, vol. 31, nº 3, pp. 257-270.

PARDO-MIRANDA, L., "La adopción ilegal y la gestación subrogada como finalidades del delito de trata de seres humanos", *Anales de Derecho*, 2023, vol. 40.

PARFITT, Y., AYERS, S., "Postnatal mental health and parenting: the importance of parental anger", *Infant Mental Health Journal*, 2012, vol. 33, nº 4, pp. 400-410.

PARICIO DEL CASTILLO, R., "Mental Health and Vulnerable Populations in the Era of Covid-19: Containment Measures Effects on Pregnancy and Childbirth", *Arizona State Law Journal*, 2020, nº 2, pp. 175-190.

PARICIO DEL CASTILLO, R., "La violencia de género contra mujeres y niñas, una violación de derechos humanos y un problema de salud pública", en *La CEDAW 40 años después: ¿los derechos líquidos de la mujer?*, PID2021-122788OB-I00, en prensa, 2023.

PARICIO DEL CASTILLO, R., "Salud Mental Perinatal y Reproducción Asistida por Ovodonación: un análisis de la situación actual en España", *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, 2022, vol. 39, nº 3.

PARIENTE, C., OLZA, I., CASCIO, L., SILVA, X., EYIMI, H., ESCUDERO, T., BLANCO, V., GARCÍA, MD., PEDRO, I., "Dossier de la Campaña Haloperidol en el parto: nunca más", *Asociación El parto es nuestro*; 2021. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/resumen_dossier_haloperidol.pdf.

PASTOR RIDRUEJO, JA., "*La humanización del derecho internacional y el acceso del individuo a sus instituciones jurisdiccionales*", 2009, pp. 13-24.

PATEL, V., SAXENA, S., LUND, C., et al., "The *Lancet* Commission on global mental health and sustainable development." *The Lancet*, 2018, vol. 392, pp. 1553-1598.

PATHAK, BG., SINHA, B., SHARMA, N., MAZUMDER, S., BHANDARI, N., "Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis", *Bulletin of the World Health Organization*, 2023, vol. 101, nº 6, pp. 391-402.

PATTON, GC., COFFEY, C., SAWYER, SM., VINER, RM., HALLER, DM., BOSE, K., VOS, T., FERGUSON, J., MATHERS, CD., "Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data", *The Lancet*, 2009, vol. 374, pp. 881–892.

PAVLIDIS, P., EDDY, K., PHUNG, L., FARRINGTON, E., CONNOLLY, M., LOPES, R., WILSON, AN., HOMER, CSE., VOGEL, JP., "Clinical guidelines for caring for women with COVID-19 during pregnancy, childbirth and the immediate postpartum period", *Women and Birth*, 2021, vol. 34, nº 5, pp. 455-464.

PAYNE, JL., MAGUIRE, J., "Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression", *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2019, vol. 52, pp. 165-180.

PEARSON, RM., LIGHTMAN, SL., EVANS, J., "Emotional sensitivity for motherhood: late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces", *Hormones and Behavior*, 2009, vol. 56, nº 5, pp. 557-563.

PEÑACOBA, C., CATALA, P., "Associations Between Breastfeeding and Mother-Infant Relationships: A Systematic Review", Breastfeeding *Medicine*, 2019, vol. 14, nº 9, pp. 616-629.

PÉREZ BERNÁRDEZ, C., QUESADA ALCALÁ, C., "La regulación de la conciliación de la vida privada/familiar y laboral en la Unión Europea", en Conciliación hoy, coord. por Ruth de María Abril Stoffels, 2012, pp. 117-148.

PERLINI, C., BELLANI, M., ROSSETTI, MG., ZOVETTI, N., ROSSIN, G., BRESSI, C., BRAMBILLA, P., "Disentangle the neural correlates of attachment style in healthy individuals", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2019, vol. 28, nº 4, pp. 371-375.

PERRY, BD., "Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics", *Journal of Loss and Trauma*, 2009, nº 14, pp. 240-255.

PETER RYGAARD, N., *El niño abandonado*, Editorial De Boeck Université, Bruxelles, 2005, pp. 92-93.

PEZLEY, L., CARES, K., DUFFECY, J., KOENIG, MD., MAKI, P., ODOMS-YOUNG, A., CLARK WITHINGTON, MH., LIMA OLIVEIRA, M., LOIACONO, B., PROUGH, J., TUSSING-HUMPHREYS, L., BUSCEMI, J., "Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review", *International Breastfeeding Journal*, 2022, vol.17, nº 1, p. 67.

PHUA, DY., KEE, MZL., MEANEY, MJ., "Positive Maternal Mental Health, Parenting, and Child Development", *Biological Psychiatry*, 2020, vol. 87, nº 4, pp. 328-337.

PIAGET, J*., The moral judgment of the child,* Harcourt, Brace, 1932.

PIERSANTI, V., CONSALVO, F., SIGNORE, F., DEL RIO, A., ZAAMI, S., "Surrogacy and "Procreative Tourism". What Does the Future Hold from the Ethical and Legal Perspectives?", *Medicina (Kaunas),* 2021, vol. 57, nº 1, p. 47.

POP-JORDANOVA, N., "Childbirth-Related Psychological Trauma", *Makedonska akademija na naukite i umetnostite Oddelenie za medicinski nauki, issuing body*, 2022, vol. 43, nº1, pp. 17-27.

POSNER, SF., JOHNSONS, K., PARKER, C., ATRASH, H., BIERMANN, J., "The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations", *Maternal and Child Health Journal*, 2006, vol. 10, nº 5, pp. 197-205.

POWER, C., WILLIAMS, C., BROWN, A., "Physical and Psychological Childbirth Experiences and Early Infant Temperament", *Frontiers in Psychology*, 2022, vol. 13, p. 792392.

POWER, C., WILLIAMS, C., BROWN, A., "Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers", *Midwifery*, 2019, vol. 78, pp. 131-139.

QUESADA ALCALÁ, C., "Los derechos fundamentales en la Constitución española y en la Constitución Europea : algunas reflexiones desde el Derecho Internacional", *Estudios de Derecho español y europeo: libro conmemorativo de los primeros 25 años de la Faculta dde Derecho de la Universidad de Cantab*ria / Margarita Serna Vallejo (aut.), Consuelo Arranz de Andrés (aut.), 2009, pp. 757-776.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., (versión 23.6 en línea). Disponible en: https://dle.rae.es.

RECIO ALCAIDE, A., ARRANZ MUÑOZ, JM., *Evaluación del impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal sobre las tasas de cesáreas y mortalidad perinatal en España*. Instituto de Estudios Fiscales, 2020.

