



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

ISSN: 2340-2733

redaccion@RevistaAEN.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Paricio del Castillo, Rocío; Díaz de Neira Hernando,
Mónica; Cano Linares, María de los Ángeles
Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,
vol. 44, núm. 146, 2024, Julio-Diciembre, pp. 19-41
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352024000200002>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265080039009>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante

Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal

Human Rights in Maternal and Child Health Care: The Integration of Perinatal Mental Health

ROCÍO PARICIO DEL CASTILLO^a, MÓNICA DÍAZ DE NEIRA HERNANDO^b, MARÍA DE LOS ÁNGELES CANO LINARES^c

a) Psiquiatra de la Infancia y la Adolescencia en Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. ORCID iD: 0000-0003-2734-0577.

b) Psicóloga Clínica en Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. ORCID iD: 0000-0003-2139-6908.

c) Profesora de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales en Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. ORCID iD: 0000-0002-1440-5880.

Correspondencia: Rocío Paricio del Castillo (roparicio@gmail.com)

Recibido: 06/02/2024; aceptado con modificaciones: 23/05/2024

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: El derecho esencial de toda persona al disfrute del máximo nivel de salud mental y física que resulte posible debe ser adecuadamente garantizado en la atención a la salud materno-infantil, cuya necesidad de cuidados específicos está reconocida a nivel de derechos humanos tanto en la Convención de los Derechos del Niño como en la

Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Sin embargo, en España se advierten importantes deficiencias para ofrecer una atención integral a la salud materno-infantil que incluya la atención a la salud mental perinatal, lo que supone una vulneración del derecho a la salud de las mujeres que son madres y de sus hijas e hijos. En el presente trabajo se analizan las principales deficiencias del Sistema Nacional de Salud a la hora de ajustarse a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en materia de salud mental perinatal.

Palabras clave: salud mental perinatal, derechos humanos, salud materno-infantil, mujer.

Abstract: The fundamental right of every individual to enjoy the highest attainable standard of mental and physical health must be adequately ensured in maternal and child health care, the need for specific care of which is recognized both in the Convention on the Rights of the Child and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. However, significant deficiencies in providing comprehensive maternal and child health care, including perinatal mental health care, are evident in Spain, constituting a violation of the right to health for mothers and their daughters and sons. This paper analyzes the main shortcomings of the National Health System in adhering to the recommendations of the World Health Organization regarding perinatal mental health.

Key words: perinatal mental health, human rights, maternal and child health, woman.

INTRODUCCIÓN

EL DERECHO ESENCIAL DE TODA PERSONA al disfrute del máximo nivel de salud que resulte posible supone la mayor expresión de la unión indisoluble que existe entre la práctica sanitaria y los derechos humanos (1). El fin último de los servicios de salud no es otro que implementar de manera efectiva el denominado derecho a la salud, que comprende de forma necesaria e ineludible la salud mental, puesto que, como reza el lema de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “no hay salud sin salud mental” (2).

A pesar de que la atención integral a la salud exige considerar la salud mental al mismo nivel que la salud física, hasta etapas muy recientes no ha empezado a tener la atención y la relevancia que merece. Sin embargo, y pese al creciente interés por la salud mental, reflejado en las directrices de la OMS “Iniciativa especial de la OMS para la salud mental 2019-2023”, así como en el notorio incremento de la relevancia pública de la misma a partir de las terribles consecuencias derivadas de la pandemia de COVID-19, la realidad es que los recursos destinados a su atención siguen siendo insuficientes (3, 4).

Uno de los ejemplos paradigmáticos de las dificultades existentes para la consecución de una atención integral a la salud física y mental es la atención a la salud materno-infantil o salud perinatal. Por sus características, la etapa perinatal requiere de una protección y unos cuidados específicos que aparecen consagrados dentro de los derechos humanos internacionalmente reconocidos en el artículo 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1). Del mismo modo, la Convención de los Derechos del Niño señala que, para garantizar el derecho a la salud en la infancia, reconocido en su artículo 24, los Estados tienen la obligación de proporcionar a las madres una atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada, de asegurar que la sociedad conozca los principios básicos de salud y nutrición de la infancia, así como las ventajas de la lactancia materna, y de desarrollar una actividad sanitaria preventiva, que incluya la orientación y educación de los padres respecto a la salud de los infantes (5). También la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, comúnmente conocida como CEDAW), recoge en su artículo 12 que, para garantizar una atención sanitaria a las mujeres en condiciones de igualdad y libre de discriminación, los Estados partes deberán proporcionar servicios apropiados en el embarazo, el parto y el postparto, asegurando una adecuada nutrición durante el embarazo y la lactancia (6).

A lo largo de su articulado, la CEDAW realiza numerosas menciones a la maternidad de las mujeres y señala: que la adopción de políticas encaminadas a la protección de la maternidad no podrá ser considerada como discriminatoria (artículo 4); que los Estados partes tienen la obligación de garantizar una educación que destaque la importancia de la función social materna y la responsabilidad común de hombres y mujeres en la educación y el desarrollo de sus hijos e hijas (artículo 5); o la obligación de proteger a las mujeres de toda clase de discriminación en la esfera del empleo por razón de maternidad, con medidas como la prohibición del despido por embarazo o la implantación obligatoria de licencias de maternidad remuneradas, de prestar especial apoyo a las mujeres embarazadas en sus puestos de trabajo o de garantizar una red de apoyos para posibilitar la conciliación de la vida familiar y profesional (artículo 11).

Así, en lo que respecta específicamente a la protección de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y la etapa postnatal, tanto por derecho propio (Convención de la CEDAW) como por garantizar los derechos de sus hijas e hijos (Convención de los derechos del Niño), es evidente que ha de tenerse por incluida la salud mental y física, puesto que el derecho humano al goce del más alto grado de salud que resulte posible abarca necesariamente ambas dimensiones. La ausencia de una atención integral puede propiciar la perpetuación de prácticas sanitarias que tienen un impacto potencialmente negativo en la salud mental de las mujeres y, de

forma indirecta, en sus hijos e hijas, además de limitar la promoción de la salud mental en una etapa con un elevado valor a nivel preventivo y de dificultar la detección de mujeres que presentan problemas de salud mental perinatal. La escasez de recursos de salud mental especializados en perinatalidad y la falta de formación en salud mental y perspectiva de género de los profesionales implicados en la atención ginecoobstétrica limitan los resultados en salud de las mujeres y de sus criaturas (7). Todo ello resulta contrario a los derechos humanos de las mujeres y la infancia.

El presente trabajo pretende analizar las graves deficiencias que todavía existen en España en materia de salud materno-infantil a la hora de prestar una atención integral que incluya la atención a la salud mental perinatal. Además de las dimensiones del problema en términos de salud pública (puesto que la OMS estima que una de cada cinco mujeres padecerán algún trastorno mental a lo largo del embarazo y/o del primer año postnatal y que la salud mental materna es uno de los principales pilares para el desarrollo infantil saludable), hay que tener en cuenta que estas carencias sanitarias constituyen vulneraciones de derechos humanos básicos de las mujeres y de sus bebés en materia de salud (8).

