

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

Para continuar señalando un poco más adelante que:

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

Pero, aunque resulte paradójico, el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, que es el verdadero derecho reconocido, es anterior, en el plano internacional, a la propia Declaración de Derechos Humanos.

En efecto, fue proclamado por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo especializado del sistema de las Naciones Unidas. Su tratado constitutivo fue adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados,

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

y entró en vigor el 7 de abril de 1948. En la actualidad, la OMS cuenta con 194 Estados Miembros, uno más que la propia Organización de las Naciones Unidas (ONU), de cuya familia de organizaciones forma parte².

Los Estados Partes en la Constitución declaran la salud como uno de los principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos³. Y recurren a un concepto amplio de salud al definirla: *"como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*, afirmando que *"el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"*, y que *"el desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo"*.

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

Lógicamente, la Declaración Universal de los Derechos Humanos recogió, en su artículo 25, que *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad"*, reconociendo el derecho a cuidados y asistencia especiales para la maternidad y la infancia y la protección social de todos los niños, con independencia de las condiciones de su nacimiento⁴.

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

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

⁴ Artículo 25.2 DUDH *"La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social"*.

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

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

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

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

Además, en la Convención, en consonancia con su título, contiene disposiciones para evitar la discriminación de las mujeres en el entorno laboral, con la referencia específica al derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción⁶ y a la no discriminación por razón de matrimonio o maternidad⁷. En relación con las

⁵ En su acrónimo inglés, por el que se ha optado, dado que es con el que mejor se conoce la Convención.

⁶ Artículo 11.1 f) de la CEDAW.

⁷ Artículo 11.2. CEDAW: *"A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para: a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil. b) Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o beneficios sociales. c) Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños. d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos*

condiciones de trabajo, cabe mencionar igualmente el Convenio adoptado por la Organización del Trabajo (OIT), Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000⁸, que contiene una disposición para la protección de la salud, del empleo, licencias y lactancia, entre otros.

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

En primer lugar, presta atención específica a los niños mental o físicamente impedidos al reconocer que deberán disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad⁹. A este respecto, también la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2006, reconoció ese derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad¹⁰.

En segundo lugar, se preocupa por los menores internados en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental¹¹.

Y, finalmente, no se limita al reconocimiento del derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, sino que señala que los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios¹², y que adoptarán todas las medidas

de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella". El Convenio sobre la Protección de la Maternidad (2000): este convenio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) tiene como objetivo garantizar la protección de la maternidad en el ámbito laboral. Establece medidas para proteger la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas y lactantes en el trabajo, así como la necesidad de proporcionar licencias de maternidad remuneradas y servicios de atención médica adecuados.

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

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

¹⁰ Artículo 25 Convención de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Nueva York, 13 de diciembre de 2006.

¹¹ Con derecho a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación. Artículo 26 de la Convención de los derechos del Niño (CdN).

¹² Artículo 24.1 CdN.

eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños¹³. Además, recoge una serie de medidas apropiadas para asegurar la plena aplicación de este derecho¹⁴.

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

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

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

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

En segundo lugar, porque es la primera referencia en un tratado internacional a la salud mental perinatal –si bien de forma indirecta–, al entender que toda atención sanitaria busca la realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Por lo tanto, se puede afirmar que la Convención sobre los Derechos del Niño constituye la norma básica sobre la que gira el objeto de estudio en este trabajo y, en especial, en consonancia con la Observación General número 7, adoptada por el Comité de los Derechos del Niño en 2005, relativa a la realización de los derechos del niño en la primera infancia¹⁶. Su referencia a la investigación sobre la primera infancia fundamenta este trabajo.

¹³ Artículo 24. 3 CdN, además de comprometerse a la cooperación internacional para lograr progresivamente la realización del derecho.

¹⁴ Artículo 24.2 CdN.

¹⁵ Artículo 24.2.e) CdN.

