BOLETÍN

IBEROAMERICANO SOBRE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL

Salud mental y protección social:
una respuesta institucional con perspectiva de género



N.º 17 Noviembre 2026

OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES, UNIÓN EUROPEA Y COOPERACIÓN
aecid
cooperación española

EDITA
Organización Iberoamericana
de Seguridad Social (OISS)
www.oiss.org

DIRECCIÓN
Eva María Blázquez Agudo (UC3M)

EQUIPO DE TRABAJO
Eva María Blázquez Agudo,
Jorge Alejandro Molina Méndez,
Pilar Núñez-Cortés Contreras,
Enrique Pedrero Blázquez,
y Camila Abril Vega.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Janín Muñoz Mercado

FOTOS
shutterstock · unsplash
OISS • Servicio de Ginecología y
Obstetricia del Hospital William
Allen Taylor, Turrialba, Costa Rica.

CONTACTO
Secretaría General de la OISS
(Madrid) (+34) 915611747.

DISCLAIMER
Los artículos incluidos en el
Boletín no reflejan necesariamente
la opinión de la OISS
ni de la AECID.



BOLETÍN IBEROAMERICANO SOBRE LA
EQUIDAD DE GÉNERO EN LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL

La brecha de género y la informalidad laboral en la región es un factor que conlleva la desprotección económicamente de las mujeres ante problemas de salud mental. Las mujeres enfrentan una mayor sobrecarga de cuidados no remunerados y situaciones de violencia que deterioran su bienestar psicológico. La falta de articulación entre los sistemas de salud y protección social profundiza la pérdida de su autonomía económica.

Igualmente, en algunos países de la región las mujeres trabajadoras sufren una grave sobrecarga mental debido a la precariedad laboral, la violencia, entre otros factores. Esta acumulación de exigencias físicas y emocionales genera graves problemas de salud como: estrés, ansiedad, depresión y agotamiento extremo. Ante esta realidad, es indispensable la protección de la salud mental por parte del Estado y de las empresas, para garantizar entornos seguros y la defensa del derecho a un trabajo decente.

En 2023, la OMS calculaba que casi 1 de cada 7 personas vivía con un trastorno mental, en América Latina y el Caribe más de 3 de cada 4 personas con un trastorno no reciben ningún tratamiento, según la OPS. En estudios recientes, se ha documentado que cerca de 16 millones de adolescentes iberoamericanos viven con algún trastorno mental, afectando con mayor intensidad a mujeres jóvenes. Esta mayor afectación femenina se observa también en la población general: según la OMS, en 2021 de cada 100 personas que vivían con un trastorno mental a escala mundial, aproximadamente 53 eran mujeres y 47 eran hombres.

EDITORIAL

El aumento exponencial de las situaciones de patologías de salud mental que están afectando a toda la población, en especial a las personas más jóvenes, influye en el acceso a la atención a la salud, y crea nuevas necesidades de protección a través de prestaciones sustitutorias del salario, cuando debido a esta situación se sale, generalmente de forma temporal, del mercado laboral. En este contexto la IV Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo (EISST), impulsada por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), eleva la salud mental a una prioridad preventiva y de gestión continua en el entorno laboral, la cual integra de forma transversal la perspectiva de género para atender los riesgos diferenciados derivados de la segregación laboral y la sobrerrepresentación femenina en sectores como la economía del cuidado.

Estos desafíos adquieren una especial complejidad en contextos caracterizados por elevados niveles de informalidad laboral, donde el acceso a la protección social puede resultar más limitado.

Desde la Organización Iberoamericana de Seguridad Social con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, hemos querido lanzar el presente número 17 del Boletín Iberoamericano sobre la Equidad de Género en los Sistemas de Seguridad Social y Protección Social, cuyo tema central **aborda la Salud mental y protección social,** analizado, como es costumbre, desde distintos ámbitos territoriales y desde diferentes perspectivas, siempre con la igualdad de género como eje de análisis. Esta edición llega con una imagen renovada y con importantes novedades destinadas a facilitar la consulta y ampliar la utilidad de sus contenidos.

