

CONCLUSIONES

- I. El camino en el reconocimiento de los derechos humanos no tiene vuelta atrás. Existe una estrecha relación entre los derechos humanos y la práctica médica. El máximo exponente de la relación entre derechos humanos y la práctica sanitaria es el derecho de cada persona al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr, universalmente reconocido. El derecho al más alto nivel posible de salud es un derecho humano esencial, al igual que uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- II. Es igualmente incuestionable que ese derecho a la salud comprende tanto la salud física como mental. La salud mental es una parte integral de la salud. No puede haber salud sin salud mental. No implica únicamente la ausencia de trastornos mentales, sino que recoge también las capacidades y competencias de las personas y las comunidades para vivir sus vidas de una forma satisfactoria que les permita alcanzar sus objetivos. La salud mental ha sido tradicionalmente más desatendida, pero en los últimos años está cobrando la importancia que merece.
- III. El enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas, que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. Las investigaciones de la Organización Mundial de la Salud han demostrado que la adopción del enfoque basado en derechos humanos en la atención a la salud de las mujeres y los niños tiene un impacto positivo para su salud y para el desarrollo infantil.
- IV. La OMS es la organización de las Naciones Unidas a la que los Estados han dado la función de alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud; y, en concreto, de promover la salud y la asistencia maternal e infantil, fomentando la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente. Por ello, sus recomendaciones al respecto han de considerarse los criterios para una adecuada implementación del derecho a la salud. Las directrices y recomendaciones de la OMS en relación con la salud mental y la salud materno-infantil han de considerarse los parámetros adecuados para verificar el grado de cumplimiento de ese derecho a la salud física y mental.
- V. En las últimas dos décadas, la OMS ha actualizado sus directrices para la atención materna durante el embarazo, el parto y la etapa postnatal, integrando el concepto de experiencia positiva y dando

cada vez un mayor peso a la salud mental materna y perinatal, recomendado la detección y la atención de los problemas de salud mental que pueda presentar la mujer en estas etapas. En 2020, reconoció que la atención a la salud mental materna integrada dentro de la atención sanitaria materno-infantil es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo infantil, si bien la primera guía específicamente dedicada a la salud mental perinatal no fue publicada hasta 2022.

- VI. Por lo que respecta a las mujeres, el camino recorrido en su protección y en la lucha contra su discriminación ha sido largo y positivo, y, al menos en algunas regiones del mundo, ha comportado auténticos cambios de paradigmas. Por ello, los cambios socioculturales en relación con los derechos sexuales y reproductivos han logrado que, al menos en esas regiones, la maternidad sea una opción elegida y una expresión e implementación de esos derechos humanos, además de contribuir, como se reconoce igualmente a nivel internacional, al desarrollo de las sociedades.
- VII. No obstante, esos cambios socioculturales de las últimas décadas apenas se han visto reflejados en la protección de las mujeres en situación de maternidad. En materia de protección a la salud materna y materno-infantil, el trecho recorrido ha sido largo, pero lo es aún más el que queda por recorrer.
- VIII. Una buena salud materna implica necesariamente una buena salud mental, y la atención a la salud mental materna requiere, por tanto, ofrecer también una adecuada atención a la salud mental perinatal. No hay salud materno-infantil sin salud mental perinatal.
- IX. En la atención a la salud materna y la etapa perinatal, el primer objetivo a nivel mundial ha sido combatir la mortalidad materna prevenible, prácticamente erradicada en los países desarrollados, pero aún con cifras dramáticas en muchos lugares del mundo. Sin embargo, el derecho humano al disfrute de la salud no puede limitarse meramente a lograr la supervivencia de las madres y de sus bebés, sino que su cumplimiento exige proteger y garantizar su derecho al máximo disfrute de bienestar y salud que resulte posible, tal y como recoge la OMS, alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Inexcusablemente, esto pasa por promover el bienestar materno e infantil y proteger la salud mental de ambos.
- X. Dentro del sistema sanitario en el territorio español, a menudo se promueve un estándar de mínimos, que busca la supervivencia de las mujeres y sus bebés y disminuir las secuelas físicas, pero sin tomar

en cuenta la importancia de las experiencias positivas del embarazo, parto y postnatales como base para la salud y el bienestar de madres y bebés. Del mismo modo, en la atención a la salud materno-infantil, se continúan aplicando prácticas sanitarias contrarias a la evidencia científica, o sin sustento en ella, que en algunas ocasiones impactan negativamente en la salud mental materna. Además, se mantiene la desatención a la salud mental y física de los bebés, al no tomar en consideración el elevadísimo impacto que suponen para ellos los eventos perinatales, las experiencias de las madres en este periodo, el estrés materno o la psicopatología perinatal.