¹⁶ Comité de los derechos Del Niño, 40º periodo de sesiones, Ginebra, 12 a 30 de septiembre de 2005.

Observación General nº 7 (2005): Realización de los derechos del niño en la primera infancia. CRC/C/GC/7/Rev.1. 20 de septiembre de 2006.

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

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

En todo caso, se aborda la salud mental perinatal entendiendo la maternidad como una elección válida de las mujeres. Se considera que se debe abordar esta cuestión desde el rigor científico, sin que con ello se refuerce en absoluto ningún rol ni estereotipo de género. Se parte del presupuesto de una maternidad elegida, como un ejercicio del derecho a la salud reproductiva, y no de una maternidad debida o impuesta por normas sociales estereotipadas; esto es, de una maternidad opcional para las mujeres que, en todo caso, cumple con una función social, tal y como reconoce la propia Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

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

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

En 1986 tuvo lugar la primera conferencia mundial sobre promoción de la salud organizada por la OMS, con la adopción de la Carta de Ottawa, para la consecución del objetivo "*Salud para Todos en el año 2000*", a la que siguieron periódicamente otras¹⁷; hasta la décima (y última hasta el momento)

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

Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ginebra, en diciembre de 2021. En ella, se produjo la adopción de la *"Carta de Ginebra para el bienestar. De la salud al bienestar"*.

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

*"consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario"*¹⁸.

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

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

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

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

Y el segundo atiende a los derechos humanos:

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

¹⁸ Carta de Ottawa para la promoción de la salud, resultado de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 dirigida a la consecución del objetivo *"Salud para Todos en el año 2000"*.

¹⁹ Carta de Ginebra para el bienestar. Xª Conferencia Mundial sobre la Promoción de la Salud, Ginebra 2021.

²⁰ Junto a un compromiso con un desarrollo sostenible que emita niveles bajos de carbono y que se base en la reciprocidad y el respeto entre los seres humanos y en hacer las paces con la naturaleza: nuevos indicadores de éxito, más allá del producto interno bruto, que tengan en cuenta el bienestar humano y planetario, y *"conduzcan a nuevas prioridades para el gasto público y el enfoque de promoción de la salud en el empoderamiento, la inclusión, la equidad y la participación significativa"*.

Resulta necesario subrayar ese salto de la salud al bienestar. Si en el concepto de salud se integra la salud mental, se podría afirmar que, en el de bienestar, ésta representa un elemento esencial. El cambio es importante y pone de manifiesto el interés y atención creciente por la salud mental. La salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad: es una parte intrínseca de nuestra salud y bienestar individuales y colectivos, según se afirma en el reciente *"Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos"*²¹.

Se trata del segundo informe al respecto, publicado más de veinte años después del primero. En efecto no fue hasta el siglo XXI, en 2001, que la OMS publicó su primer informe sobre salud mental, *"Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas"*, en el cual se reconoce que durante demasiado tiempo no se había prestado la atención necesaria a la salud mental. Y ello a pesar de que la salud mental es fundamental para el bienestar general de las personas; y, por tanto, de las sociedades en las que se integran y de los países en los que viven. Por ello, consideró necesario abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva, basada en los principios de protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención a la salud mental, aprobados en 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas²².

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

Así, por ejemplo, si el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 se refería a mejorar la salud materna desde la perspectiva de la salud física y la supervivencia, con las metas de reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, para lograr, en 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, el tercero de los actuales Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para la Agenda 2030 va más allá y reclama garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades²³.

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

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

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

En definitiva, la necesidad de prestar más atención a la salud mental en el plano internacional ha evolucionado gradualmente a lo largo del tiempo, pasando de un enfoque predominantemente centrado en la salud física a una comprensión más holística de la salud que abarca aspectos mentales y emocionales, aunque desde el primer momento se entendiera por salud el disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.

Y todo ello, enmarcado en un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, que es el adoptado por la OMS al entender que es el que permite ofrecer estrategias y soluciones para afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en el ámbito sanitario. Así, el objetivo de un enfoque de salud basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas por lo que todas intervenciones para conseguirlo se rigen por una serie de principios y normas²⁴.