En primer lugar, cada artículo se acompaña de tablas con enlaces a las principales disposiciones normativas y páginas institucionales de los países analizados. De este modo, quienes consulten el Boletín podrán profundizar en las cuestiones abordadas y acceder directamente a las fuentes originales.

En segundo lugar, incorporamos, a partir de este nuevo boletín, una nueva sección dedicada a las buenas prácticas de las instituciones de seguridad social y protección social iberoamericanas. Se ha promovido entre dichas instituciones una convocatoria para que envíen sus buenas prácticas en la materia, que serán seleccionadas y publicadas en cada número.

Para analizar estas cuestiones, el Boletín mantiene su estructura territorial en cuatro grandes áreas: la zona andina, el Cono Sur, América Central y el Caribe, y España y Portugal.

En concreto, en la zona andina, se adopta la perspectiva del análisis general de la cobertura sanitaria y seguridad económica y social; en América central y el Caribe en la incidencia de la violencia y cuidados; en el cono sur el efecto de la salud mental perinatal; por último, en España y Portugal, su prevención.

Después de los artículos, encontrarán la nueva sección de buenas prácticas. Se han seleccionado dos: la estrategia de prevención y atención de la violencia obstétrica de la Caja Costarricense de Seguro Social y la de los PREVbarcos, implementada por el Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Brasil en la Amazonía, con el objetivo de reducir las desigualdades de género.

Por último, como es habitual, se complementa el Boletín con las secciones agenda de actualidad, novedades y publicaciones.

Esperamos que el tema elegido y las perspectivas abordadas en este número contribuyan a ampliar el conocimiento, favorecer el intercambio de experiencias y promover una protección social más equitativa, capaz de responder a los desafíos actuales de la salud mental desde una perspectiva de género.

BOLETÍN IBEROAMERICANO SOBRE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL

OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CONTRIBUCIONES

Salud mental y protección social con perspectiva de género en la Zona Andina: de la cobertura sanitaria a la seguridad económica y social / Pilar Núñez-Cortés Contreras 7

El costo invisible de ser mujer trabajadora: violencia, cuidados y salud mental en América Central y el Caribe / Jorge Alejandro Molina Méndez 18

Salud mental perinatal en el Cono Sur: protección social y sanitaria / Camila Abril Vega 31

Salud mental: estado de la cuestión, recursos regulados y prevención en España y Portugal / Eva M. Blázquez Agudo 41

BUENAS PRÁCTICAS

"Apúja Máfanh" ¡Caminemos juntos! Estrategia de prevención y atención de la violencia obstétrica en la Caja Costarricense de Seguro Social 51

PrevBarcos en los rincones de la Amazonia: resultados de una política pública en la reducción de las desigualdades de género 56

AGENDA DE ACTUALIDAD 62

NOVEDADES 64

PUBLICACIONES 65



Estamos comprometidos y comprometidas con el acceso a la lectura
PUEDES DISFRUTAR DE ESTE NÚMERO ADAPTADO A LECTURA FÁCIL

SALUD MENTAL Y PROTECCIÓN SOCIAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ZONA ANDINA: DE LA COBERTURA SANITARIA A LA SEGURIDAD ECONÓMICA Y SOCIAL

La salud mental no termina en el sistema sanitario: cuando limita la capacidad para trabajar o la vida cotidiana, sino que también puede afectar a ingresos, aportes, cuidados y autonomía. Su análisis exige conectar salud y protección social.

En la zona andina —Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela— los avances en salud mental conviven con la alta informalidad del mercado laboral y los sistemas contributivos desiguales.

Si la salud mental impide trabajar, una persona en la economía informal, sin aseguramiento o aportes, puede carecer de una renta sustitutiva comparable a la contributiva.

Universalizar la atención sanitaria no equivale a universalizar la protección económica.

Formalización, mecanismos no contributivos y pisos de protección social pueden evitar que una crisis de salud mental derive en pérdida prolongada de ingresos o exclusión.