DIRECTRICES INTERNACIONALES DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL

La OMS es el organismo de las Naciones Unidas que ha sido designado por los distintos Estados para la promoción de la salud en el mundo, y sus directrices y recomendaciones han de ser tomadas como los estándares a seguir para la consecución de una asistencia sanitaria de calidad (9).

Durante muchos años, la prioridad mundial en materia de salud materno-infantil ha sido acabar con la mortalidad materna prevenible (constituyendo el quinto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas), dado que esta todavía mantiene cifras dramáticamente elevadas en muchas regiones en el mundo (10). Afortunadamente, gracias al innegable avance de las prestaciones sanitarias y la atención al parto por profesionales sanitarios especializados, en España la mortalidad materna en el parto está prácticamente erradicada, si bien persisten inequidades en la misma, siendo más frecuente en mujeres inmigrantes que en aquellas nacidas en este país (11). En cualquier caso, el objetivo último no puede limitarse a la supervivencia de las mujeres y sus bebés al parto, ni siquiera a la disminución de sus lesiones físicas, sino que la implementación adecuada del derecho a la salud exige la protección del goce del mayor nivel de bienestar y salud que sea posible para ambos, incluyendo la salud mental. Así, el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reclama garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y en todas las edades (12).

El embarazo, el parto y la etapa postnatal son momentos vitales con una elevada carga emocional, de relaciones sociales y de significados asociados, e implican intensas

transformaciones físicas y psicológicas, así como transiciones en los roles. A esto se une la influencia de multitud de determinantes sociales de salud, que inciden desfavorablemente en las mujeres por el hecho de serlo, como recoge la OMS, pero también por razón de maternidad, lo que aumenta su vulnerabilidad a sufrir peores resultados de salud, especialmente en lo relativo a su salud mental (13). La crianza y las distintas formas de maternidad se encuentran altamente influenciadas por los contextos socio-culturales y su estudio y la comprensión de las problemáticas asociadas, también en lo relativo a la salud mental perinatal, requiere una perspectiva interseccional que incluya cuestiones como la cultura de origen, el nivel socioeconómico y educativo o las redes de apoyo social con las que cuentan las mujeres en sus procesos de maternidad.

A lo largo del siglo XXI, la OMS ha comenzado a prestar una mayor atención a los aspectos psicológicos de la etapa perinatal, hasta entonces prácticamente desatendidos. En los últimos años ha actualizado sus tres guías principales para la atención sanitaria de la salud materno-infantil, destinadas a los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres en el embarazo, el parto y el postparto, y ha incluido en ellas como término central el de “experiencia positiva”. De este modo, la OMS reconoce que la base fundamental para la salud y el bienestar de las mujeres en sus embarazos, partos y postpartos es, precisamente, disfrutarlos como experiencias positivas y significativas para ellas, y hasta tal punto les concede importancia que aparecen incluidas en los títulos: “Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo” (2016), “Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia de parto positiva” (2019) y “Recomendaciones sobre el cuidado materno y del recién nacido para una experiencia postnatal positiva” (2022) (14-16).

En el año 2020, en su documento “Improving Early Childhood Development” (“Mejorando el desarrollo temprano de la infancia”), la OMS recogió que uno de los pilares fundamentales para promover el desarrollo infantil saludable (además del “marco de cuidados cariñosos”, propuesto por la Asamblea Mundial de la Salud, y de las experiencias positivas de aprendizaje interpersonal en los primeros años de vida) es, precisamente, la atención a la salud mental materna (17). Y señala específicamente la materna porque, afirma, se halla muy frecuentemente dañada y es la que ha demostrado un mayor impacto en el desarrollo infantil (la depresión postparto tiene consecuencias especialmente negativas en este sentido) y, por tanto, es en ella en la que se han de centrar los recursos. Reconoce, no obstante, la importancia de implicar a los padres en la corresponsabilidad de los cuidados y en combatir determinantes sociales de salud, como la violencia en la pareja, para ayudar a mejorar la salud mental de las madres.

En 2022 se produce el auténtico salto en materia de salud mental perinatal dentro de las directrices de la OMS, con su documento “Guide for Integration of

Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services” (“Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil”) (8). En ella, la OMS señala que los trastornos de la salud mental perinatal constituyen un problema de salud pública y deben ser atendidos integralmente en las maternidades y los servicios de obstetricia y pediatría, y solo en los casos graves deberán ser remitidos a recursos especializados de salud mental. Entre las recomendaciones para la implementación de la atención a la salud mental perinatal dentro de los servicios de salud materno-infantil, se incluye la intervención “en escalones”, que consiste en identificar en cada mujer los determinantes sociales implicados en su malestar y actuar sobre ellos mediante intervenciones psicosociales. Para ello, insta a fomentar las redes de apoyo social de las mujeres y, en un segundo escalón, a la intervención psicoterapéutica, mencionando los grupos terapéuticos de mujeres liderados por un profesional especializado. Solo en los casos graves o resistentes recomienda recurrir a tratamiento psicofarmacológico. Además, recomienda que el sanitario encargado de los programas de atención a la salud mental perinatal sea un profesional de la psicología.

LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL EN ESPAÑA

La implementación de las directrices de la OMS referidas a la salud mental perinatal dentro de la asistencia a la salud materno-infantil en el sistema sanitario español es todavía deficiente y son numerosos los frentes que deben abordarse para lograr una atención sanitaria auténticamente integral.

En primer lugar, respecto a la ausencia de entidad propia de la salud mental perinatal en la asistencia española, cabe destacar que la misma no aparece recogida como tal dentro de las prestaciones de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, lo cual, en sí mismo, constituye ya una importante limitación (18). Pero, lo que es de mayor gravedad, en la última estrategia nacional para la salud mental española, la “Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026”, tampoco hay una sola mención específica al término “salud mental perinatal”, si bien es cierto que en el texto aparecen recogidos, de forma genérica, la mayoría de sus principios y formas de actuación (19). De este modo, y sin una guía estatal, resulta muy difícil garantizar el desarrollo de recursos de salud mental perinatal y su acceso a toda la población del territorio nacional en condiciones de equidad.