En paralelo, con diferentes tiempos, se han producido sustantivos avances en la lucha contra la discriminación de la mujer y la promoción de la igualdad de género, tratando de abordar las desigualdades históricas y sistémicas entre hombres y mujeres en la sociedad. También en esta vía las metas se han desarrollado de manera progresiva, desde la inicial lucha por el reconocimiento de los derechos básicos para las mujeres, pasando por el reconocimiento progresivo de la discriminación sistémica, hasta la promoción de la igualdad de género efectiva. Sirvan de ejemplo, de nuevo, los objetivos de desarrollo. Así, en el año 2000 se estableció como el ODM 3 *"Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer"* mientras que la formulación en 2015 del ODS 5 fue, similar aunque un poco más ambicioso al referirse a *"Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas"*, con metas relativas a poner fin a toda forma de discriminación, eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, y eliminar todas las prácticas nocivas²⁵.

²⁴ Que se examinarán en epígrafes posteriores.

²⁵ Las metas del ODS 5 son *"5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo. 5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación. 5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina. 5.4 Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país. 5.5 Asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública. 5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen"*.

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

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

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

En todo caso, en el camino en la defensa y protección de la mujer, fue pionera, gracias a la labor de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la protección de la maternidad, con el objetivo de resguardar la salud de la madre y el niño o la niña, así como de proteger a la trabajadora frente a una discriminación a causa de su condición. De este modo, en una fecha tan temprana como 1919, se aprobó el Convenio nº 3 sobre la protección de la maternidad, revisado en 1952 por el Convenio 103 sobre la protección de la maternidad (revisado) y la adopción del Convenio 183 sobre la protección de la maternidad, de 2000²⁶. Esencialmente, los elementos de la protección son cinco: licencia de maternidad, prestaciones pecuniarias y médicas, protección de la salud, lactancia y protección del empleo y no discriminación.

Y, como metas instrumentales, "5.a *Emprender reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.* 5.b *Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres* y 5.c *Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles*".

²⁶ C003 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919 (nº. 3).

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

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

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

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

Por ello afirma, en primer lugar, que las medidas especiales encaminadas a proteger la maternidad no se considerarán discriminatorias²⁷, prohíbe la discriminación de género en todas sus formas y establece que las mujeres tienen derecho a la atención médica adecuada durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto²⁸.

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

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

²⁷ Artículo 4 CEDAW.

²⁸ Artículo 12.2 CEDAW.

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

Así, por ejemplo, en las Observaciones finales emitidas sobre el noveno informe periódico presentado por España en 2022²⁹, el último hasta la fecha, por el Comité del Convenio para la eliminación de la discriminación contra la mujer, se afirma que, en relación con la salud:

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

Por lo que el Comité recomienda a España que aumente todos los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para aplicar eficazmente las recomendaciones contenidas en la mencionada comunicación relativa a los daños de salud física y psíquica sufridos por una mujer primípara en un hospital público español, entre las que figuran la de revisión de la legislación sobre violencia por razón de género contra la mujer, para que incluya otras formas (como la violencia obstétrica), y que adopte medidas para atender los trastornos de la salud mental; especialmente, los relacionados con las condiciones laborales, y garantice la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud mental y unos servicios de rehabilitación de adicciones que tengan en cuenta las cuestiones de género a nivel nacional y local³⁰.