RECIO ALCAIDE, A., ARRANZ, J. M., "An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain", *Health Policy,* 2022, vol. 126, nº 1, pp. 24–34.

RECK, C., HERPERTZ, SC., "Parental Bonding and Dyadic Interaction: Source of Mental Health and Risk of Psychopathology", *Psychopathology*, 2016, vol.49, nº 4, pp. 199-200.

REQUENA, M., "Spain's Persistent Negative Educational Gradient in Fertility", *European Journal of Population*, 2021, vol. 38, nº 1, pp. 1-13.

RESTREPO, O., DIEGO, A., JARAMILLO, E., JUAN, C., "Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2012, vol. 30, nº 2, pp. 202-211.

REYNA, BA., PICKLER, RH., "Mother-infant synchrony", *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2009, vol. 38, nº 4, pp. 470-7.

REYNOLDS, LP., BOROWICZ, PP., CATON, JS., CROUSE, MS., DAHLEN, CR., WARD, AK., "Developmental Programming of Fetal Growth and Development*", Veterinary Clinics of North America: Food Animal Practice*, 2019, vol. 35, nº 2, pp. 229-247.

REYNOLDS, LP., BOROWICZ, PP., CATON, JS., VONNAHME, KA., LUTHER, JS., HAMMER, CJ., MADDOCK CARLIN, KR., GRAZUL-BILSKA, AT., REDMER, DA., "Developmental programming: the concept, large animal models, and the key role of uteroplacental vascular development", *Journal of Animal Science*, 2010, vol. 88, nº 13, pp. 61-72.

REZAIE-KEIKHAIE, K., ARBABSHASTAN, ME., RAFIEMANESH, H., AMIRSHAHI, M., OSTADKELAYEH, SM., ARBABISARJOU, A., "Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period", *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2020, nº 49, pp. 127–136.

RIEM, MME., et al., “Oxytocin modulates amygdala, insula, and inferior frontal gyrus responses to infant crying: A randomized controlled trial”, *Biological Psychiatry*, 2011, nº 70, pp. 291–297.

ROBERTS, L., HENRY, A., HARVEY, SB., HOMER, CSE., DAVIS, GK., “Depression, anxiety and posttraumatic stress disorder six months following preeclampsia and normotensive pregnancy: a P4 study”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2022, vol. 22, nº 1, p. 108.

ROCA LECUMBERRI A., “Hospital de Día Madre-Bebé del Hospital Clínic BCN: un año de funcionamiento”, *Psicosomática y Psiquiatría*, 2019, n.º 9.

RODRÍGUEZ-ALMAGRO, J., HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, A., RODRÍGUEZ-ALMAGRO, D., QUIRÓS-GARCÍA, JM., MARTÍNEZ-GALIANO, JM., GÓMEZ-SALGADO, J., “Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16, nº 9, p. 1654.

RODRÍGUEZ-RUIZ, MC., PÉREZ-ROSARIO, EN., en., Pérez Gamella, V., Mohamedi-Abdelkader, I., Graterol-Hernández, E.B, Polo de Santos, MM., “Revisión sistemática sobre los riesgos del trabajo nocturno en embarazadas”, *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 2020, vol. 66, nº 258, pp. 13-25.

ROLLINS, NC., BHANDARI, N., HAJEEBHOY, N., HORTON, S., LUTTER, CK., MARTINES, JC., PIWOZ, EG., RICHTER, LM., VICTORA CG., The Lancet Breastfeeding Series Group, “Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?”, *The Lancet*, 2016, vol. 387, pp. 491–504.

ROMEO CASABONA, CM., “El Bioderecho y la Bioética, un largo camino en común”, *Genética y Humanismo*, 2017, nº 3.

ROSENBLATT, JS., “Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans”, *Acta Paediatrica*, 1994, vol. 397, pp. 3-8.

ROSS, KM., MANDER, H., RINNE, G., OKUN, M., HOBEL, C., COUSSONS-READ, M., DUNKEL SCHETTER, C., “Pregnancy-specific anxiety and gestational length: The mediating role of diurnal cortisol indices”, *Psychoneuroendocrinology*, 2023, nº 153, p. 106114.

RUANE, A., CARR, A., MOFFAT, V., “A qualitative study of parents' and facilitators' experiences of Group Stepping Stones Triple P for parents of children with disabilities”, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2019, vol. 24, nº 4, pp. 694-711.

RUANE, A., CARR, A., MOFFAT, V., FINN, T., MURPHY, A., O'BRIEN, O., GROARKE, H., O'DWYER, R., “A randomised controlled trial of the Group Stepping Stones Triple P training programme for parents of children with developmental disabilities”, *Clinical Child Psychology and Psychiatry,* 2019, vol. 24, nº 4, pp. 728-753.

SALAMANCA AGUADO, E., “El protocolo facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía”, *Boletín jurídico de la Universidad Europea de Madrid*, 2003, nº 6.

SALAZAR-COLLADO, T., “El desarrollo del niño en el primer año de vida”, *Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona"*, 2010, vol. 50, pp. 65-70.

SALOMÉ MILA, N., ROSSI, M., *Desafíos actuales de la clínica de la reproducción humana asistida*. 1a edición - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., pp. 25-26.

SÁNCHEZ RUIZ, JC., GONZÁLEZ LÓPEZ, E., APARICIO TIJERAS, C., EZQUERRA GADEA, J., “Consulta preconcepcional en Atención Primaria”, *Revista Española de Medicina de Familia*, 2005, vol. 31, nº 9, pp. 413-417.

SAY, L., CHOU, D., GEMMILL, A., TUNCALP, O., MOLLER, AB., DANIELS, J., GULMEZOGLU, AM., TEMMERMAN, M., ALKEMA, L., “Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis”, *The Lancet Global Health*, 2014, vol. 2, nº 6, e323-e333.

SAMUEL, O., ZEWOTIR, T., NORTH, D., “Decomposing the urban–rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in sub-Saharan Africa”, *Reproductive Health*, 2021, nº 18, p. 216.

SAYLE, AE., WILCOX, AJ., WEINBERG, CR., BAIRD, DD., “A prospective study of the onset of symptoms of pregnancy”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2002, vol. 55, nº 7, pp. 676-680.

SAYRES, S. VISENTIN, L., “Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions”, *Current Opinion in Pediatrics*, 2018, vol. 30, nº 4, pp. 591-596.