La escasez de recursos específicos de salud mental perinatal y la falta de accesibilidad de mujeres embarazadas y puérperas a una atención a la salud mental de calidad supone un quiebre tanto de su derecho genérico a la salud como de su derecho a recibir unos cuidados sanitarios especializados en esta etapa; derechos recogidos en la Convención de los Derechos del Niño y en la CEDAW. Existe desigualdad

territorial en el desarrollo de servicios de salud mental perinatal, con marcadas diferencias a lo largo del territorio nacional, lo que podría estar generando inequidad en la atención sanitaria de las mujeres. A nivel autonómico, algunos servicios de salud cuentan con recursos de salud mental perinatal desde hace años (tal es el caso de los servicios perinatales ofrecidos en Barcelona por el grupo de Lluïsa García Esteve, quien lideró el primer programa de Psiquiatría Perinatal en España) (20), mientras que otros están comenzando a desarrollar planes para luchar contra esta evidente discriminación de las mujeres en la etapa perinatal. Como ejemplo del progresivo desarrollo reciente en el ámbito de un servicio de salud regional dentro del territorio nacional, se menciona el caso de la Comunidad de Madrid.

Así, en el “Plan estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid, 2022-2024”, se recoge ya como objetivo el desarrollo de la salud mental perinatal mediante dos actuaciones: la asignación de una figura referente de responsable de atención perinatal en todos los hospitales con servicios de maternidad y el desarrollo de un programa perinatal de continuidad de cuidados en la atención al embarazo, el parto y el puerperio en los centros de salud mental (21). Sin embargo, los recursos efectivos destinados siguen siendo limitados. Una investigación reciente señala que en 2023 solo 12 hospitales de los 35 centros hospitalarios de la red del Servicio Madrileño de Salud contaban con algún programa específico para la atención a la salud mental perinatal, y en su mayoría los programas tienen una accesibilidad limitada (22).

Las deficiencias formativas arrastradas por parte de los profesionales de la salud mental en materia de perinatalidad en nuestro país tampoco contribuyen a ofrecer una asistencia de calidad a aquellas mujeres que son adecuadamente identificadas y derivadas a la red de salud mental. Hasta etapas muy recientes, la mayoría de los psiquiatras y los psicólogos clínicos especializados por la vía de la residencia no contaban con formación en salud mental perinatal, pese a tratarse de una etapa con procesos psicológicos propios y únicos y manifestaciones psicopatológicas diferenciadas de otros momentos vitales que no pueden ser abordados correctamente sin formación específica y cuya atención requiere idealmente una visión ecosistémica (23). Esta perspectiva ecosistémica implica la inclusión en la comprensión y la intervención sobre la díada madre-bebé de los contextos y las relaciones sociales en los cuales dicha díada se encuentra inserta, haciendo partícipes a la pareja (cuando la hay) y las familias, activando las redes sociales de apoyo y considerando los determinantes sociales que pueden estar impactando en la salud (tales como la clase social y económica, trabajo, historia de migración, violencias, etcétera) para realizar un abordaje holístico e integral de la salud mental perinatal. La salud mental perinatal se desarrolla en la encrucijada de la psiquiatría y psicología de adultos y la psiquiatría y psicología infantil y del desarrollo. Por ello, la reciente creación de la especialidad

de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia no parece haber venido a solucionar el problema, puesto que, si bien en su itinerario formativo se recoge por primera vez oficialmente la rotación en salud mental perinatal, genera nuevas dificultades a la hora de establecer competencias y ofrecer una atención integral a las mujeres que previamente padecían un trastorno mental grave o que desarrollan problemas de salud mental de gravedad en la etapa perinatal, que en principio deberían ser atendidas por especialistas con el título de Psiquiatría (psiquiatras de adultos, en contraposición al título de nueva creación) (24).

En cuanto a la necesaria labor de protección y promoción de la salud mental por parte de los servicios de obstetricia y pediatría dentro de su atención integral a la salud materno-infantil, se advierten también enormes deficiencias.

La primera de ellas es la atención separada a las mujeres y a la infancia, debido a la propia estructuración de la asistencia sanitaria en especialidades, lo que interfiere en la correcta atención a la díada madre-bebé. En efecto, en las primeras etapas post-natales, la madre y su bebé constituyen una unidad funcional con una regulación recíproca a nivel biológico y emocional cuya máxima expresión se encuentra en el delicado equilibrio propio de la lactancia materna, en la cual la producción de la madre se ajusta a la demanda de su infante tanto en cantidad como en temporalidad (25, 26). La visión desligada de las mujeres y de las niñas y niños de corta edad impide identificar y tratar problemas específicamente surgidos de la interacción entre ambos (como pueden ser muchos problemas con la lactancia y de alimentación, algunos de gravedad, de sueño o del desarrollo), y dificulta el ofrecimiento de una atención sanitaria de calidad, lo que puede producir iatrogenia en las intervenciones. El mayor ejemplo es la separación precoz madre-bebé que en muchos hospitales aún se realiza en partos por cesáreas programadas, y que casi siempre se produce en aquellos casos en los que la madre o el bebé requieren un ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (27). Si bien a día de hoy la política mayoritaria de las UCI neonatales españolas es la de puertas abiertas (permitiendo el acceso de las madres y los padres en cualquier momento del día), en general las instalaciones no apoyan un acompañamiento continuo entre la madre y el bebé, debido, entre otras circunstancias, a la ausencia de cama anexada a la cuna del bebé. La realidad es que las madres y los padres realizan visitas a sus hijos de un cierto número de horas, pero mayoritariamente pasan las noches y otros largos momentos del día (relacionados por ejemplo con la alimentación, el aseo o el descanso) alejados de su bebé. Ello pese a que la evidencia científica del estudio de neurociencias en neonatología ha demostrado que la política de “separación cero”, manteniendo a la madre y al bebé en contacto íntimo y continuado tanto a nivel físico como psicológico, tiene grandes beneficios en salud para ambos (28). Las investigaciones científicas de los últimos años apuntan a que el contacto piel con piel estrecho y la lactancia materna

constituyen la base biológica del desarrollo humano, y muchas de las secuelas tradicionalmente asociadas a la prematuridad podrían ser, en realidad, secuelas de una separación precoz madre-bebé de un infante con un sistema nervioso especialmente inmaduro y dependiente del cuerpo materno para su regulación (29, 30).

Cabe señalar que la separación de las niñas o niños de sus padres en contra de la voluntad de estos vulnera el artículo 9 de la Convención de los Derechos del Niño, que reconoce que esta separación no debe producirse “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” (5). Según la evidencia científica acumulada hasta el momento, el interés superior de los infantes de corta edad, máxime en aquellos recién nacidos y en edad de lactancia materna, es estar en contacto directo con su madre. Esta vulneración es especialmente relevante en aquellos casos en los cuales las mujeres que son madres requieren un ingreso hospitalario (sea de causa somática o psiquiátrica) y son separadas de sus bebés en contra de su voluntad. Concretamente, en la atención a los problemas de salud mental materna, el cuidado de la díada madre-bebé debe ser uno de los focos terapéuticos, así como ayudar a las madres a desarrollar identidad y agencia en su rol de madres (31). Pese a la iatrogenia y el menoscabo de los derechos fundamentales que supone la separación de madres y bebés, en España los ingresos en Unidades psiquiátricas de Hospitalización Breve de mujeres en la etapa postnatal obligan aún a día de hoy a esta separación, y no existen plantas adaptadas para ingresos conjuntos. En este ámbito, se pone nuevamente de manifiesto la incapacidad del sistema sanitario español para ofrecer una asistencia integral a madres y bebés.