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

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

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

Si la atención a la salud mental ha cobrado un creciente protagonismo en la esfera internacional, ha llegado el momento de que lo alcance igualmente la salud mental perinatal y la atención a los trastornos mentales perinatales más comunes, garantizando que todas las mujeres en el mundo tengan acceso a una atención respetuosa de alta calidad, tanto para su salud física como para su bienestar mental. Ciertos trastornos mentales perinatales comunes, como ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos, son las complicaciones más frecuentes en el embarazo, parto y postparto, con una incidencia del casi el 20% en los países de renta media y baja³¹. Pese a ello, su detección rutinaria y su derivación a atención especializada son, todavía, infrecuentes en nuestro país. Un ejemplo que permite entender la desatención a estos problemas de salud durante la etapa perinatal en España es la inclusión rutinaria de la prueba de detección de la glucosa en mujeres embarazadas, cuando la diabetes gestacional tiene una incidencia aproximada del 6% en mujeres embarazadas³², frente a la no inclusión rutinaria de escalas de detección de la depresión perinatal, con una incidencia estimada de en torno a un 11% de las mujeres en este periodo³³.

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

1.1 Justificación

La justificación del presente trabajo se explica desde los planteamientos del *"conocimiento situado"*, desarrollados por Donna Haraway, quien señala la relevancia de abordar los objetos de estudio explicitando los lugares desde los cuales se parte en la investigación, puesto que los conocimientos, máxime en las ciencias sociales, no reflejan la realidad de una forma neutra, ya que no pueden ser desligados de sus contextos ni de la subjetividad de quien investiga³⁴.

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

³² MACK LR, TOMICH PG., "Gestational Diabetes: Diagnosis, Classification, and Clinical Care", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2017, vol. 44, nº 2, pp. 207-217.

³³ WOODY CA, FERRARI AJ, SISKIND DJ, WHITEFORD HA, HARRIS MG. WA., "Systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression", *Journal of Affective Disorders*, 2017, nº 219, pp. 86-92.

³⁴ HARAWAY, D., *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid, Cátedra, 1995.

En el año 2015, después de terminar mis estudios de Medicina, comencé mi especialización en psiquiatría mediante la vía de la Residencia en el Hospital Ramón y Cajal, de Madrid. Durante ese periodo de formación fui madre en dos ocasiones (en el tercer año, y el mismo día de la finalización de mi residencia), y las inquietudes habituales de la maternidad confluyeron con mi vocación profesional de atención a la salud mental, motivo por el cual comencé a interesarme especialmente en materia de salud mental perinatal. En este sentido, además de las formaciones académicas específicas, pude hacer una rotación en la unidad de psiquiatría de la infancia y la adolescencia del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda), que cuenta con un servicio de atención perinatal. Las circunstancias favorecieron que, de este modo, pudiera encontrar mi vocación dentro de la vocación, la atención a la infancia y a las familias desde la psiquiatría infantil, a la que, desde ese momento, esperé poder dedicarme. Y, en efecto, a pesar de la maternidad (con un segundo parto apenas un mes después de la irrupción de la pandemia de COVID-19, en 2020), la lactancia y otras circunstancias profesionales, he podido trabajar, casi desde que terminé mi periodo formativo como residente, en el Hospital Puerta de Hierro, dedicada a la psiquiatría infantil y de la adolescencia, en todos sus rangos de edad, y, en la actualidad, con especial dedicación al programa de interconsulta de salud mental perinatal.

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

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

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

Pero, desde el inicio de mi trayectoria profesional, he sido igualmente consciente de que, a pesar de todos los avances alcanzados en España y del alto nivel de las prestaciones sanitarias para toda la población, siguen existiendo lagunas, vacíos, malas prácticas que es necesario denunciar y combatir, muy particularmente, en el ámbito de la salud mental. Es cierto que, en los últimos años, y sobre todo tras las devastadoras consecuencias de la pandemia de COVID-19, la importancia de la salud mental se ha visto reforzada, si bien la OMS afirma que todavía se requiere una mayor inversión en todos los frentes. Así, en 2019, la OMS lanzó por fin la *"Iniciativa especial de la OMS para la salud mental (2019-2023)"*.

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

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

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

La salud materna sigue siendo una tarea pendiente a nivel global. Cada día de 2020 casi 800 mujeres murieron por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; esto es, se produjo en el mundo una muerte materna casi cada dos minutos. Y ello a pesar de que, entre 2000 y 2020, la tasa de mortalidad materna (RMM, número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) se redujo aproximadamente un 34% en todo el mundo. Casi el 95% de todas las muertes maternas ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos bajos en 2020³⁵.