SCHILLING, EA., ASELTINE, RH., GORE, S., “Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey”, *BMC Public Health*, 2007, vol. 7, pp. 7-30.

SCHMOEGER, M., DECKERT, M., WAGNER, P., SIRSCH, U., WILLINGER, U., “Maternal bonding behavior, adult intimate relationship, and quality of life”, *Neuropsychiatry*, 2018, vol. 32, nº 1, pp. 26-32.

ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P., “Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention”, *Journal archive Czech Gynaecology*, 2018, vol. 83, nº 6, pp. 468-473.

SENEVIRATNE, G., “Evaluación de la capacidad parental en los trastornos mentales durante la etapa perinatal”, *Psicosomática y Psiquiatría*, 2018, nº 5.

SERATI, M., REDAELLI, M., BUOLI, M., ALTAMURA, AC., "Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review", *Journal of Affective Disorders*, 2016, nº 193, pp. 391-404.

SERRANO PONTÉS, A., MARTÍN MARTÍN, M., MANCILLA PÉREZ, L., "La desconocida historia de la Histeria", *Gomeres: salud, historia, cultura y pensamiento*, 2017. Disponible en http://index-f.com/gomeres/?p=2158.

SEZGIN, AU., PUNAMÄKI, RL., "Impacts of early marriage and adolescent pregnancy on mental and somatic health: the role of partner violence", *Archives of Women's Mental Health*, 2020, vol. 23, nº 2, pp. 155-166.

SHAKIBAZADEH, E., NAMADIAN, M., BOHREN, MA., VOGEL, JP., RASHIDIAN, A., PILEGGI VN., "Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis", *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2018, nº125, pp. 932–942.

MCNAB, S., FIHSER, J., HONIKAM, S., MUYHU, L., LEVINE, R., CHORWE-SUNGANI, G., BAR-ZEEV, S., HAILEGEBRIEL, TD., YUSUF, I., CHOWDHARY, N., RAHMAN, A., BOLTON, P., MSERSHON, C. H., BORMET, M., HENRY-ERNEST, D., PORTELA, A., STALLS, S., "Comment: silent burden no more: a global call to action to prioritize perinatal mental health", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2022, vol. 22, nº 1, pp. 22-308.

SHARMA, V., SOMMERDYK, C., "Obsessive-compulsive disorder in the postpartum period: diagnosis, differential diagnosis and management", *Women's Health*, 2015, vol.11, nº 4, pp. 543-552.

SHERMAN, PW., FLAXMAN, SM., "Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, vol. 186, nº 5, pp. 190-197.

SHOREY, S., CHEE, CYI., NG, ED., CHAN, YH., TAM, WWS., CHOUNG, YS., "Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Psychiatric Research*, 2018, vol. 104, pp. 235–248.

SHREFFLER, KM., SPIERLING, TN., JESPERSEN, JE., TIEMEYER, S., "Pregnancy intendedness, maternal-fetal bonding, and postnatal maternal-infant bonding", *Infant Mental Health Journal,* 2021, vol. 42, nº 3, pp. 362-373.

SOMMERFELT, H., BHANDARI. N., "Effect of community-initiated kangaroo mother care on survival of infants with low birthweight: a randomised controlled trial", *The Lancet*, 2019, vol. 394, nº 10210, pp. 1724-1736.

SORIANO-ORTEGA, KP., CARBALLO-MONDRAGÓN, E., ROQUE-SÁNCHEZ, AM., DURÁN-MONTERROSAS, L., KABLY-AMBE, A., "Percepción de la fertilidad

en mujeres en edad reproductiva, según su edad*", Ginecología y obstetricia de México*, 2017, vol. 85, nº 6, pp. 364-373.

SPINELLI, MG., "Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives", *American Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 161, nº 9, pp. 1548-1557.

SPINNER, M., "Maternal-infant bonding", *Canadian Family Physician*, 1978, nº 24, pp. 1151-1153.

STANEVA, A., BOGOSSIAN, F., PRITCHARD, M., WITTKOWSKI, A., "The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review", *Women and Birth*, 2015, vol. 328, nº 3, pp. 179-93.

STANTON, ME. GOGOI, A., "Dignity and respect in maternity care", *BMJ Global Health*, 2022, vol. 5, nº 2, e0090.

SUTIL MARTÍN, D.L., *Las claves de la afectividad femenina: corazón de mujer*, EDAF Editorial, 1996.

STEIN, A., PEARSON, R., GOODMAN, S., RAPA, E., RAHMAN, A., MCCALLUM, M., et al., "Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child", *The Lancet*, 2014, vol. 384, nº 9956, pp. 1800-1819.

STERN, D., *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Nueva York: Basic Books, 1995.

STREET, S., "Representación y reflexividad en la (auto) etnografía crítica: ¿Voces o diálogos?", *Nómadas,* 2003, nº 18, pp. 72-79.

TAHERI, M., TAKIAN, A., TAGHIZADEH, Z., JAFARI, N., SARAFRAZ, N., "Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum intervention", *Reproductive Health*, 2018, vol. 15, nº 1, p.73.

TAKAYANAGI, Y., ONAKA, T., "Roles of Oxytocin in Stress Responses, Allostasis and Resilience", *International Journal of Molecular Sciences*, 2021, vol. 23, nº 1, p. 150.

TAKUBO, Y., TSUJINO, N., AIKAWA, Y., FUKIYA, K., UCHINO, T., KATAGIRI, N., ITO, M., AKIBA, Y., MIZUNO, M., NEMOTO, T., "Relationship between Antenatal Mental Health and Facial Emotion Recognition Bias for Children's Faces among Pregnant Women", *Journal of Personalized Medicine*, 2022, vol. 12, nº 9, p. 1391.

TARLOV, A., "Social determinants of Health: the sociobiological transition", en Blane D, Brunner E. Wilkinson D (eds), *Health and Social Organization*. London: Routledge; 1996, pp. 71-93.

TAYLOR, BL., NATH, S., SOKOLOVA, AY., LEWIS, G., HOWARD, LM., JOHNSON, S., SWEENEY, A., "The relationship between social support in pregnancy and postnatal

depression", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2022, vol. 57, nº 7, pp. 1435-1444.

The WHO Immediate KMC Study Group, "Impact of continuous Kangaroo Mother Care initiated immediately after birth (iKMC) on survival of newborns with birth weight between 1.0 to < 1.8 kg: study protocol for a randomized controlled trial", *Trials*, 2020, vol. 21, nº 1, p. 280.