La protección de la salud mental debe evitar que una contingencia clínica derive en pérdida de empleo, ingresos, aportes o autonomía.

En todo caso, los sistemas de seguridad social se articulan en torno a contingencias definidas, mientras la salud mental puede alternar episodios, recuperación, recaídas o capacidad parcial.



Pilar Núñez-Cortés Contreras

Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (Universidad de Loyola).
Coordinadora de ILTRAS en Europa.



La adaptación del puesto, la flexibilidad, la reincorporación gradual o la rehabilitación pueden evitar una salida innecesaria del mercado laboral. En este sentido, las directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo recomiendan intervenciones organizativas, ajustes razonables y programas de retorno al trabajo.

En definitiva, la protección social debe sustituir ingresos cuando sea necesario y, cuando sea posible, favorecer la conservación del empleo y la recuperación.

Por otro lado, la violencia contra las mujeres muestra el carácter intersectorial de la salud mental. Los cinco países cuentan con marcos jurídicos específicos, no equivalentes en este contexto.

Salir de una situación de violencia puede exigir atención sanitaria y psicológica, protección jurídica, vivienda, ingresos, empleo y cuidados; la autonomía económica integra la respuesta.

LA ADAPTACIÓN DEL PUESTO, LA FLEXIBILIDAD, LA REINCORPORACIÓN GRADUAL O LA REHABILITACIÓN PUEDEN EVITAR UNA SALIDA INNECESARIA DEL MERCADO LABORAL.

De la brecha asistencial a la brecha de protección económica

En la zona andina avanzan modelos de salud mental centrados en atención primaria, comunidad, prevención y derechos, pero ese progreso no resuelve sus consecuencias económicas.

Los mecanismos de protección no son idénticos: en Bolivia y Colombia destaca la regulación de la invalidez o pensión de invalidez; mientras que en Ecuador y Perú los subsidios aparecen vinculados a enfermedad o incapacidad temporal. La protección depende en buena medida del aseguramiento y los aportes.

En Bolivia, la Ley 065 exige, para determinados supuestos de invalidez por enfermedad común, un grado de invalidez igual o superior al 50 % y, entre otros requisitos, primas pagadas durante al menos 18 meses en los 36 anteriores. En Colombia, la pensión de invalidez mantiene como referencia la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 860 de 2003, con la regla general de 50 semanas cotizadas en los años anteriores cuando la pérdida de capacidad laboral deriva de enfermedad.

En Ecuador, el IESS reconoce un subsidio por enfermedad no profesional sujeto a requisitos de aportación.

En Perú, se exige, con carácter general, para acceder a la protección por enfermedad 3 meses consecutivos o 4 no consecutivos de aportaciones en los 4 meses anteriores, además del vínculo laboral correspondiente.

La perspectiva de género cambia la posición desde la que se afrontan los problemas de salud mental

La perspectiva de género no convierte la salud mental en un asunto femenino: la OPS señala mayor prevalencia de depresión entre estas, pero mayor mortalidad por suicidio entre hombres.

Aunque la menor participación laboral, ingresos, interrupciones profesionales, cuidados e informalidad pueden generar trayectorias de aportes distintas. Y estas desigualdades pueden proyectarse sobre las prestaciones formalmente neutrales.

Los cuidados: determinante de salud e infraestructura informal de protección

los cuidados evidencian la interacción entre salud mental y protección social.

Cuidar intensamente sin apoyos puede aumentar la sobrecarga y dificultar el empleo; a su vez, una mala salud mental pueden generar necesidades de acompañamiento familiar.

Cuando el cuidado recae en trabajo familiar no remunerado, parte del coste social se desplaza a los hogares y puede distribuirse desigualmente.

Servicios de apoyo, permisos, prestaciones y corresponsabilidad forman, por ello, parte de una política amplia de salud mental.

En este sentido, Colombia incorporó la economía del cuidado a sus Cuentas Nacionales mediante la Ley 1413 de 2010; Ecuador reconoce los derechos a cuidar, ser cuidado y al autocuidado en su Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano de 2023.