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

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

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

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

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

El trabajo se ajusta a las exigencias de la Convención de los derechos del Niño, que exige que los niños pequeños (entendiendo como tales a aquellos menores de 8 años, si bien refiere que esta consideración varía entre países, considerando que algunos toman por primera infancia el periodo previo a cumplir 4 años, como es el caso de España), y en especial los *"muy pequeños"*, sean respetados como personas por derecho propio, abandonando la creencia de que la primera infancia es un periodo de socialización de humanos inmaduros hacia la consecución de adultos maduros. En su lugar, los niños pequeños deben ser considerados como miembros de pleno derecho

y activos de sus comunidades, lo que incluye tanto a sus familias como a las sociedades, con necesidades propias que suponen necesidades específicas de cuidados físicos, atención emocional y orientación cuidadosa, así como en sus tiempos y espacios para el juego, la exploración y el aprendizaje social. El ejercicio de sus derechos implica atender estas necesidades específicas y respetar sus intereses, experiencias y problemas bien diferenciados, como recoge la Observación General número 7 del Comité de los derechos del Niño³⁶.

Esta misma Observación señala que existe un incremento cada vez mayor de investigación y evidencia científica confirmatoria de que los niños pequeños deben ser considerados agentes sociales cuya supervivencia, bienestar y desarrollo se construyen sobre las relaciones estrechas que mantienen con un número pequeño de personas que son clave para ellos y de las cuales dependen (que serían, fundamentalmente, los padres, los miembros de la familia ampliada y los compañeros, aunque también englobaría a los cuidadores y otros profesionales de la primera infancia). Señala también que la investigación científica ha demostrado que las estrategias destinadas a la prevención y la promoción de la salud en la primera infancia tienen repercusiones positivas sobre su bienestar futuro, siendo por tanto el respeto a los derechos del niño pequeño una forma eficaz de prevenir dificultades personales y sociales en etapas posteriores de la vida³⁷.

Sobre la base de esta investigación científica, el Comité de los derechos del Niño señala que algunas sociedades modernas están experimentando rápidos cambios, dentro de los cuales también están cambiando las creencias y expectativas sobre la infancia. Así, invita a los Estados Partes:

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

De este modo, cabe señalar que el presente trabajo se alinea con el Comité de los derechos del niño para cumplir sus recomendaciones, revisando la evidencia científica existente sobre salud y desarrollo en las etapas más precoces de

³⁶ Comité de los derechos del Niño, 40º período de sesiones, Ginebra, 12 a 30 de septiembre de 2005.

Observación General nº 7 (2005): Realización de los derechos del niño en la primera infancia. CRC/C/GC/7/Rev.1. 20 de septiembre de 2006.

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

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

la vida para identificar sus necesidades específicas en materia de salud mental y poder dar respuesta a las mismas, en el cumplimiento de sus derechos.

1.2 Hipótesis y objetivos

El trabajo responde a la siguiente hipótesis:

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

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

Se plantean como objetivos generales:

- a) Identificar con mayor rigor y profundidad los principales problemas que en materia de salud mental están vinculados con la maternidad y la primera infancia.
- b) Contribuir a su mayor visibilidad y atención, de forma que se pueda alcanzar una mejor protección para ambos colectivos en este periodo de vulnerabilidad para ambos y de especial relevancia para el sano desarrollo infantil.
- c) Reflexionar sobre la realidad asistencial y los desafíos éticos-jurídicos en el abordaje de la atención de la salud mental perinatal.
- d) Proponer, en su caso, posibles medidas para lograr la plena efectividad del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en este periodo vital.

Se fijan como objetivos específicos:

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

- d) Verificar la adecuación de la normativa española a las obligaciones y recomendaciones internacionales.

