

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 enfermedad²²⁷. 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 países²²⁸.

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 objetivos²³⁰. 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

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.

mentales, y, en la mayoría de los 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 inherente²³². 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 derechos²³³.

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 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.

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.

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 específicas²³⁴; 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 mundo²³⁵.

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 misma²³⁶. Los costes en salud y económicos, así como de desarrollo individual y comunitario, de los problemas de salud mental son ingentes. 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 juventud²³⁷.

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 depresivos²³⁸. Diversos estudios señalan que la emergencia de la pandemia de COVID-19 ha aumentado la prevalencia global de trastornos de ansiedad y depresión²³⁹. A nivel mundial, muchas personas que padecen trastornos mentales; especialmente, aquellas con trastorno

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, n° 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, n° 7, pp. 623-638.

²³⁷ OLMÍ, 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, n° 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).

mental grave, no cuentan con acceso a una atención adecuada, pudiendo sufrir, además, discriminación y violaciones de los derechos humanos²⁴⁰.

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 consumados²⁴¹. Específicamente, la infancia y los adultos jóvenes (que 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 afectados²⁴². 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 irrispetuosos con sus partos y contrarios a las recomendaciones de la OMS²⁴³,

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, n° 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.

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, n° 5, p. 2470; GAWRYCH, M., "Mental health of medical workers during COVID-19 pandemic - literature review", *Psychiatria Polska*, 2022, n° 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, n° 1, p. 68; LEBEL, C., MACKINNON, A., BAGSHAW, 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., BIEN, 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, n° 8, p.1757; MINOOEE, S., CUMMINS, A., "Childbirth during the COVID-19 pandemic", *JBI Evidence Synthesis*, 2022, vol. 20, n° 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, n° 5, pp. 455-464.

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 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 1991²⁴⁴ relativa a los *"Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental"*.

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.

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”*. 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 mental²⁴⁵. 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, tratamiento²⁴⁶, 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

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.

a las 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 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 fundamentales²⁴⁷. 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 vida²⁴⁸.

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 *“salvaguardias 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

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 más respetuosas con el respeto de los derechos humanos de las personas que han de recurrir a los servicios de salud mental.

de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia. Debe recogerse asimismo la Observación General n° 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 en la vida cultural y el goce de los beneficios del progreso científico, así como la ya examinada Observación General n° 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).

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 universalmente²⁵⁰.

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 2021²⁵¹.

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 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

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.

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 sustancias²⁵². 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 países²⁵⁴, 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 abarcara 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

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-\(2019-2023\)](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.

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 acción²⁵⁵. 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 aplicación²⁵⁶.

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.

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 Salud; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>. (Consultado el 15 de agosto de 2023).

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 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

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).

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 del 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 2005²⁵⁸, 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,

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.

*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 forzosa a mujeres, dañando su salud física y mental y vulnerando su derecho a la libre determinación en materia 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 enfermedades²⁶². Las leyes penales que castigan y restringen

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 puede constituir una violación de la obligación de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud.

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 2012²⁶⁴ 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 Pūras²⁶⁵ 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 pública²⁶⁶. *"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 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 mental²⁶⁷.

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/20/15. Asamblea 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/29/33, 2 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.

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.

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 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 subvencionadas. Sin embargo, son muchos los países en los cuales varios de esos componentes no se aplican²⁶⁸.

En un informe posterior, presentado en 2019²⁶⁹, 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.

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.

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 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 degradantes²⁷⁰.

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) 61 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 1983, 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

²⁷⁰ BARRIOS FLORES, LF., "Derechos Humanos y salud mental en Europa", *Norte de Salud Mental*, 2010, vol. 8, nº. 36, pp. 55-67.

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.

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 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 del 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 psiquiátrico²⁷² (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 específicas²⁷³, 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 2022²⁷⁴, 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 contemporáneos de derechos humanos²⁷⁵.

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.

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,

*"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 temáticos²⁷⁷, recoge un apartado relativo a la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental y afirma que:

"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".

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).

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 atención²⁷⁸.

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 trabajo²⁷⁹.

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

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, 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.

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 familiares²⁸⁰.

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 mental²⁸¹.

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 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

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).