A las dificultades dentro de la red de salud mental para la atención perinatal y la ausencia del reconocimiento de las necesidades específicas de la unidad madre-bebé dentro del sistema sanitario en general, se une la formación mayoritariamente biomédica de los profesionales de la obstetricia y pediátricos que atienden a las madres y a los infantes, alejada de las transformaciones y los fenómenos psicológicos que tienen lugar en el periodo perinatal, lo que les dificulta brindar una atención verdaderamente centrada en generar experiencias positivas de embarazo, parto y postnatales en las mujeres, que han demostrado ser la base de su bienestar en esta etapa (23).

a) Atención integral a la salud en el embarazo

Durante la etapa de la gestación, la OMS señala la importancia de que las mujeres embarazadas tengan encuentros auténticamente comunicativos con su profesional sanitario proveedor de atención a la gestación para que puedan generar una relación de confianza, lo que ha demostrado ser un factor promotor de experiencias

positivas en esta etapa (14). Sin embargo, en el sistema sanitario público español, no existe la figura del facultativo de la obstetricia de referencia, por lo que es frecuente que las visitas médicas sean atendidas en cada ocasión por un profesional de la obstetricia diferente, dificultando ese encuentro y el desarrollo de una verdadera alianza con las mujeres, si bien es cierto que las citas con enfermería especializada sí acostumbran a mantenerse con la misma matrona. La falta de un profesional médico de referencia puede ser una de las razones por las cuales mujeres con capacidad económica para permitírselo opten por realizar su seguimiento obstétrico en la sanidad privada, donde generalmente un mismo obstetra atiende todas las citas y, en muchas ocasiones, es también quien atiende el parto. Un estudio que analizaba los motivos de las mujeres embarazadas para escoger el seguimiento obstétrico privado en España señalaba que el principal motivo argumentado era el número y la calidad de las ecografías realizadas en los servicios sanitarios privados, seguidos de la “seguridad” y la “tranquilidad” que percibían al realizar dicho seguimiento. Por tanto, parece que, efectivamente, en España las mujeres podrían percibir una mayor relación de confianza en la sanidad privada (con las consecuentes percepciones de tranquilidad y seguridad por parte de las pacientes) debido, en parte, a que realizan el seguimiento con un mismo profesional facultativo (32).

Además, aunque en el imaginario colectivo cada vez hay una mayor conciencia de la existencia de estados depresivos postparto, sigue predominando el ideal de la “embarazada feliz”, pese a que una gran parte de las mujeres que presentan problemas de ansiedad y/o depresión en el postparto sufrían ya problemas semejantes durante el embarazo (33). De hecho, uno de los mayores factores predictores de riesgo para sufrir depresión postparto es haber padecido ansiedad o depresión durante el embarazo (34). Pese a ello, la implementación rutinaria de cribado de síntomas ansiosos o depresivos en el seguimiento normal del embarazo todavía no se lleva a cabo en la mayor parte de los protocolos españoles, lo que dificulta la identificación y la derivación de las mujeres embarazadas con problemas de salud mental a recursos específicos para recibir la atención sanitaria que precisan.

b) Atención integral a la salud en el parto

Pero, probablemente, la mayor problemática actual reside en las experiencias de algunas mujeres dentro de la atención sanitaria a sus partos. El tema de los tratos respetuosos en el parto y la denuncia de la denominada “violencia obstétrica” son asuntos de gran vigencia que en los últimos años han ocupado un lugar prominente en el interés público, suscitando acalorados debates y reflexiones encontradas. En España, el término “violencia obstétrica” es frontalmente rechazado por algunos sectores médicos, por considerar que lesiona su honor y atribuye una intencionalidad

de daño a profesionales cuyo objetivo último es, por el contrario, procurar salud (35). Sin embargo, cada vez hay una mayor conciencia de la importancia de nombrar y visibilizar la existencia de tratos irrespetuosos en los partos, también dentro de los sectores sanitarios (36, 37). En cualquier caso, la nomenclatura de “violencia obstétrica”, surgida del activismo de mujeres con experiencias traumáticas en sus partos, ha sido aceptada ya por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y por el Consejo de Europa (38,39). Por su parte, la OMS publicó en el año 2014 su declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, en la cual no emplea el término violencia obstétrica, pero sí reconoce la existencia en la atención obstétrica de un “trato abusivo e irrespetuoso” que admite como un grave problema de salud a nivel mundial, y pide a los gobiernos un mayor respaldo en la investigación y la acción contra el maltrato en los contextos sanitarios y la implementación de programas centrados en la calidad de la atención a la salud materna, basados en un trato respetuoso y señalando importancia de que los sistemas de salud se responsabilicen del trato ofrecido a las mujeres en sus partos (40). El informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer de 2019 (41) señala, respecto de la violencia obstétrica, que se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático, y reconoce que la problemática no se ha abordado plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos (41).

En su guía actualizada para la atención al parto, la OMS reconoce la importancia de que las mujeres tengan una experiencia positiva de parto, entendiendo como tal aquella experiencia que cumple o supera las expectativas personales y socioculturales previas, y señala el valor de “un desenlace trascendente para todas las mujeres en el parto” (15). Para ello, las mujeres no solo deben recibir una atención sanitaria técnicamente competente, sino también amable, como recoge la OMS, y es fundamental que formen parte activa en la toma de decisiones, pues “la mayoría de las mujeres desean tener un parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, incluso cuando se requieren o desean intervenciones médicas” (15).

La falta de investigación real y rigurosa sobre la atención ofrecida en los partos dificulta conocer el alcance de los tratos inadecuados o de situaciones en las cuales los deseos, los valores, las preferencias y las experiencias de las mujeres no son adecuadamente tenidas en cuenta. Sin embargo, hay tres fuentes fundamentales que arrojan información valiosa sobre la situación del problema en España.

En primer lugar, los propios datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad acerca de las intervenciones médicas realizadas en la atención al parto distan mucho de los estándares internacionales de calidad propuestos por la OMS. En su informe del año 2021, denominado “Atención perinatal en España. Análisis de los recursos

físicos humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018”, se refleja una tasa muy elevada de cesáreas y, pese a la disminución del empleo de amniotomías y episiotomías, estas siguen por encima de los valores recomendados internacionalmente (42). Además, destaca una elevación constatable del empleo de partos instrumentalizados, especialmente, de la ventosa o “*vacuum extractor*”. También se recoge un elevadísimo uso de la inducción artificial del parto, alcanzando el porcentaje de un 34,2% de partos inducidos en España en el año 2018 (42). Desde la perspectiva de la salud mental perinatal, estos datos son altamente preocupantes, debido a que los partos por cesárea, los partos instrumentados y en general los partos que cuentan con intervencionismo médico se han asociado consistentemente a una mayor incidencia de problemas de salud mental en la madre en la etapa perinatal, fundamentalmente, depresión postparto y estrés postraumático (43, 44).