- XI. La ausencia de una asistencia integral a la salud materna, que incluya la atención a la salud mental, además de suponer una quiebra del derecho básico a la salud de las mujeres que atraviesan por sus procesos reproductivos y maternos, compromete el bienestar, la salud y el desarrollo de sus bebés. Del mismo modo, la desatención política a los determinantes sociales de salud que influyen en la etapa perinatal expone a las mujeres embarazadas y madres a peores resultados de salud, con especial deterioro de su salud mental.
- XII. En España, dentro de la atención sanitaria a mujeres y bebés en el Sistema Nacional de Salud y los sistemas de salud descentralizados por Comunidades Autónomas, se han constatado importantes deficiencias en la implementación del enfoque basado en derechos humanos, con importantes repercusiones negativas para mujeres y bebés en sus resultados de salud, y especial socavación de su salud mental. Por ello, es necesario acometer una importante reforma en sus prácticas para garantizar una mejor implementación de estos derechos.
- XIII. La ética de los cuidados es fundamental para entender el valor social de la función materna, reconocida en la propia Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y permite hacer una lectura más acertada de los principios universales de ética y justicia en situaciones concretas del ciclo vital, como son los procesos de maternidad y la dependencia en la primera infancia, siendo imprescindible para generar una atención sanitaria de calidad y respetuosa con los derechos humanos en estas etapas de la vida.
- XIV. La evidencia científica generada desde multitud de disciplinas (etología, psicología del desarrollo, antropología evolutiva, biología comparativa y neurociencias) sobre la importancia de los vínculos afectivos en la primera infancia, y en especial, de la relación madre-bebé, es abrumadora, habiendo demostrado las repercusiones sobre la salud del bebé a lo largo de la vida.

XV. La atención integral a la salud de la madre y el bebé requiere del reconocimiento de la díada madre-bebé como una unidad funcional, con unas necesidades específicas, y merecedora de una protección especial. La salud y el bienestar de la madre y el bebé están íntimamente relacionados, desde el momento mismo de la concepción, formando una unidad biológica que no se deshace con el paso de la vida intrauterina a la extrauterina, sino que se mantiene desde un punto de vista neurobiológico (con la regulación recíproca en la lactancia o el contacto estrecho piel con piel) y psicoemocional. Adoptar la perspectiva de los derechos de las mujeres (totalmente necesarios, en el camino de la igualdad real y efectiva) supone contemplar estos derechos no sólo en relación con el ámbito laboral y a la vida productiva, sino reconociendo, también, la función social que desempeña la maternidad, y la especial protección que precisan los procesos de embarazo, de parto, y la etapa postnatal y de crianza infantil. Por lo tanto, desde este trabajo se plantea la necesidad del reconocimiento de la existencia de una díada funcional en la unión madre-bebé (o, en su defecto, figura principal de cuidado-bebé), con procesos neurobiológicos y psicosociales propios (vinculación afectiva madre-bebé, lactancia materna, contacto íntimo...), y con unas necesidades específicas, constituyendo por tanto un sujeto que precisa especial protección, dada la relevancia que la sincronía de dicha díada tiene para la salud de cada uno de sus componentes, así como para el desarrollo a largo plazo del infante.

XVI. Reconocer y defender la necesidad de protección de la díada madre-bebé no implica obligar a las mujeres a permanecer junto a sus bebés en contra de sus deseos o elecciones, ya que el reconocimiento de un derecho no supone, en ningún caso, una obligación por parte del titular del mismo, sino que se ejercería en respeto a la autonomía de las mujeres, quienes tendrían entonces la opción de elegir el modelo de cuidados ofrecidos a sus hijos, pudiendo compartirlo, delegarlo o externalizarlo.

XVII. Pese a la existencia de una unidad funcional madre-bebé en las primeras etapas de la vida, la atención sanitaria a los bebés, y las políticas sociales, han obviado de manera sistemática y por mucho tiempo, en entornos como el de nuestro país, su primera y máxima necesidad, que no es otra que estar en contacto íntimo y continuado con su madre.