2023²⁸², 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 personas²⁸³, representa un nuevo punto de partida puesto que, tras una amplia consulta 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.

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.

*"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 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 existentes²⁸⁵, 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.

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.

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.

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 preexistentes²⁸⁶, 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 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 ámbitos²⁸⁷ 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

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).

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.

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 OMS²⁸⁸), 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 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 intervenciones en este enfoque corresponden a la intervención temprana centra-

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.

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.

da 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.

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

²⁹¹ Punto b, segundo párrafo de la Comunicación.

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 cáncer²⁹², 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 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,

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.

tales como la biología, las circunstancias de la vida y los factores de estrés culturales²⁹⁴, considerándose especialmente vulnerables las víctimas de violencia, por lo que se buscará la mejora de su protección y apoyo²⁹⁵. 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, 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

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.

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 trabajo²⁹⁶.

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 formación²⁹⁷, 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 Alimentaria²⁹⁸:

"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.

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.

²⁹⁸ Stella Kyriakides, comisaria - 07/06/2023.

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 persona²⁹⁹. 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. 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 progreso³⁰⁰.

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 materia³⁰¹.

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.

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).

Y, en efecto, el 30 de noviembre de 2023 se aprobaron las Conclusiones del Consejo sobre la salud mental³⁰², 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 Europea³⁰³.

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 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

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.

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 esperables³⁰⁴. 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

³⁰⁴ VELASCO, S., *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Minerva Ediciones, Madrid, 2009.

estudia la presentación típica del hombre (dolor opresivo en el pecho irradiado al brazo izquierdo) como la universal, cuando llegue una mujer a un servicio de urgencias con malestar abdominal, es más probable que el médico que la atiende 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 reproducción³⁰⁵. 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 OMS³⁰⁶. El trato incorrecto a las mujeres durante sus embarazos y partos se asocia con sintomatología post-traumática, problemas afectivos y perturbaciones en la vinculación con sus bebés, suponiendo un importante problema de salud a nivel poblacional³⁰⁷.

En el caso de la salud mental, la perspectiva de género resulta especialmente importante.

Las mujeres presentan momentos de mayor vulnerabilidad para padecer un trastorno mental en relación a sus ciclos vitales y reproductivos³⁰⁸. Estos

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 JESUS 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 GALLEGÓ, 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.

³⁰⁸ BALTA, G., DALLA, C., KOKRAS, N., “Women's Psychiatry”. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2019, nº1192, pp. 225-249.

momentos fundamentales son: la adolescencia, el embarazo y el postparto, y la etapa perimenopáusicas. 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 maternas de cuidado³⁰⁹. 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 puerperal³¹⁰.

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 mismo³¹¹. 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 apoyo³¹². 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 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 afectiva³¹³. En la actualidad, los estudios de prevalencia señalan que

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.

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.

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 depresivos³¹⁴. 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 vida³¹⁵. 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 menor³¹⁶. El malestar psíquico de las madres se ha asociado a una disminución de la sensibilidad materna en la etapa postnatal, lo que redundará en una menor capacidad para detectar las señales de sus bebés y responder a ellas de manera adecuada, consistente y contingente. 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 filicidio³¹⁷.

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.

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.

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 vida³¹⁸.

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 vida³¹⁹.

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 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 gestación³²⁰. 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

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.

³²⁰ SERRANO PONTÉS, A., MARTÍN MARTÍN, M., MANCILLA PÉREZ, L., “La desconocida historia de la Histeria”, *Gómeres: salud, historia, cultura y pensamiento*, 2017, disponible en <http://index-f.com/gómeres/?p=2158>. (Consultado el 2 de febrero de 2022).

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 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 mundo³²¹, 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

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).

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 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 desempeñar 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 embarazos 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 OMS³²³, 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 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 puerperas. La psicosis es mucho menos frecuente, pero también puede conducir al suicidio

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).

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 ella³²⁴.

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 mujer³²⁵. 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 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 psicológico³²⁶.

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.

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.

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 familia³²⁷. 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 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).

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).

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 manifestaciones³²⁸. 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 digital³²⁹.

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.

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

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.

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 mujer³³⁰.

Finalmente, en 2017, con ocasión del 25^a 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 reproductiva³³¹. 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.