TICHELMAN, E., WARMINK-PERDIJK, W., HENRICHS, J., PETERS, L., SCHELLEVIS, FG., BERGER, MY., BURGER, H., "Intrapartum synthetic oxytocin, behavioral and emotional problems in children, and the role of postnatal depressive symptoms, postnatal anxiety and mother-to-infant bonding: A Dutch prospective cohort stud", *Midwifery*, 2021, vol. 100, p.103045.

TOMEI, M., VEGA-RUIZ, ML., "La discriminación de la mujer en el lugar de trabajo. Nuevas tendencias en materia de discriminación por motivos basados en la maternidad y el acoso sexual", *Revista Latinoamericana de Derecho Social,* 2007, nº 4, pp. 149-174.

TOSTO, V., CECCOBELLI, M., LUCARINI, E., TORTORELLA, A., GERLI, S., PARAZZINI, F., FAVILLI, A., "Maternity Blues: A Narrative Review", *Journal of Personalized Medicine*, 2023, vol. 13, nº 1, p. 154.

TRINIDAD NÚÑEZ, P., "La evolución en la protección de la vulnerabilidad por el derecho internacional de los derechos humanos", *Revista Española de Relaciones Internacionales*, 2012, nº 4, pp. 125-168.

TRINIDAD NÚÑEZ, P., *El niño en el derecho internacional de los derechos humanos*, Universidad de Extremadura, Servicio de Publicaciones, 2002.

TUCK, M., WITTKOWSKI, A., GREGG, L., "A Balancing Act: A Systematic Review and Metasynthesis of Family-Focused Practice in Adult Mental Health Services", *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2023, vol. 26, nº 1, pp. 190-211.

TZENG, YL., YANG, YL., KUO, PC., LIN, YC., CHEN, SL., "Pain, Anxiety, and Fatigue During Labor: A Prospective, Repeated Measures Study", *Journal of Nursing Research*, 2017, vol. 25, nº 1, pp. 59-67.

UGUZ, F., GEZGINC, K., ZEYTINCI, IE., KARATAYLI, S., ASKIN, R., GULER, O., KIR SAHIN, F., EMUL, HM., OZBULUT, O., GECICI, O., "Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy", *Comprehensive Psychiatry*, 2007, vol. 48, nº 5, pp. 441-445.

UVNAS-MOBERG, K., "Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions", *Psychoneuroendocrinology*, 1998, vol. 23, nº 8, pp. 819-835.

UVNÄS-MOBERG, K., JOHANSSON, B., LUPOLI, B., SVENNERSTEN-SJAUNJA, K., "Oxytocin facilitates behavioural, metabolic and physiological adaptations during lactation", *Applied Animal Behaviour Science*, 2001, vol. 72, nº 3, pp. 225-234.

UVNÄS-MOBERG, K., WIDSTRÖM, A., NISSEN, E., BJÖRVELL, H., "Personality traits in women 4 days postpartum and their correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin", *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990, vol. 11, pp. 261- 273.

VALERO-CHILLERÓN, MJ., MENA-TUDELA, D., CERVERA-GASCH, Á., GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM., SORIANO-VIDAL, FJ., QUESADA, JA., CASTRO-SÁNCHEZ, E., VILA-CANDEL, R., "Influence of Health Literacy on Maintenance of Exclusive Breastfeeding at 6 Months Postpartum: A Multicentre Study", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, nº 9, p.5411.

VAN BEUKERING, MD., VAN MELICK, MJ., MOL, BW., FRINGS-DRESEN, MH., HULSHOF, CT., "Physically demanding work and preterm delivery: a systematic review and meta-analysis", *International Archives of Occupational and Environmental Health,* 2014, vol. 87, nº 8, pp. 809-834.

VAN DEN AKKER, OBA., "Psychosocial aspects of surrogate motherhood"; Life & Health Sciences, Aston University, Birmingham, UK; *Human Reproduction Update*, 2007, vol. 13, nº 1, pp 53–62.

VAN DEN BERGH, BRH., VAN DEN HEUVEL, MI., LAHTI, M., BRAEKEN, M., DE ROOIJ, SR., ENTRINGER, S., HOYER, D., ROSEBOOM, T., RÄIKKÖNEN, K., KING, S., SCHWAB, M., "Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2020, nº 117, pp. 26-64.

VAN DER HORST, FC., VAN DER VEER, R., "Loneliness in infancy: Harry Harlow, John Bowlby and issues of separation", *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 2008, vol. 42, nº 4, pp. 325-335.

VAN NIEL, MS., BHATIA, R., RIANO, NS., DE FARIA, L., CATAPANO-FRIEDMAN, L., RAVVEN, S., WEISSMAN, B., NZODOM, C., ALEXANDER, A., BUDDE, K., MANGURIAN, C., "The Impact of Paid Maternity Leave on the Mental and Physical Health of Mothers and Children: A Review of the Literature and Policy Implications", *Harvard Review of Psychiatry*, 2020, vol. 28, nº 2, pp. 113-126.

VAN NIEL, MS., PAYNE, JL., "Perinatal depression: A review", *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2020, vol. 87, nº 5, pp. 273-277.

VAN SIELEGHEM, S., DANCKAERTS, M., RIEKEN, R., OKKERSE, JME., DE JONGE, E., BRAMER, WM., LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, MP., "Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review", *Early Human Development*, 2022, nº 174, p. 105667.

VARGAS-JIMÉNEZ, I. "How to Envision Critical Ethnography within Qualitative Research?", *Revista Electrónica Educare*, 2015, vol. 20 nº 2, pp. 1-13.

VARLAS, VN., BORS, RG., ALBU, D., PENES, ON., NASUI, BA., MEHEDINTU, C., POP, AL., "Social Freezing: Pressing Pause on Fertility"*, International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, nº 15, pp. 80-88.

VÁZQUEZ, M., LARTIGUE, T., CORTÉS, J., "Organización conductual de neonatos hijos de madres con un trastorno del estado de ánimo", *Salud Mental,* 2005, nº 28, pp. 11-19.

VELASCO, S.*, Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud.* Madrid, Minerva Ediciones, 2009.

VETULANI, J., "Early maternal separation: a rodent model of depression and a prevailing human condition", *Pharmacological Reports*, 2013, vol. 65, nº 6, pp. 1451-1461.

VICTORA, CG., BAHL, R. BARROS, AJ., FRANÇA, GV., HORTON, S. KRASEVEC, J. et al., "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect", *The Lancet*, 2016, vol. 387, nº 10017, pp. 475–90.