XVIII. Numerosas publicaciones, tanto de la OMS como de otros organismos internacionales, ponen de manifiesto el creciente interés y atención a la salud mental, afirmando que la primera infancia, la infancia y la adolescencia son edades de vulnerabilidad y de oportunidades

en materia de salud mental y que los entornos de crianza, cuidado y aprendizaje de apoyo pueden ser enormemente protectores de la salud mental futura, mientras que las experiencias adversas en la infancia aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales.

- XIX. Con los casos clínicos expuestos se considera que se han puesto de manifiesto distintos supuestos en los que no ha habido un adecuado respeto de los derechos de las mujeres en torno a su maternidad. Son ejemplos que muestran la vulneración del derecho de las mujeres y sus hijos a disfrutar del mejor nivel de salud mental que sea posible a lo largo de los procesos de maternidad y crianza.
- XX. En la mayoría de estas situaciones de atención sanitaria analizadas, se observa de manera reiterada la falta de respeto a la autonomía de la mujer, sin ofrecer información adecuada y sin poner en el centro sus deseos, valores y preferencias. Se observa también un menoscabo de sus derechos al no atender de forma integral su salud mental y, en numerosas ocasiones, al no promover experiencias positivas en el embarazo, el parto y el postparto dentro de la atención sanitaria.
- XXI. La especial dependencia de los bebés de sus figuras maternas genera que el compromiso de la salud de las madres no sólo vulnera el derecho intrínseco de éstas al mejor disfrute posible de la misma, sino que, de forma indirecta, vulnera, como se ha dicho, los derechos de la primera infancia, con repercusiones indeseables que se manifiestan a lo largo de la vida.
- XXII. Por ello, se considera que éste es un ámbito que requiere de una mayor visibilización y protección acorde con los parámetros e indicaciones marcados por la OMS. Habría de ser una protección no sólo de la infancia o de las mujeres, sino de la esencial díada madre-bebé, en beneficio de ambos, del adecuado desarrollo social y de las generaciones futuras.
- XXIII. La atención a la salud mental de las madres y los infantes no corresponde únicamente al sistema de salud, aunque éste tiene un papel fundamental. El diseño de políticas destinadas a la protección de la infancia (especialmente, de los niños muy pequeños), valorando el papel que los vínculos familiares tienen en el desarrollo infantil, es esencial. Las intervenciones multisectoriales realizadas en esta primera etapa son esenciales para la promoción de salud y la protección de enfermedad a lo largo de la vida.
- XXIV. La principal evidencia de la vulneración del derecho de las mujeres y sus bebés a una asistencia integral en salud materno-infantil es la

ausencia de reconocimiento específico de la salud mental perinatal dentro de la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Tampoco en el "*Plan estratégico nacional de salud mental*" se hace una sola mención específica a la salud mental perinatal, si bien se recogen, de forma implícita, la mayoría de sus principios y focos de actuación. El "*Plan Estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid, 2022-2026*" ha reconocido la necesidad de implantar la atención a la salud mental perinatal, y en los últimos años, se ha producido un incremento considerable de dispositivos de salud mental perinatal en dicha Comunidad, pero los recursos invertidos continúan siendo insuficientes.

XXV. La falta de accesibilidad de las mujeres en los distintos momentos perinatales a recursos de salud mental, adecuadamente especializados en la atención perinatal, incumple los principios básicos de la atención sanitaria basada en los derechos humanos, y supone un menoscabo del derecho a la atención integral a la salud prenatal de las mujeres reconocido internacionalmente.

XXVI. En el ámbito asistencial sanitario en España, al no reconocimiento de la díada madre-bebé se suman las carencias formativas de los profesionales de la salud mental en perinatalidad dentro del ámbito público, arrastradas hasta etapas muy recientes, lo que explica algunas de las limitaciones a la hora de ofrecer una atención integral a la salud materna.

XXVII. El incesante desarrollo biomédico y tecnológico, unido al retraso de la edad materna (especialmente acusado en España), que asocia mayores dificultades para la fertilidad, así como el incremento del número de mujeres que deciden acceder a la maternidad fuera de la pareja heterosexual, han contribuido al incremento exponencial de la reproducción asistida y técnicas relacionadas, abriendo nuevos y complejos escenarios sobre sus límites bioéticos, y sobre los derechos de las personas concebidos por estas técnicas a conocer sus propios orígenes.

XXVIII. En el ámbito de la reproducción asistida, son muchos los vacíos legales y las situaciones de complejidad bioética que potencialmente pueden vulnerar los derechos humanos. Se identifica el riesgo de lesionar la dignidad intrínseca de las mujeres por medio de explotación reproductiva en situaciones como la ovodonación (legal en España) o la gestación subrogada (ilegal en España, pero exportada desde otros países por medio del mecanismo de la adopción legal).