La segunda fuente que verifica la existencia de esta problemática son los tres dictámenes emitidos por el Comité de la CEDAW contra España por violencia obstétrica a partir de las denuncias individuales de tres mujeres que habían agotado las vías legales españolas, viendo desestimadas sus alegaciones y recurriendo entonces a los organismos internacionales de derechos humanos. En sus dictámenes, el Comité de la CEDAW considera probado que las autoridades judiciales españolas no realizaron un análisis exhaustivo de los elementos probatorios presentados y establece dos tipos de medidas: aquellas destinadas a reparar el daño sufrido por la denunciante (y que incluyen la indemnización económica por los daños físicos y psicológicos ocasionados) y aquellas de alcance general, por constatar que España (Estado parte de la CEDAW) no está cumpliendo adecuadamente con sus obligaciones (45-47). Reconoce la vulneración de la autonomía y el derecho a la información sanitaria de estas mujeres, así como el hecho de que reciban tratos inadecuados e injustificados contrarios a la dignidad esencial de las personas. Recomienda a España la provisión a los profesionales de la salud y del poder judicial de la formación necesaria e insiste en la necesidad de realizar estudios y estadísticas sobre la violencia obstétrica. Recomienda también que se asegure el acceso de las mujeres a servicios de salud adecuados durante el embarazo, el parto y el puerperio, protegiéndolas de maltrato, faltas de respeto y abuso durante el parto, brindándoles información completa en cada etapa del parto y exigiendo que se obtenga su consentimiento libre, previo e informado para cualquier tratamiento invasivo durante la atención del parto.

La tercera fuente procede de las propias experiencias de las mujeres atendidas en los paritorios españoles, bien conocidas por los profesionales que prestan atención en programas de salud mental perinatal o en los grupos de madres de lactancia y postparto, y también de acceso general gracias a foros y asociaciones de mujeres activistas por el parto, como “El parto es nuestro” o “PETRA Maternidades feministas” (48,49). En sus plataformas, es fácil encontrar numerosos testimonios de

mujeres con secuelas en su salud mental derivadas de una atención inadecuada recibida en sus partos. De hecho, algunas autoras han señalado que el padecimiento de estrés postraumático tras una experiencia traumática en el parto es un factor que contribuye a que las mujeres puedan militar en el activismo para la denuncia de la violencia obstétrica (50).

Nuevamente, se observa cómo la violación de los derechos de las mujeres en materia de salud (la vulneración de su derecho a la autonomía y a la toma de decisiones tras una información sanitaria veraz de las opciones con las que cuenta, así como las violaciones del derecho a la intimidad en el parto, donde en ocasiones se prioriza la presencia de observadores, como estudiantes y personal en formación, frente al bienestar de la mujer) puede generar graves daños en la salud mental de las mismas. En este caso, estas vulneraciones y el daño subsecuente se producen en una etapa de máxima vulnerabilidad, como es el periparto, lo que condiciona la posible aparición de secuelas psicológicas que pueden impactar negativamente en la salud de la madre y de su bebé y en la vinculación afectiva entre ambos, a corto, medio y largo plazo (51,52).

c) Atención integral a la salud en la etapa postnatal

En la etapa postnatal también se observan deficiencias en la atención integral a las mujeres. Así, pese a la elevada prevalencia de estados afectivos negativos en el postparto, llegando a rozar el 20% en el caso de los episodios depresivos, la detección y derivación de los mismos a recursos especializados de atención a la salud mental perinatal sigue siendo baja (53). Tras el parto, la mayor parte de los protocolos de atención incluyen una cita con la madre (que debe desplazarse al centro de salud, en lugar de ser visitada en el domicilio como recomienda la OMS) para valorar su evolución postparto, pero esta evaluación se desarrolla sobre todo a nivel físico, y, en general, no se aplican herramientas rutinarias de cribado de depresión (16, 54).

La desatención de las mujeres por parte del sistema sanitario en la etapa postnatal no es más que un reflejo de la desatención política y multisectorial en una etapa de gran vulnerabilidad, en la cual los determinantes sociales de salud influyen de manera especialmente desfavorable sobre las mujeres. Las deficiencias en los permisos de maternidad y la discriminación laboral de las mujeres que son madres constituyen algunos de los grandes determinantes psicosociales de la salud mental materna postnatal que deben ser analizados.

Las licencias de maternidad remuneradas han demostrado ser una medida eficaz en la lucha contra la discriminación laboral de las mujeres y en la prevención de problemas de salud de la madre y del bebé, con especiales repercusiones positivas en la salud mental materna, y se ha visto que un incremento del tiempo de los permisos

de maternidad mejora la salud mental de las madres (55, 56). La evidencia científica señala consistentemente que la inversión en permisos de maternidad prolongados tiene grandes beneficios en salud mental materna y en la salud infantil, realidad que, a día de hoy, no han logrado demostrar los permisos de paternidad prolongados (57-59). A este respecto, una revisión sistemática publicada en *The Lancet* en el año 2023 concluye que una mayor duración de los permisos de maternidad se correlaciona con mejores resultados en salud mental materna no solo en la etapa perinatal (menor aparición de síntomas depresivos y de estrés psicológico, y una menor utilización de los servicios de salud mental), sino con efectos positivos posteriores a lo largo de la vida (56). Por el contrario, no se han observado beneficios para la salud mental de los padres asociados a una mayor duración de los permisos de paternidad. En cuanto a los efectos indirectos de los permisos parentales en el otro progenitor, los resultados son conflictivos, según el artículo; y mientras los permisos de maternidad extendidos han demostrado disminuir los patrones de ansiedad en la pareja, no han demostrado mejoría respecto a los resultados en depresión. Por otro lado, la asociación entre el permiso de paternidad y la salud mental materna no es concluyente (56). Resulta necesario ampliar la investigación acerca de los beneficios en salud a corto y largo plazo derivados de una mayor duración de los permisos de paternidad (60).