VIET, TH., NANTHAMONGKOLCHAI, S., MUNSAWAENGSUB, C., PITIKULTANG, S., "Positive Parenting Program to Promote Child Development Among Children 1 to 3 Years Old: A Quasi-Experimental Research", *Journal of Primary Care & Community Health*, 2022, nº 13, 21501319221089763.

VILLARROEL, C., BUSCO, C., NEIRA, B., ENSIGNA, A., DURÁN, P., "Modelo de Intervención de Riesgos Psicosociales en la Red Asistencial de Salud", *Ciencia y Trabajo*, 2018, vol. 20, nº 62, pp. 76-79.

VRIJKOTTE, T., BRAND, T., BONSEL, G., "First trimester employment, working conditions and preterm birth: a prospective population-based cohort study", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2021, vol. 78, nº 9, pp. 654-660.

WAGNER, E., BIEŃ, K., ŁOMŻA, A., GRUNWALD, A., KIMBER-TROJNAR, Ż., LIBERA, A., LESZCZYŃSKA-GORZELAK, B., "Stress of Prematurity in the Experience of the COVID-19 Pandemic-Current State of Knowledge", *Life (Basel)*, 2023, vol. 13, nº 8, p.1757.

WALKE, CD., "Maternal touch and feed as critical regulators of behavioral and stress responses in the offspring", *Developmental Psychobiology*, 2010, vol. 52, nº 7, pp. 638-650.

WALTER, MH., ABELE, H., PLAPPERT, CF., "The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child", *Frontiers in Endocrinology*, 2021, vol. 12, p. 742236.

WEI, D., LOEKEN, MR., "Increased DNA methyltransferase 3b (Dnmt3b)-mediated CpG island methylation stimulated by oxidative stress inhibits expression of a gene

required for neural tube and neural crest development in diabetic pregnancy", *Diabetes*, 2014, vol. 63, nº 10, pp. 3512-3522.

WEN, SW., LIU, S., KRAMER, MS., MARCOUX, S., OHLSSON, A., SAUVÉ, R., LISTON, R., "Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries", *American Journal of Epidemiology*, 2001, nº 153, pp. 103-107.

WERNER-BIERWISCH, T., PINKERT, C., NIESSEN, K., METZING, S., HELLMERS, C., "Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018, vol. 18, nº 1, p. 473.

WHITTINGHAM, K., DOUGLAS, P., "Optimizing parent-infant sleep from birth to 6 months: a new paradigm", *Infant Mental Health Journal*, 2014, vol. 35, nº 6, pp. 614-23.

WIDOWATI, R., KUNDARYANTI, R., JULIAN, DA., RAUSHANFIKRI, A., "Pregnancy and work stress: investigation of factors relating stress level of pregnant working women in Indonesia", *Gaceta Sanitaria*, 2021, vol. 35, nº 1, pp. 38-41.

WILKINSON, S., "The exploitation argument against commercial surrogacy", *Bioethics,* 2003, vol. 17, nº 2, pp. 169-187.

WOODY CA, FERRARI AJ, SISKIND DJ, WHITEFORD HA, HARRIS MG. WA., "Systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression", *Journal of Affective Disorders,* 2017, nº 219, pp. 86-92.

WRAY, J., "Breastfeeding and primitive neonatal reflexes", *The Practising Midwife,* 2008, vol. 11, nº 5, pp. 53-56.

YANG, X., HU, R., SHI, M., WANG, L., YAN, J., GONG, J., ZHANG, Q., HE, J., WU, S., "Placental Malfunction, Fetal Survival and Development Caused by Sow Metabolic Disorder: The Impact of Maternal Oxidative Stress", *Antioxidants*, 2023, vol. 12, nº 2, p. 360.

YIN X, SUN N, JIANG N, XU X, GAN Y, ZHANG J, QIU L, YANG C, SHI X, CHANG J, GONG Y. "Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses", *Clinical Psychology Review*, 2021, nº 83, p.101932.

YUEN, M., HALL, OJ., MASTERS, GA., NEPHEW, BC., CARR, C., LEUNG, K., GRIFFEN, A., MCINTYRE, L., BYATT, N., MOORE SIMAS, TA., "The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review", *Journal of Women's Health*, 2022, vol. 31, nº 6, pp. 787-807.

ZALAKAIN, J. , "Diseño e impacto de las prestaciones por hijos a cargo en los países de la OCDE", *Revista de servicios sociales*, nº 74, 2021, pp. 5-32.

ZAMBALDI, CF., CANTILINO, A., MONTENEGRO, AC., PAES, JA., DE ALBUQUERQUE, TL., SOUGEY, EB., "Postpartum obsessive-compulsive disorder:

prevalence and clinical characteristics", *Comprehensive Psychiatry*, 2009, vol. 50, nº 6, pp. 503-509.

ZEANAH, CH., KEENE, M., ANDERS, TF., "Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants", *Psychiatry*, 1986, vol. 49, nº 3, pp. 193-203.

ŻELAŹNIEWICZ, A., NOWAK, J., PAWŁOWSKI, B., "Woman's body symmetry and oxidative stress in the first trimester of pregnancy", *American Journal of Human Biology*, 2015, vol. 27, nº 6, pp. 816-821.

BIBLIOGRAFÍA NORMATIVA

ÁMBITO UNIVERSAL

- Carta de la Organización de las Naciones Unidas, San Francisco, 25 de junio de 1945.
- Constitución de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO, Londres, de 16 de noviembre de 1945.
- Tratado constitutivo de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York, de 22 de julio de 1946.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 21 de diciembre de 1965.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 16 de diciembre de 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 16 de diciembre de 1966, y Protocolo Facultativo, de 10 de diciembre de 2008.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 18 diciembre 1979 y Protocolo Facultativo, de 6 de octubre de 1999.
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, de 10 de diciembre de 1984.
- Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989.
- Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, de 18 de diciembre de 1990.
- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, de 21 de mayo de 2003.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 12 de diciembre de 2006.
- Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, de 23 de diciembre de 2010.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

- C003 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919.
- C103 - Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952.
- C183 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000.

ÁMBITO REGIONAL EUROPEO

CONSEJO DE EUROPA

- Tratado de Londres, 5 de mayo de 1949.
- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, 1950.
- Carta Social Europea, Turín, 18 de abril de 1961, revisada en 1996. Carta Social Europea (revisada), 2006.
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto la aplicación de la biología y la medicina: Convenio sobre los derechos humanos y la biomedicina (ETS n ° 164), Oviedo, de 4 de abril de 1997.
- Protocolo adicional sobre la prohibición de clonar seres humanos (CETS No. 168) de 1998.
- Protocolo adicional sobre trasplante de órganos y tejidos de origen humano (CETS No. 186) de 2002.
- Protocolo adicional relativa a la investigación biomédica (CETS No. 195) de 2005.
- Protocolo adicional con respecto a las pruebas genéticas para fines de salud (CETS Nº. 203), de 2008.
- Convenio del Consejo de Europa sobre la eliminación de la trata de seres humanos, de 3 de mayo de 2005.