XXIX. En el caso de la gestación subrogada vehiculizada por medio de empresas que operan de manera internacional, podría producirse

una grave vulneración de derechos humanos, susceptible de estar incurriendo en el supuesto delictivo de trata de personas.

- XXX. Por otro lado, se observa también la necesidad de garantizar el derecho a la identidad, un derecho fundamental de todas las personas y, si bien es cierto que los donantes de gametos no mantienen relaciones familiares a nivel legal, también lo es la relevancia que dicha información puede tener a nivel emocional, de significado personal, e, incluso, de salud genética.
- XXXI. Además, en la atención sanitaria a madres y bebés concebidos por medio de técnicas de reproducción asistida, se observan importantes vulneraciones del derecho a la información relativa a la salud mental materna y las posibles dificultades u obstáculos en la vinculación madre-bebé que pueden encontrar las mujeres que conciben por estas técnicas y que pueden mantenerse más allá del parto. Es importante redundar en que una información sesgada u omitida puede comprometer, también, el derecho a la autonomía de las mujeres, coartando la libertad y entorpeciendo el proceso de toma de decisiones
- XXXII. La vulneración del derecho a la información también se detecta en lo referido a la consulta preconcepcional, recomendada por la OMS, ya que en España se limita a las mujeres que desean o están buscando un embarazo, sin informar adecuadamente sobre fertilidad en general. En España, urge garantizar una adecuada información preconcepcional a todas las mujeres, de modo que éstas conozcan de manera veraz sus ciclos reproductivos, para que puedan tomar sus decisiones contraceptivas o reproductivas de forma informada y libre, a fin de garantizar sus derechos a la salud sexual y reproductiva.
- XXXIII. El embarazo supone la máxima expresión de la fusión de la díada madre-bebé. Se trata de una etapa de especial vulnerabilidad que debe ser protegida ante numerosos agentes externos e internos que pueden condicionar su mala evolución, su interrupción o el mal desarrollo del embrión o del feto. En concreto, el estrés materno durante el embarazo (altamente relacionado con los factores psicosociales) ha demostrado asociarse con peores resultados obstétricos, con un peor estado de salud materna en el postparto, y con mayor incidencia de problemas de salud mental y física del bebé a lo largo de su vida.
- XXXIV. En España, se encuentra una insuficiente protección de las mujeres embarazadas frente al estrés en el ámbito laboral, con vulneraciones frecuentes respecto a los derechos recogidos internacionalmente

que señalan la necesidad de protección específica de las mujeres embarazadas en sus puestos de trabajo, con actualización en función a la evidencia científica. Pese al desarrollo de legislaciones específicas para la protección de las mujeres embarazadas en el entorno laboral, éstas continúan padeciendo en muchas ocasiones presiones, si no discriminación, por razón de embarazo, lo que redundaría negativamente en su salud mental.

- XXXV. La protección social y económica a las mujeres embarazadas que no se encuentran vinculadas al mercado laboral resulta especialmente deficiente, aumentando el efecto estresor de estos factores desfavorables sobre las mujeres embarazadas y sus bebés, y vulnerando su derecho al disfrute del mejor estado de salud y bienestar que sea posible.

- XXXVI. Respecto a la promoción de la salud durante el seguimiento prenatal de las mujeres en el embarazo, se ha detectado, tras la pandemia de COVID-19, una disminución de los grupos prenatales y de preparación al parto en entornos comunitarios, recomendados por la OMS, siendo sustituidos por encuentros virtuales o por enlaces digitales a vídeos de clases previamente grabadas, en detrimento de sus beneficios.

- XXXVII. Asimismo, el actual modelo de seguimiento obstétrico del embarazo en la sanidad pública española, de citas breves y espaciadas por trimestres, en el que gran parte del peso recae en sucesivos obstetras, por no haber uno de referencia, dificulta el desarrollo de una auténtica relación de confianza médico-paciente, en contra de la recomendación de la OMS de generar *"relaciones auténticas y de apoyo con los proveedores de atención del embarazo y el parto"*. Esta recomendación es seguida habitualmente en la atención privada, en la que el mismo obstetra realiza el seguimiento y la atención al parto, y sea posiblemente la causa subyacente del trasvase de aquellas mujeres que pueden permitírselo económicamente al sistema privado para satisfacer esa relación de confianza con su obstetra.