Pese a la evidencia de la capacidad de los permisos de maternidad prolongados para mejorar la salud materno-infantil, con especial énfasis en la salud mental materna, los permisos por cuidado de recién nacido de los que pueden disfrutar las madres a día de hoy en España distan mucho de cubrir las necesidades básicas de la díada madre-bebé. Las actuales 16 semanas remuneradas se alejan considerablemente de los 6 meses (o 28 semanas) que recomienda la OMS de lactancia materna exclusiva, la nutrición óptima para el bebé que ha demostrado prevenir un gran número de problemas de salud en el infante y mejorar algunos indicadores de salud materna (incluyendo la salud mental, además de disminuir el riesgo de cáncer de mama o de aparición de diabetes mellitus tipo 2 a lo largo de la vida) (61, 62). A pesar de que la inversión en permisos de maternidad ha demostrado de forma sólida, a efectos de salud, una mejoría constatable de la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos, con especial repercusión positiva en su salud mental (situación que a nivel de salud no ha sido demostrada por los permisos de paternidad en las últimas investigaciones), los actuales permisos igualitarios en España están suponiendo, paradójicamente, una mayor inversión económica en los permisos de paternidad que en los de maternidad.

Los datos ofrecidos por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones correspondientes al primer semestre de 2023, durante el cual la Seguridad Social española tramitó 231.775 prestaciones por nacimiento y cuidado de menor, muestran que 109.731 correspondieron al primer progenitor (la madre) y 122.044, al segundo progenitor (habitualmente el padre) (63). La brecha de género, que per-

siste en el mercado laboral con una mejor empleabilidad y remuneración de los hombres frente a las mujeres, facilita a los padres un mayor acceso a estas prestaciones, que también resultan de mayor cuantía para ellos. Pero al analizar los datos de excedencias sin sueldo por cuidado de hijos, la situación se invierte de forma considerable: en ese mismo primer semestre de 2023, el número de excedencias dadas de alta fue de 24.942, de las cuales el 84,5% (es decir, 21.089) correspondieron a mujeres, y únicamente el 15,4% (esto es, 3.853) correspondieron a hombres.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2022, 1 de cada 5 mujeres empleadas de 25 a 54 años con hijos a su cargo trabaja a tiempo parcial, proporción muy alejada de la reducción de jornada de hombres con hijos a cargo, de solo un 4,1% (64). Según el Informe ISEAK sobre la doble penalización laboral de las mujeres que son madres:

Las diferencias en el acceso a un empleo se disparan principalmente por el abandono laboral de las mujeres al ser madres. No en vano, un 22% de las mujeres que tienen hijas/os menores de 5 años y viven en pareja son inactivas, frente a un 2% de los hombres. El estudio detecta un efecto laboral nulo de la paternidad en el varón (65).

La importancia de implantar políticas que promuevan la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, también en el cuidado de los hijos e hijas, es indiscutible y se encuentra en evidente alineamiento con los derechos humanos esenciales de las mujeres. Cabe señalar que las políticas de permisos parentales igualitarios pueden contribuir a la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres en la crianza y la educación de los hijos e hijas, que la CEDAW reconoce en el artículo 5 (6). Estos permisos, por tanto, pueden encaminar a un objetivo socialmente deseable, y desde esta posición han sido defendidos por un gran número de especialistas en perspectiva de género (66). Parte del enconado debate social generado en España en torno a los permisos igualitarios e intransferibles probablemente guarde relación directa con la escasa duración actual de los permisos de maternidad, que continúa dejando en una situación de desigualdad y discriminación a las mujeres que son madres, sin proteger sus necesidades de salud ni la lactancia materna en el periodo de exclusividad, independientemente de la duración de los permisos de paternidad. Puede entenderse, por tanto, que, una vez se alcancen permisos dignos y acordes a las recomendaciones en salud que contribuyan a proteger adecuadamente los procesos de maternidad de las mujeres, la igualdad en la duración de las licencias entre hombres y mujeres podrá contribuir a corresponsabilizarlos en los cuidados y disminuir la brecha de género en el mercado laboral, además de participar en la generación de modelos necesarios de masculinidad y de paternidad (67).

En cualquier caso, a la labor intensiva y agotadora, y generalmente poco reconocida, que realizan las madres en la crianza (que la CEDAW ha reconocido como una “función social materna” que merece ser valorada, y que no es en absoluto contraria a la necesaria y ya mencionada corresponsabilidad entre hombre y mujeres en el cuidado y la educación de los hijos e hijas), se unen los obstáculos y discriminaciones que, en todos los ámbitos, y especialmente en el laboral, sufren las mujeres por razón de maternidad (6). Cabe señalar, también, la actual desprotección en España de las mujeres que no están vinculadas al mercado laboral, puesto que, debido a la inexistencia de una prestación universal por maternidad, en muchos casos no tienen derecho a recibir una prestación por maternidad, acentuando su vulnerabilidad socioeconómica.

Como todas las discriminaciones, aquella derivada de la maternidad produce sufrimiento y puede contribuir a la aparición o agravamiento de problemas de salud mental en las mujeres, que tienen como víctimas indirectas a sus hijas e hijos, ya que la salud mental materna influye de forma constatable en la salud y el desarrollo de la infancia (17). Por tanto, el camino hacia la igualdad efectiva entre hombres y mujeres debe pasar por reconocer, valorar y proteger los procesos reproductivos de las mujeres asociados a la maternidad. Se debe recordar que la propia CEDAW reconoce, en su artículo 4, que las políticas destinadas a la protección de la maternidad nunca podrán ser consideradas discriminatorias (6).

Por último, es necesario mencionar la emergencia en nuestro entorno social de nuevos modelos familiares y formas de acceso a la maternidad que a menudo no cuentan con el reconocimiento y la protección que requieren. Los cambios socioculturales acaecidos en las últimas décadas, unidos al desarrollo biotecnológico, han facilitado a las mujeres el acceso a la maternidad en situaciones en las que previamente no les resultaba posible, tales como infertilidad, problemas médicos o el deseo de ser madre fuera de la pareja heteronormativa. En España, uno de cada diez nacidos vivos en 2023 fueron concebidos por Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) (68). Con estos nuevos escenarios, además de enormes beneficios para las mujeres en la materialización de sus deseos de maternidad, surgen también nuevos riesgos para los derechos humanos, como la explotación reproductiva de las mujeres; o, en los procesos de reproducción asistida, la vulneración de su derecho a la información sanitaria o del derecho a recibir una atención integral a la salud que incluya su salud mental. Las mujeres que eligen formar familias monomarentales a menudo se encuentran además con dificultades y discriminaciones añadidas, que van desde los permisos parentales por cuidado del recién nacido (que, por ser intransferibles, deja a sus criaturas en situación de desigualdad respecto a las nacidas en familias biparentales) hasta las dificultades para conciliar los cuidados de sus hijos e hijas con la actividad laboral, pasando por la posibilidad de tener una menor red social de apoyo

directo al no contar con una pareja para el reparto de tareas o una situación de mayor vulnerabilidad económica (69).