1.3 Metodología

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

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

Dado que la investigación se ha centrado en el estudio de la protección de la salud mental en dos grupos poblacionales de especial vulnerabilidad (las mujeres en sus procesos reproductivos y de maternidad, y los bebés e infantes), y en una etapa socialmente desfavorecida en nuestro entorno español del siglo XXI, como es la maternidad, la perspectiva empleada ha sido la etnografía crítica. Esta perspectiva busca investigar cuestionamientos o premisas culturales, que tienen una base institucional o de relaciones de poder, permitiendo describir, dialogar y reflexionar sobre situaciones culturalmente opresoras o contrarias a los derechos humanos, para encaminar hacia el cambio³⁹. En definitiva, el objetivo fundamental de la etnografía crítica es *"denunciar hechos que riñen con los derechos humanos, la justicia social, la discriminación de las etnias, entre otros aspectos"*⁴⁰. Desde un planteamiento necesariamente holístico, la metodología seguida ha sido plural, procediendo a una revisión documental, a la búsqueda de evidencias y al estudio de casos.

Partiendo de la experiencia profesional en la atención perinatal en un hospital público del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el Hospital Universitario

³⁹ STREET, S., "Representación y reflexividad en la (auto) etnografía crítica: ¿Voces o diálogos?", *Nómadas*, 2003, nº 18, pp. 72-79.

⁴⁰ VARGAS-JIMÉNEZ, I. "How to Envision Critical Ethnography within Qualitative Research?", *Revista Electrónica Educare*, 2015, vol. 20, nº 2, pp. 1-13.

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

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

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

Respecto al marco normativo, la revisión de las normas internacionales se ha realizado acudiendo a las fuentes normativas tanto en la web de la Organización de las Naciones Unidas, como en la de la Organización Mundial de la Salud, Consejo de Europa y Unión Europea.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A continuación, se procedió a realizar una revisión narrativa de la literatura científica publicada en Medline/Pubmed acerca de la evidencia existente en

relación a la salud mental perinatal. La búsqueda del tesoro "*perinatal mental health*" ("*salud mental perinatal*"), acotada a los últimos 20 años (de junio del año 2003 a junio del año 2023) arrojó 5.400 resultados. Limitando la búsqueda a revisiones sistemáticas, los resultados se redujeron a 355 resultados. Se definió como criterio de exclusión la redacción en otro idioma distinto al inglés, francés o español (siempre que no contara con traducción), así como la limitación del estudio a poblaciones no pertenecientes a sociedades occidentales, debido a la dificultad para extrapolar los resultados al contexto actual español. Después de la aplicación de estos criterios, la búsqueda se redujo a 188 artículos, que se revisaron en profundidad.

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

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

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

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

En definitiva, se ha realizado una amplia investigación cualitativa descriptiva en materia de protección internacional de derechos humanos sobre mujeres,

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

1.4 Estructura

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

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

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

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

El primer bloque está dedicado al marco general del desarrollo de los derechos humanos en materia de salud, infancia y mujer, explicando las bases que sustentan la necesaria protección de la salud mental, en alineamiento con la declaración de los derechos humanos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con un apartado específico para la salud perinatal.

El segundo bloque recoge, de forma desgranada, los cinco momentos fundamentales de atención y protección a la salud mental materna dentro del ámbito de la perinatalidad (concepción, embarazo, parto, puerperio y primera crianza), resumiendo la evidencia científica publicada hasta el momento sobre las necesidades, las repercusiones y las implicaciones de la salud mental en cada una de esas etapas, así como las principales recomendaciones internacionales

para la atención sanitaria en cada uno de ellos, y las dificultades percibidas, situaciones confusas o conflictivas, en su aplicación actualmente en España. Al final del capítulo sobre cada periodo, se recogen los supuestos específicos de protección correspondientes al mismo, sobre los que se analiza la adecuación de la práctica concreta, desde la atención en el sistema sanitario español, a los estándares internacionales recomendados, y a la evidencia científica sobre salud materna y desarrollo infantil.

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