- XXXVIII. A pesar de que el embarazo es una etapa en la que se produce una alta incidencia de problemas de salud mental, su detección es muy deficiente, y no se han incorporado de forma sistemática herramientas de cribado para la misma que permitan la evaluación rutinaria de salud mental en las mujeres embarazadas.

- XXXIX. Dado que el parto es un evento único en la vida del bebé y la madre, los tratos respetuosos en su atención, siguiendo un enfoque basado en derechos humanos, informando y garantizando la autonomía de las pacientes, asegurando su acompañamiento físico y emocional, y prestando una atención que no sólo cuente con capacitación técnica,

sino que sea amable, son imprescindibles para lograr una experiencia de parto positiva que garantice el mejor estado de salud y bienestar posible para las madres y para sus bebés.

- XL. Sin embargo, en España, tanto los informes realizados sobre la asistencia al parto (con un intervencionismo médico por encima de los estándares internacionales de calidad), como las experiencias de parto transmitidas por muchas mujeres, y los tres dictámenes del Comité CEDAW condenatorios a España por violencia obstétrica, muestran la existencia de tratos inadecuados, irrespetuosos o violentos contra las mujeres en los paritorios. Se aprecia una frecuente vulneración de su derecho a la información sanitaria, al ejercicio de su derecho de autonomía por medio de la participación en la toma de decisiones, así como el ejercicio ocasional de tratos humillantes o degradantes que son contrarios a la dignidad básica del ser humano. Todo ello produce estrés y sufrimiento en un momento significativo y de elevada vulnerabilidad, que pueden comprometer su salud y la de su bebé, generando secuelas psicológicas duraderas.
- XLI. Mención aparte, merece la inadecuada modificación de los protocolos hospitalarios aplicados a partir de la pandemia de la COVID-19, con prácticas totalmente contrarias a las recomendaciones de la OMS en la atención al parto, sin justificación clínica, tales como: impedir el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, uso de instrumentaciones para acortar el periodo expulsivo, separación precoz madre-bebé, falta de apoyo a la lactancia materna, o lavado inmediato del bebé y/o de la madre. Algunas de estas medidas se mantuvieron incluso tras levantarse el estado de alarma por COVID-19.
- XLII. La lucha contra la violencia obstétrica y el camino para la instauración generalizada de los tratos respetuosos en el parto pasa, de forma ineludible, por estrategias multidimensionales que obliguen a la recogida de datos, la monitorización y la comparación del uso de estas prácticas para poder identificar sus factores causales y perpetuantes; a la formación continua de los profesionales que atienden en los partos; a la formación del personal de justicia encargado de enjuiciar los delitos relativos a la violencia obstétrica; y a la sensibilización de la comunidad sobre la relevancia y el valor de las experiencias positivas de parto con participación activa de la mujer. Pese a los esfuerzos realizados en España para combatir la violencia obstétrica, el Comité CEDAW expresa su preocupación por la falta de aplicación sistemática de las recomendaciones y las grandes disparidades entre regiones.
- XLIII. La OMS es taxativa respecto a que la lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia en

la primera infancia, y mejora también los resultados en salud de las mujeres, incluyendo los resultados en su salud mental, por lo que su promoción es prioritaria en la agenda mundial de salud.

XLIV. La presencia de un vínculo madre-bebé saludable en los primeros meses de vida se asocia con el establecimiento en el niño de un estilo de apego seguro, que a su vez supone un factor de prevención frente a la emergencia de psicopatología infantil y a lo largo de la vida. La separación madre-bebé interfiere en el establecimiento del vínculo afectivo, y se asocia a un incremento de psicopatología en la madre, y al establecimiento de apegos inseguros o desorganizados en la infancia, con una mayor incidencia de psicopatología a lo largo de la vida, produciendo, en los casos más graves, los denominados trastornos del vínculo.

XLV. Asimismo, los determinantes psicosociales de salud en la etapa postnatal, de especial vulnerabilidad, tienen una elevada influencia en la aparición de trastornos mentales perinatales. El malestar afectivo y los trastornos mentales maternos se asocian con dificultades en el establecimiento del vínculo madre-bebé y a un peor nivel de salud y problemas del desarrollo en los infantes, con importantes consecuencias en la salud poblacional de las generaciones futuras.