De este modo, la correcta protección de la salud mental de las madres y de sus hijas e hijos no pasa únicamente por mejorar la necesaria atención dentro del sistema de salud, sino que requiere medidas políticas que atiendan de forma adecuada los determinantes sociales de salud y luchen de forma eficaz contra todo tipo de discriminación que sufren las mujeres que son madres, incluyendo (aunque no únicamente) unos permisos por maternidad con una duración suficiente para cubrir adecuadamente las necesidades nutritivas, afectivas y de cuidado de la díada madre-bebé, unos servicios de cuidado infantil públicos y verdaderamente ajustados a las necesidades de la primera infancia o unas políticas laborales y sociales que protejan la salud y a las mujeres en sus procesos de maternidad, así como los intereses de las y los menores, en todos los contextos de sus vidas. Los cambios han de ser multisectoriales y estar encaminados a concienciar a toda la sociedad de la importancia de primar los cuidados infantiles, entendiendo que no solo ha de promoverse la necesaria corresponsabilidad entre progenitores en el hogar, sino que esta corresponsabilidad ha de hacerse extensiva a las empresas y administraciones públicas y a los sistemas de justicia, sanidad y educación.

CONCLUSIONES

La integración de la salud mental perinatal dentro de la atención a la salud materno-infantil en España es un asunto inaplazable que requiere de grandes cambios estructurales que incluyan, además de la inversión en recursos de salud mental, un esfuerzo de formación por parte de los profesionales sanitarios que participan en la asistencia pediátrica y obstétrica, así como de concienciación de toda la sociedad del valor de la protección de la maternidad y la infancia.

Dada la elevada prevalencia de los problemas de salud mental perinatal y su repercusión en el desarrollo infantil, la atención a la salud perinatal constituye una necesidad de salud pública que debe ser adecuadamente atendida por el Sistema Nacional de Salud. Es, también, un camino imprescindible para garantizar el respeto a la dignidad y los derechos humanos en materia de salud para las mujeres que son madres y sus hijas e hijos.

En España, continúan produciéndose importantes vulneraciones de derechos humanos esenciales en la atención a las mujeres en sus procesos reproductivos de maternidad, como son el derecho al goce del máximo nivel de salud que resulte posible, incluyendo el derecho a recibir una atención integral y una correcta atención y protección en el ámbito sanitario a su salud mental, el derecho de las madres a no ser separadas de sus bebés, el derecho a la autonomía y a la información sanitaria

veraz y completa y el derecho a no ser discriminadas por causa de su maternidad. La especial dependencia de la figura materna de las niñas y los niños durante el periodo perinatal los convierte en víctimas indirectas de estas vulneraciones de derechos.

La adecuada implementación del enfoque de derechos humanos en la atención a la salud de las madres y de la infancia puede contribuir a mejorar sus resultados en salud, su bienestar y su desarrollo, y, por ello, es necesario acometer reformas estructurales en nuestro sistema sanitario que garanticen dicho enfoque. No obstante, aunque el sistema de salud tiene un papel importante, las políticas para lograr una auténtica protección de la maternidad y la primera infancia deben implicar a toda la sociedad, garantizando la satisfacción de sus necesidades específicas (por medio de una atención sanitaria integral, unos permisos de maternidad adecuados y unas políticas laborales y sociales que luchen contra la discriminación por razón de maternidad, entre otras medidas) en consonancia con los derechos humanos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Es importante señalar que la vulneración de los derechos humanos (como los que se describen en la atención sanitaria y en el ámbito laboral) incrementa el efecto desfavorable de los determinantes sociales de salud y tiene repercusiones negativas en la salud mental tanto de las mujeres que son madres como de sus hijas e hijos.

La protección a la maternidad y la primera infancia desde la perspectiva de los derechos humanos, considerando el valor de promover una buena salud mental en estas etapas, es, en definitiva, una responsabilidad colectiva de la sociedad, con importantes consecuencias en el bienestar y el desarrollo de las generaciones venideras.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. Declaración universal de los derechos humanos, 1948, 217 A (III).
- (2) Organización Mundial de la Salud. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa, 2005.
- (3) Organización Mundial de la Salud. WHO Special initiative for mental health (2019-2023): Universal health coverage for mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022.
- (5) Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. Convención sobre los derechos del niño 1989. [Consultado en mayo de 2024] Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- (6) Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979.

- (7) Contreras-Carreto NA, Moreno-Sánchez P, Márquez-Sánchez E, Vázquez-Solares V, Pichardo-Cuevas M, Ramírez-Montiel ML, et al. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cir Cir.* 2022;90(4): 564-572.
- (8) Organización Mundial de la Salud. *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022.
- (9) Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Nueva York: Organización Mundial de la Salud, 1946.
- (10) Organización de las Naciones Unidas. *Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración del Milenio,* 2000.
- (11) García-Tizón Larroca S, Arévalo-Serrano J, Ruiz Minaya M, Paya Martínez P, Pérez Fernández Pacheco R, et al. Maternal mortality trends in Spain during the 2000-2018 period: the role of maternal origin. *BMC Public Health* 2022; 22(1): 337.
- (12) Asamblea General de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible (A/RES/70/1).* 2015.
- (13) Organización Mundial de la Salud. *Women's mental health: An evidence based review.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
- (14) Organización Mundial de la Salud. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016.
- (15) Organización Mundial de la Salud. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2018.
- (16) Organización Mundial de la Salud. *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022.
- (17) Organización Mundial de la Salud. *Improving early childhood development.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020.
- (18) Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16/09/2006.
- (19) Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, periodo 2022-2026.* Madrid: Secretaria General Técnica del Ministerio de Sanidad, 2022.
- (20) García Esteve L. [Consultado en mayo de 2024]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/equipo/lluisa-garcia-esteve/>
- (21) Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Plan estratégico de salud mental y adicciones de la Comunidad de Madrid, 2022-2024.* Madrid: Dirección General del Proceso Integrado de Salud, Servicio Madrileño de Salud, 2022.
- (22) Cuéllar-Flores I, Álvarez-Cienfuegos L, Arias S, Cordero E, Díaz de Neira M, Fernández A, et al. Programas de psicología clínica y salud mental perinatal en hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y recomendaciones de buenas prácticas. *Papeles del Psicol.* 2024; 45(1).
- (23) Olza I, Fernández Lorenzo P, González Uriarte A, Herrero Azorín F, Carmona Cañabate S, Gil Sánchez A, et al. Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2021;41(139):23-35.