UNIÓN EUROPEA

- Tratado de la Unión Europea, Lisboa, 2007.
- Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, 2007.
- Carta de Derechos fundamentales de la Unión, Niza, de 7 de diciembre de 2000.
- Reglamento (CEE) nº1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad.
- Directiva 2002/73, de 23 de septiembre de 2002, del Parlamento y del Consejo, por la que se reforma la Directiva 76/207/CEE, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo el "acoso sexual".
- Reglamento (CE) 631/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se modifica el Reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, y el Reglamento (CEE) nº 574/72 del Consejo por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) nº 1408/71, en lo que se refiere a la armonización de los derechos y la simplificación de los procedimientos (Tarjeta Sanitaria Europea).
- Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.
- Reglamento (CE) nº 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) nº 883/2004.
- Reglamento (UE) nº 1372/2013 de la Comisión, de 19 de diciembre de 2013, por el que se modifican el Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del

consejo, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

- Directiva 2011/36, del 5 de abril de 2011, del Parlamento y del Consejo, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas
- Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012 por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos.
- Reglamento UE 606/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de junio de 2013, sobre el reconocimiento mutuo de las medidas de protección en materia civil.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.
- Reglamento (UE) 2018/1725 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2018, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales por las instituciones, órganos y organismos de la Unión, y a la libre circulación de esos datos, y por el que se derogan el Reglamento (CE) nº 45/2001 y la Decisión nº 1247/2002/CE.
- Reglamento (UE) 2021/522 por el que se establece un programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud («programa UEproSalud») para el período 2021-2027.

ESPAÑA

- Constitución española de 1978.
- Ley General de Sanidad nº 14/1986, de 25 de abril.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, la promoción y protección de la salud laboral, así como la prevención de los factores de riesgo en este ámbito, deben ser contempladas en la cartera de servicios de la salud pública.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, disposición final tercera que modifica el artículo 30 del Código Civil.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

- Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.
- Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.
- Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, por el que se adoptan y prorrogan determinadas medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania, de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad; de transposición de Directivas de la Unión Europea en materia de modificaciones estructurales de sociedades mercantiles y conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores; y de ejecución y cumplimiento del Derecho de la Unión Europea.

- Comunidad de Madrid
  - Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid.
  - Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Ley 12/2018, de 20 de noviembre, de modificación de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.

ACTOS ADOPTADOS POR ÓRGANOS INTERNACIONALES

ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.
- A/RES/48/104 Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, 20 diciembre 1993.
- A/55/2 Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración del Milenio, 13 de septiembre del 2000
- A/RES/70/1 Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 21 de octubre de 2015.
- A/70/213 El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 30 de julio de 2015.
- A/HRC/34/32 Salud mental y derechos humanos Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 31 enero 2017.
- A/74/137 Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, 11 de julio de 2019.

CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS

- A/HRC/29/40/Add.3, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica - Adición Misión a España, 17 de junio de 2015.
- A/HRC/41/34, Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 12 de abril de 2019.

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES INDIVIDUALES: RELATORES ESPECIALES

- Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt E/CN.4/2005/51.14 de febrero de 2005.
- A/61/338, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 13 de septiembre de 2006.
- A/64/272. Informe Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 10 de agosto de 2009
- A/66/254. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 3 agosto de 2011.
- A/HRC/20/15. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, 10 de abril de 2012.
- A/HRC/29/33. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras, 2 abril de 2015.
- A/HRC/32/32. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Salud de los adolescentes, 4 abril 2016.
- A/73/216. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 27 julio 2018.
- A/HRC/32/42. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, 19 de abril 2016.
- A/74/137. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, 11 de julio de 2019.

COMITÉS DE DERECHOS HUMANOS CREADOS POR LOS TRATADOS

- HRI/MC/2006/7 Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos.

COMITÉ DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

- Observación General nº 5: El derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, 1994.
- Observación General nº 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), 11 agosto 2000.
- Observación General nº 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9), 2007.
- Observación General nº 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2009.
- Observación General nº 22: El derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2016.

COMITÉ CEDAW

- Recomendación General nº 15: Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA, 9º período de sesiones, 3 de febrero de 1990.
- Recomendación General nº 19: La violencia contra la mujer. 11º período de sesiones, 29 de enero 1992.
- Recomendación General nº 24: La mujer y la salud, 2 de febrero 1999.
- Recomendación General nº 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Observación General nº 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta. CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, 14 noviembre 2014.
- Recomendación General nº 35: Sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general nº. 19, 26 julio 2017.
- CEDAW/C/ESP/9, 10 de agosto de 2022. Noveno informe periódico que España debía presentar en 2020 en virtud del artículo 18 de la Convención.
- CEDAW/C/ESP/CO/9, 31 de mayo de 2023. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de España.

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

- Observación General nº 2: El papel de las instituciones nacionales independientes de derechos humanos en la promoción y protección de los derechos del niño CRC/GC/2002/2, 15 de noviembre de 2002.
- Observación general nº 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, 1 de julio de 2003.
- Observación General nº 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia (2005). 40º período de sesiones, U.N. Doc. CRC/C/GC/7/Rev.1, 20 de septiembre de 2006.
- Observación General nº 14: Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1), CRC/C/GC/14, 29 de mayo de 2013.
- Observación General nº15: Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013.
- Observación General nº 17: Sobre el derecho del niño al descanso, el

esparcimiento, el juego, las actividades recreativas, la vida cultural y las artes (artículo 31) CRC/C/GC/17, 17 de abril de 2013.
- Observación General nº 18: Sobre las prácticas nocivas y recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, adoptadas de manera conjunta. CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, 14 de noviembre de 2014.
- Observación General nº 20: Sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20, 6 de diciembre de 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, 21 de noviembre de 1986.
- Informe de la Conferencia Ministerial Europea OMS: *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Copenhague, 2005.
- Carta de Ginebra para el bienestar. Xª Conferencia Mundial sobre la Promoción de la Salud, Ginebra 2021.
- Resolución WHA33.32 33a Asamblea Mundial de la Salud sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, 21 de mayo de 1981.
- Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, Asamblea Mundial de la Salud, 1981.
- OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud Informe de la Secretaría. 2009. 62ª Asamblea Mundial de la Salud.
- Resolución WHA65.4 65ª Asamblea Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país, mayo de 2012.
- Decisión WHA74(14) Asamblea Mundial de la salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra, 2013.
- Declaración de la OMS, Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014.
- Resolución WHA69.8. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre a la Nutrición (2016-2025). 28 de mayo de 2016.
- Resolución WHA69.9 Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños". 69ª Asamblea Mundial de la Salud. 2016. 28 de mayo de 2016.
- Resolución WHA71.9 Alimentación del lactante y del niño pequeño. 71ª Asamblea Mundial de la Salud. 26 de mayo de 2018.
- WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. 2018.

UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, octubre de 2005.

CONSEJO DE EUROPA

- Asamblea Parlamentaria Resolución 2306 "Obstetrical and gynaecological Violence", 2019.

– Comité Europeo de Derechos Sociales, Conclusiones 2019, España. Grupo temático Niños familias y migrantes, 2020.

UNIÓN EUROPEA

– Resolución del Parlamento Europeo de 5 de julio del 2022 sobre salud mental en el mundo laboral digital.
– Parlamento Europeo Informe - A9-0367/2023 Informe sobre la salud mental.
– Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre un enfoque global de la salud mental Bruselas, 7.6.2023 COM (2023) 298 final.
– Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (Sanidad), 30 de noviembre de 2023 Conclusiones del Consejo sobre la salud mental 15971/23.

BIBLIOGRAFÍA DOCUMENTAL: Informes

ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES DE UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS

– Procedimientos para presentar denuncias individuales en virtud de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, Folleto informativo N.º 7/Rev.2, Naciones Unidas, 2013.
– Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, A/HRC/22/31, 4 de diciembre de 2012.

ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS y OMS

– El derecho a la salud, folleto informativo, nº 31, 2008.
– El derecho a la salud., Nota descriptiva, nº 323, 2015.
– *Mental Health, Human Rights and Legislation. Guidance and Practice*, 2023.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. *Global Health Data Exchange* (GHDx).

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. Tabla de opiniones y seguimiento Comunicaciones individuales.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

– *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. 1998.
– *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*". 2000.
– *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. 2000.
– *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud*.

2001.
- *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. 2002
- *Invertir en salud mental*. 2004.
- *World Health Organization Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. 2008
- *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. 2014.
- Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna. 2014, WHO/NMH/NHD/14.7.
- Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. 2008.
- *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. 2016.
- *Leading the Realization of Human Rights to Health and Through Health*. Informe del Grupo de Trabajo de Alto Nivel para la Salud y los Derechos Humanos de las Report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents. 2017.
- *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018.
- *Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. 2019.
- *Improving Early Childhood Development, WHO Guideline.* 2020.
- *Infertilidad.* 2020.
- *Mental Health, Atlas 2020.* 2021
- *Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: Manual del usuario.* 2021.
- *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Panorama general. 2022.
- *Plan de Acción integral sobre Salud Mental 2013-2030*. 2022.
- *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. 2022.
- *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. 2022.
- *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. *WHO Guideline*. 2022.
- *Trends in maternal mortality 2000 to 2020.Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. 2023.

OMS Y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

- *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity service*s. *A Joint* WHO/UNICEF Statement. 1989.
- Wellstart International. *The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress*., 1991. WHO/NHD/99.2.
- *Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación*. 2014.
- Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 *Asistencia cualificada en el parto*.

- *Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa "hospitales amigos del niño 2018"*. Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2019.
- *Countdown to 2030, Thrive Nurturing Care for Early Chlidhood Development*", *Country profiles for early childhood development*. 2022.

OMS, UNICEF, WORLD BANK GROUP. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.* 2018.

UNICEF, OMS, WORLD BANK, UNITED NATIONS POPULATION DIVISION**.** *Levels and Trends in Child Mortality*. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Report 2015. 2015.

UNICEF

- Orientación programática de UNICEF para el desarrollo de los niños y las niñas en la primera infancia. División de Programas de UNICEF. 2017.
- *Breastfeeding: Too few children benefit from recommended breastfeeding practices*. 2022.
- Qué es el puerperio y las etapas del posparto. 2023.
- *UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding*. 2023.

CONSEJO DE EUROPA

- DI R/JUR (000)2 *White Paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment*. Estrasburgo, 3 de enero de 2000.
- Conseil de l 'Europe / Cour européenne des droits de l'homme, *Research Unit. Informe: Rights of persons in relation to involuntary placement and treatment in mental healthcare* facilities. 2022.
- Compendio de Jurisprudencia del Comité Europeo de Derechos Sociales. *Digest of the Case Law ofThe European Committee of Social Rights*. Consejo de Europa. 2022.

UNION EUROPEA

- EUROSTAT. *Live births by mother's age and country of birth*. 2023
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS.
  - https://fra.europa.eu/es/eu-charter/article/33-vida-familiar-y-vida-profesional
  - https://fra.europa.eu/es/eu-charter/article/35-proteccion-de-la-salud#explanations

ESPAÑA

AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DE

ANDALUCÍA: Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. 2014.

COMUNIDAD DE MADRID.
- Plan estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid, 2022-2024.
- Servicios de Salud Mental. Página web oficial de la Comunidad de Madrid.

COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA*, Informe del Comité de Bioética de España sobre el derecho de los hijos nacidos de las técnicas de reproducción humana asistida a conocer sus orígenes biológicos.* 15/01/2020.

DEFENSOR DEL PUEBLO, *La situación Demográfica en España, efectos y consecuencias, 201*9. Separata del volumen II de 2018.
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD (2021). Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida, 2019. Ministerio de Sanidad. 2021.

INE
- Encuesta de Fecundidad del Instituto Nacional de Estadística. 2018.
- Encuesta Europea de Salud en España. 2020.
- Movimiento Natural de la Población (MNP) Indicadores Demográficos Básicos (IDB) Año 2021. 2022.
- Estimación mensual de nacimientos, septiembre de 2023.

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030, Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES. MINISTERIO DE EDUCACIÓN La relación numérica alumno/profesor por unidad en el primer ciclo de Educación Infantil en las administraciones educativas. 2020.

MINISTERIO DE SANIDAD (SANIDAD Y CONSUMO, SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES, SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD):
- La protección de la salud en España.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006, 2007.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de parto y nacimiento. Estrategia de Atención al Parto Normal y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2011.
- Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud, 2012.
- Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014.
- Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. 2021.
- Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026, 2021.
- Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. 2021.