XLVI. Por tanto, todas aquellas situaciones o políticas que obligan, directa o indirectamente, a la separación madre-bebé, interfiriendo o limitando los mecanismos naturales de regulación de la unidad funcional (lactancia materna exclusiva a demanda durante los 6 primeros meses, o contacto íntimo y estrecho piel con piel madre-bebé), comprometen la salud emocional y física de la díada, vulnerando sus derechos.

XLVII. Una medida fundamental que ha demostrado ser eficaz en la prevención de la discriminación y en la prevención de problemas en salud mental materna es la prestación por maternidad. Sin embargo, la existente en España no permite cumplir con las recomendaciones básicas de la OMS sobre el cuidado y la nutrición en la primera infancia, puesto que únicamente cubre 16 semanas, impidiendo, de hecho, mantener su recomendación de lactancia materna exclusiva a demanda hasta los 6 meses a aquellas madres que desean alimentar y cuidar a sus hijos siguiendo este estándar internacional de salud.

XLVIII. Los actuales permisos por cuidado de hijo recién nacido en España son insuficientes para la protección y la salud de la díada-madre bebé. En primer lugar, no reconocen las circunstancias propias de salud que la madre puérpera puede sufrir en relación con el parto o el postparto, descontando los días de ingreso hospitalario materno del permiso por cuidado de recién nacido. En segundo lugar, como ya se ha indicado,

las 16 semanas son insuficientes para garantizar los 6 meses de lactancia materna exclusiva recomendados por la OMS. Y, en tercer lugar, los permisos intransferibles dejan en situación de desigualdad a los hijos de familias monoparentales, ya que únicamente podrán disfrutar de 16 semanas de cuidados directos por parte de una figura de apego primaria. Si bien *a priori* los permisos igualitarios e intransferibles entre hombres y mujeres podrían ayudar en la lucha contra la discriminación laboral de las mujeres, la limitación temporal de los mismos a 16 semanas obliga a un gran número de mujeres, que buscan cuidar y alimentar a sus hijos siguiendo las recomendaciones internacionales de salud, a abandonar o reducir su actividad laboral y sus ingresos por medio de excedencias sin sueldo, la renuncia al trabajo o la reducción de la jornada laboral con merma proporcional del sueldo. En España, esto supone, *de facto*, una discriminación de las mujeres en el empleo por razón de maternidad, que no está siendo adecuadamente atendida y que es ignorada de forma sistemática por los generadores de políticas sociales.

XLIX. Si bien la legislación española se ha articulado conforme a la protección al derecho de no discriminación laboral por razón de maternidad, la realidad es que esta discriminación se continúa produciendo, y en España, la brecha de género en el mercado laboral se amplía considerablemente a raíz de la maternidad. Esta discriminación tiene también importantes resultados en salud, dada la asociación existente entre salud y trabajo. La vulneración de los derechos de la mujer trabajadora que es madre tiene a sus infantes como víctimas indirectas, que pueden ver comprometidos su bienestar, su salud y su desarrollo debido al deterioro de la salud de la madre. Esta discriminación laboral de las mujeres por maternidad tiene importantes efectos sobre la salud mental, tanto para aquellas que deciden incorporarse a su actividad laboral en esta etapa temprana en contra de sus preferencias, como para aquellas que eligen permanecer junto a sus bebés, perdiendo con ello su sueldo, su promoción o, incluso, su puesto laboral. Por tanto, se considera imprescindible abordar de forma urgente la protección laboral y económica de las mujeres que son madres.

L. Dado que el niño no ha de ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño, los ingresos hospitalarios maternos por razón médica (sea de causa somática o psiquiátrica) que obligan a la separación madre-bebé vulneran este derecho del menor en contra de su interés superior, además de discriminar a las mujeres por no

atender adecuadamente las necesidades del ciclo vital en el que se encuentran. Por tanto, dichas separaciones vulneran el principio de aceptabilidad en la atención sanitaria basada en un enfoque en derechos humanos.

- LI. En definitiva, la absoluta vigencia del enfoque de derechos humanos en la atención a la salud mental materno-infantil y las conclusiones expuestas respecto al papel preventivo en materia de salud de las políticas multisectoriales enfocadas en la etapa perinatal se pueden considerar corroboradas por la Comisión europea, al señalar, en su Comunicación de 7 de junio de 2023, que:

"La promoción de una buena salud mental, la prevención de los problemas de salud mental y la intervención temprana son más eficaces y rentables que el tratamiento. Los resultados económicos más sólidos en cuanto a la eficacia de las inversiones en este enfoque corresponden a la intervención temprana centrada en la salud materna e infantil".