- (24) Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. BOE núm. 185, de 4 de agosto de 2021, pp. 94986-94996.
- (25) Chevauché M, Corfdir C. Fathers, patients in mother and baby unit? Thinking about family-based approach in perinatal care. *Encephale* 2023; 49(5):532-534.
- (26) Truchet S, Honvo-Houéto E. Physiology of milk secretion. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2017; 31(4): 367-384.
- (27) Power NM, North N, Leonard AL, Bonaconsa C, Coetzee M. A scoping review of mother-child separation in clinical paediatric settings. *J Child Health Care.* 2021; 25(4): 534-548.
- (28) Klemming S, Lilliesköld S, Westrup B. Mother-newborn couplet care from theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Acta Paediatr.* 2021;110(11):2951-2957.
- (29) Bergman NJ. Historical background to maternal-neonate separation and neonatal care. *Birth Defects Res.* 2019; 111(15): 1081-1086.
- (30) Bergman NJ. Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Res.* 2019;1 11(15): 1087-1109.
- (31) Poinso F, Gay MP, Glangeaud-Freudenthal NM, Rufo M. Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Arch Womens Ment Health.* 2002; 5(2):49-58.
- (32) Mancera-Romero J, Romero-Pinto MJ, Paniagua-Gómez F, Fernández-Tapia ML, Sánchez-Pérez R, Baca-Osorio A. Utilización de la sanidad privada por las embarazadas seguidas en un centro de salud público. *SEMERGEN* 2011; 37(7): 333-3339.
- (33) Ohashi Y, Takegata M, Takeda S, Hada A, Usui Y, Kitamura T. Is your pregnancy unwanted or unhappy? Psychological correlates of a cluster of pregnant women who need professional care. *Healthcare (Basel)* 2023 3;11(15):2196.
- (34) Nakic Radoš S, Tadinac M, Herman R. Anxiety during pregnancy and postpartum: Course, predictors and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clin Croat.* 2018;57(1):39-51.
- (35) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Comunicado S.E.G.O.: “Violencia obstétrica, 2021. [Consultado el 15 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.fundacionvoto.org.ar/noticias-novedades/docs/comunicado-segojulio2021.pdf>.
- (36) Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (Part I): Women’s perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(21):7726.
- (37) Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (Part II): Interventionism and medicalization during birth. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;18(1):199.
- (38) Naciones Unidas. A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. 2019.

- (39) Consejo de Europa. Obstetrical and gynaecological violence. Resolución 2306. Asamblea Parlamentaria, 2019.
- (40) Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.
- (41) Naciones Unidas. Informe del Relator Especial. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. (A/74/137). 2019.
- (42) Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2021.
- (43) Grisbrook MA, Dewey D, Cuthbert C, McDonald S, Ntanda H, Giesbrecht GF, Letourneau N. Associations among caesarean section birth, post-traumatic stress, and postpartum depression symptoms. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8):4900.
- (44) Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quirós-García JM, Martínez-Galiano JM, Gómez-Salgado J. Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1654.
- (45) Dictamen del Comité de la CEDAW nº 138/2018, de 28 de febrero de 2020 (CEDAW/C/75/D/138/2018).
- (46) Dictamen del Comité de la CEDAW nº 149/2019, de 22 de junio de 2022 (CEDAW/C/82/D/149/2019). Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019.
- (47) Dictamen del Comité de la CEDAW nº 154/2020, de 24 de febrero de 2023 (CEDAW/C/84/D/154/2020). Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020.
- (48) Asociación “El parto es nuestro”. [Consultado el 15 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- (49) Asociación “PETRA maternidades feministas”. [Consultado el 15 de enero de 2024] Disponible en: <https://plataformapetra.com/>.
- (50) Jerez C. Darle voz a la violencia más silenciada. Experiencias de sufrimiento de activistas críticas de la violencia obstétrica en Buenos Aires. *Religación* 2022; 7(34): e210991.
- (51) Scandurra C, Zapparella R, Policastro M, Continisio GI, Ammendola A, Bochicchio V, et al. Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Cult Health Sex*. 2022;24(11):1466-1480.
- (52) Silva-Fernández CS, de la Calle M, Arribas SM, Garrosa E, Ramiro-Cortijo D. Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum depression and post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Nurs Rep*. 2023;13(4):1553-1576.
- (53) Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543.

- (54) Loezar-Hernández M, Briones-Vozmediano E, Gea-Sánchez M, Otero-García L. Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad. *Gac Sanit.* 2022; 36(5): 425-432.
- (55) Van Niel MS, Bhatia R, Riano NS, de Faria L, Catapano-Friedman L, Ravven S, et al. The impact of paid maternity leave on the mental and physical health of mothers and children: A review of the literature and policy implications. *Harv Rev Psychiatry.* 2020;28(2):113-126.
- (56) Heshmati A, Honkaniemi H, Juárez SP. The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review. *Lancet Public Health* 2023;8(1): e57-e75.
- (57) Courtin E, Rieckmann A, Bengtsson J, Nafilyan V, Melchior M, Berkman L, Hulvej Rod N. The effect on women's health of extending parental leave: a quasi-experimental registry-based cohort study. *Int J Epidemiol.* 2023;52(4):993-1002.
- (58) Whitney MD, Holbrook C, Alvarado L, Boyd S. Length of maternity leave impact on mental and physical health of mothers and infants. A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J.* 2023;27(8):1308-1323.
- (59) Goodman JM, Dumet Poma L. Paid parental leave and mental health: the importance of equitable policy design. *Lancet Public Health* 2023;8(1):e2-e3.
- (60) Barry KM, Gomajee R, Benarous X, Dufourg MN, Courtin E, Melchior M. Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study. *Lancet Public Health* 2023;8(1):e15-e27.
- (61) Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019.
- (62) Molina García L, Hidalgo Ruiz M, Miranda Moreno MD. La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica. *Matronas* 2017;1(5).
- (63) Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. La Seguridad Social ha tramitado 231.775 permisos por nacimiento y cuidado de menor en el primer semestre del año, 2023. [Consultado el 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/w/la-seguridad-social-ha-tramitado-231.775-permisos-por-nacimiento-y-cuidado-de-menor-en-el-primer-semestre-del-ano>
- (64) Instituto Nacional de Estadística (INE). [Consultado el 8 de abril de 2024] Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595.
- (65) Rica S de la, Gorjón L, Quesada O. Mujer y madre: la doble penalización laboral. Informe ISEAK 2021/2022. [Consultado el 8 de abril de 2024] Disponible en: <https://iseak.eu/publicacion/mujer-y-madre-la-doble-penalizacion-laboral>.
- (66) Meil G, Rogero-García J, Romero-Balsas P, Castrillo-Bustamante C. El camino hacia permisos de maternidad y paternidad iguales e intransferibles en España. *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social: Revista del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social* 2019; 141: 15-36.
- (67) Netzahualpilli García Delgadillo J, Mendizábal Bermúdez G. Análisis jurídico de la paternidad con perspectiva de género: una visión desde la masculinidad. *Revista Latinoamericana de Derecho Social* 2015; (20): 31-59.

- (68) Instituto Nacional de Estadística. 2024. [Consultado el 8 de abril de 2024] Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p317/a2018/def/p03/e02/l0/&file=09003.px&L=0>.
- (69) López-Conde N, Moreno Parra LV, Verde-Diego C. Revisión conceptual y normativa de las familias monoparentales en España. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar* 2022; 11: 15-25.