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 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).

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 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 doméstica³³².

Es el resultado final de años de creciente interés y trabajo por parte de las instituciones del Consejo de Europa³³³, y el tratado internacional de mayor alcance para 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.

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”*.

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 años³³⁴.

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 Estambul³³⁵, lo que contribuirá a reforzar la protección, puesto

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 realizarse 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).

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 mujer³³⁶. Ciertos tipos de violencia sí han sido objeto de desarrollo normativo, como es el caso, por ejemplo, de la trata de seres humanos³³⁷. 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 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

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.

igualdad entre las mujeres y los hombres en la UE, de 2006-2010³³⁸. 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.

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 legislados³³⁹.

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

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*”.

³³⁹ ROMEO CASABONA, CM., “El Bioderecho y la Bioética, un largo camino en común”, *Genética y Humanismo*, 2017, nº 3.

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.

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 conflictos³⁴⁰. 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 vida³⁴¹. 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.

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.

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 legal³⁴². 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 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 1999³⁴³, 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.

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.

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.

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 cumplimiento³⁴⁸. 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 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.

³⁴⁸ UNESCO (octubre 2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa. (Consultado el 12 de septiembre de 2023).

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 moral³⁴⁹. 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 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

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, n° 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).

³⁵¹ GILLIGAN, C., *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985, p. 35.

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 maternidad³⁵². 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 género³⁵³. 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 la educación de sus hijos e hijas, favorece que estos asimilen la importancia de los cuidados con independencia del género³⁵⁴.

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 cuidados³⁵⁵. 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

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.

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.

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 autococonocimiento y creciente conocimiento del bien. El catálogo de las virtudes incluirá, por tanto, las 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

³⁵⁶ MACINTYRE, A., *Tras la Virtud*, Editorial Crítica, Barcelona, 2001, pp. 270-271.

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.

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 social³⁵⁷, 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 maternas, 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 adulta³⁵⁸.

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.

Desde un punto de vista genético y evolutivo, los chimpancés constituyen la especie viva en el mundo más estrechamente emparentada con la humana³⁵⁹. Las interacciones diádicas y los patrones de desarrollo social son semejantes en las crías humanas y las de chimpancés³⁶⁰. 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 objeto³⁶¹. 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. Además,

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.

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.

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 congéneres³⁶³. 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 privación³⁶⁴.

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 psicológicos³⁶⁵.

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, de proteger un bien (la relación madre-bebé) con enormes repercusiones para la salud y el desarrollo.

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 stump-tailed 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.

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 maternos y la disolución de la díada madre-bebé en los países desarrollados³⁶⁶.

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 persona³⁶⁷. 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 con enfermedades físicas y mentales, así como peor ajuste social y mayores tasas de criminalidad y de mortalidad temprana³⁶⁸. 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

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.

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.

una mayor vulnerabilidad a padecer EAI, con repercusiones potencialmente graves a corto y a largo plazo³⁶⁹. 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 7³⁷⁰.

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 corticoides³⁷¹. Estos datos son de gran relevancia, puesto que las intervenciones dirigidas a promover y proteger los cuidados maternos hacia sus bebés son relativamente fáciles de implementar, reducidas en coste y cuentan con un gran potencial preventivo en el ámbito de la salud poblacional³⁷².

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 años³⁷³. Es el caso de España. De forma general, en nuestro país se denomina "*primera*

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.

³⁷² WALKER, 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.

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.*
- 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 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

³⁷⁴ De nuevo, véase la Observación General número 7 del Comité de los derechos del Niño, en su apartado 6.

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).

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 la infancia 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 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 maternas, 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 vida³⁷⁶, situación alejada de las recomendaciones de la OMS de mantener 6 meses de lactancia materna exclusiva³⁷⁷), 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 edad³⁷⁸.

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 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

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.

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 quieran³⁷⁹. 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 graves³⁸⁰; 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 anterior³⁸¹. Cabe discutir, incluso, si el término "escolarización" está siendo correctamente utilizado al hablar, en algunos casos, de los cuidados de bebés de pocos 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.

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).

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 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 aplicación³⁸³. 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

³⁸² Convención de la CEDAW, 1979.

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.

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, 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 materna³⁸⁴. 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.