PROYECTO MC-IHAN. La Voz de las Madres. Disponible en: https://www.ihan.es/la-voz-de-las-madres-proyecto-mc-ihan/. Consultado el 15 de diciembre de 2023.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (2021). Comunicado S.E.G.O.: *"Violencia obstétrica"*. 2021.

SUAVINEX, I Estudio sobre conciliación y familia. 2019.

FUENTES JURISPRUDENCIALES Y PROCEDIMIENTOS INTERNACIONALES DE COMUNICACIÓN

- Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *P., C. y S. c. Reino Unido*, demanda núm. 56547/00, sentencia de 16 de julio de 2002.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Ternovszky c. Hungría*, demanda núm. 67545/09, sentencia de 14 de diciembre de 2010.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Konovalova c. Rusia*, demanda núm. 37873/04, sentencia de 9 de octubre de 2014.
- Sentencia del Tribunal Supremo. Sala de lo Social. STS 633/2017, de 24 de enero de 2017; nº de Recurso: 1902/2015, nº de Resolución: 43/2017.
- Sentencia del Tribunal Suprema de la Sección 4.ª de la Sala de lo contencioso-administrativo. STS 1263/2018, de 17 de julio de 2018.
- Sentencia Tribunal Supremo Sala de lo Social, STS 169/2023, de 2 de marzo de 2023, en la que se resuelve el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el Ministerio Fiscal contra la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco.

DICTÁMENES COMITÉ CEDAW

- Dictamen del Comité de la CEDAW nº 138/2018, de 28 de febrero de 2020 (CEDAW/C/75/D/138/2018).
- Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018, de 6 de marzo de 2020 (CEDAW C/75/D/138/2018, de 28.02.2020).
- Dictamen del Comité de la CEDAW nº 149/2019, de 22 de junio de 2022 (CEDAW/C/82/D/149/2019). Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019.
- Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020. Dictamen del Comité de la CEDAW nº 154/2020, de 24 de febrero de 2023 (CEDAW/C/84/D/154/2020).

MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

- Europa Press. *Casi un 30% de madres en España renuncia a su trabajo por los hijos frente al 1% de los padres, según un estudio.* 12 de julio de 2017. Disponible en: https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-casi-30-madres-espana-renuncia-trabajo-hijos-frente-padres-estudio-20170712115231.html

- Expansión. *Google y Facebook financian la maternidad a sus empleadas*. 12 de diciembre de 2017. Disponible en: https://www.expansion.com/directivos/2017/12/12/5a2fc9ede2704e52568b45c1.html#:~:text=%22Si%20una%20mujer%20elige%20congelar,formas%20de%20asegu.
- El País. *España, el granero europeo de óvulos*. 20 de julio de 2019. Disponible en https://elpais.com/sociedad/2019/07/19/actualidad/1563531405_529791.html.
- El Salto Diario. *Familias monomarentales se organizan para demandar tras la sentencia del País Vasco que reconoce que los permisos las discriminan*. 30 de noviembre de 2020. Disponible en: https://www.elsaltodiario.com/cuidados/familias-monomarentales-sentencia-pais-vasco-TSJPV-discriminacion-permisos-nacimiento.
- Comunicados de prensa ONU. *Expertos en derechos de la ONU piden al Consejo de Europa que detenga la legislación sobre medidas coercitivas de salud mental*. 28 de mayo de 2021.
- Nota de prensa. OMS. *Trastornos mentales.* 8 de junio de 2022.
- *Paralización del protocolo europeo que pretende obligar a internar personas contra su voluntad*. 23 de junio 2022 https://consaludmental.org/sala-prensa/celebran-paralizacion-protocolo-europeo-internar.
- El Mundo. *Denuncian al Servicio Andaluz de Salud al descubrir que un bebé nacido por fecundación asistida no es hijo biológico del padre.* 21 de marzo de 2023. Disponible en: https://www.elmundo.es/andalucia/2023/03/21/641994dcfdddff515d8b4593.html.
- Euronews. *Italia busca penar la gestación subrogada tanto dentro del país como en el extranjero*. 20 de junio de 2023. Disponible en https://es.euronews.com/2023/06/20/italia-busca-penar-la-gestacion-subrogada-tanto-dentro-del-pais-como-en-el-extranjero.
- OMS News. *Alocución de apertura del Director General de la OMS en el Congreso Mundial sobre la Aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. 20 de junio de 2023.
- La Moncloa. *La Seguridad Social ha tramitado 231.775 permisos por nacimiento y cuidado de menor en el primer semestre del año*. Julio de 2023. Disponible en: https://www.inclusion.gob.es/w/la-seguridad-social-ha-tramitado-231.775-permisos-por-nacimiento-y-cuidado-de-menor-en-el-primer-semestre-del-ano.
- El Español. *El sector de la reproducción asistida confirma su recuperación tras la Covid: facturó 570 millones en 2022*. 29 de agosto de 2023. 29 de agosto de 2023. Disponible en: https://www.elespanol.com/invertia/observatorios/sanidad/20230829/sector-reproduccion-asistida-confirma-recuperacion-covid-facturo-millones/790421053_0.htm.
- La Moncloa, *El 45,6 % de los niños y niñas de 0 a 3 años están escolarizados, el porcentaje más alto de la historia.* 29 de junio de 2023. Disponible en https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/educacion/Paginas/2023/290623-porcentaje-ninos-escolarizados-mas-alto.aspx
- Diario Público, *La Fiscalía investiga como trata de personas un caso de vientre de alquiler de una migrante sin recursos en Córdoba*. 10 de octubre de 2023. Disponible en: https://www.publico.es/mujer/fiscalia-investiga-trata-personas-vientre-alquiler-migrante-recursos-cordoba.html.

- La Moncloa, *España elevará al Consejo de la UE la aprobación de un marco estratégico común en materia de salud mental*. 14 noviembre 2023.
- RTVE Noticias. *El Gobierno se compromete a aprobar la ley de familias y ampliar los permisos de nacimiento a 20 semanas en 2024*. 20 de diciembre de 2023. Disponible en: https://www.rtve.es/noticias/20231220/gobierno-promete-ley-familias-ampliar-permisos-retribucion/2468647.shtml.
- El País. *El Gobierno ampliará la baja por nacimiento a 20 semanas y retribuirá los permisos parentales*. 20 de diciembre de 2023. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2023-12-20/el-gobierno-ampliara-la-baja-por-nacimiento-a-20-semanas-y-retribuira-los-permisos-parentales.html.
- *El parto es nuestro.* Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/.
- *Maternidades feministas*. Disponible en: https://plataformapetra.com/.