Cinco países, diferentes instrumentos y problemas compartidos

Los cinco países han desarrollado respuestas diferentes y no equivalentes jurídicamente.





Bolivia cuenta con el Plan Plurinacional de Salud Mental 2026-2030, de orientación comunitaria y articulado con el modelo SAFCI.

Colombia reformó en 2025 la Ley 1616 mediante la Ley 2460, reforzando prevención, atención integral y enfoques de derechos, género y comunidad.

Ecuador dispone de la Ley Orgánica de Salud Mental de 2024, reformada en 2026, y de la Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano de 2023.

Perú mantiene la Ley 30947 y su modelo comunitario; su Reglamento de 2020 fue modificado en 2025 para reforzar prevención y promoción en poblaciones vulnerables.

En **Venezuela**, la evidencia institucional documenta la extensión de mhGAP al primer nivel de atención como línea programática de fortalecimiento asistencial.

El patrón común es un avance mayor en atención de salud mental que en su articulación con ingresos, empleo, seguridad social y cuidados.

Matriz comparada

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Principal instrumento de salud mental considerado	Plan Plurinacional de Salud Mental 2026-2030	Ley 1616 de 2013 reformada por Ley 2460 de 2025	Ley Orgánica de Salud Mental de 2024, reformada en 2026	Ley 30947 de 2019 y desarrollo reglamentario	Implementación de mhGAP y fortalecimiento del primer nivel
Orientación comunitaria / atención primaria	Central en el Plan y vinculada a SAFCI	Enfoque biopsicosocial y comunitario e integración familiar, social, educativa y laboral	Modelo integral y comunitario	Desarrollo de atención comunitaria	Refuerzo de servicios generales y atención primaria
Protección económica considerada	Invalidez por riesgo común vinculada a grado de invalidez y requisitos contributivos	Pensión de invalidez: Ley 100/1993–Ley 860/2003 aplicable hasta la entrada en vigor del nuevo régimen; Ley 2381/2024 mayorita-riamente avalada por C-264/2026, con vigencia prevista desde 1-4-2027	Subsidio económico por enfermedad vinculado a aportaciones	Subsidio por incapacidad temporal vinculado a aportaciones y vínculo laboral	No se establece una equivalencia directa con los restantes regímenes por falta de una base documental homogénea suficiente

	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Cuidados	No se identifica en este análisis una ley específica de cuidados equivalente; el Plan incorpora familia y comunidad en el enfoque comunitario	Ley 1413 de 2010 sobre economía del Cuidado	Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano de 2023	No se identifica en este análisis una ley general de cuidados equivalente a la colombiana o ecuatoriana	No se establece equivalencia normativa específica; la familia y la comunidad aparecen en la respuesta asistencial
Violencia contra las mujeres	Ley 348	Ley 1257 de 2008	Ley Orgánica Integral de 2018	Ley 30364	Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
Conexión con la perspectiva de género	Territorialidad e intercul-turalidad; conexión con violencia y acceso	Género expresamente incorporado, cuidados y reintegración laboral	Salud mental, cuidado y violencia	Vulnerabili-dad, atención comunitaria y marco espe-cífico frente a violencia	Atención comunitaria y marco específico frente a violencia contra las mujeres
Principal reto identificado en este análisis	Accesibilidad territorial y articulación entre atención y cobertura contributiva	Construir itinerarios efectivos entre salud, empleo y protección social	Conectar salud mental, cuidados y protección económica	Aproximar atención comunitaria y seguridad económica en trayectorias laborales débiles	Reforzar la coordinación entre atención comunitaria y restantes instrumentos de protección social

Tabla de normativa utilizada

País	Norma	Contenido	Enlace
Bolivia	Plan Plurinacional de Salud Mental 2026-2030. RM n.º 0531/2025	Salud mental comunitaria y SAFCI	Abrir enlace
Bolivia	Ley 065 de Pensiones	Invalidez y protección contributiva	Abrir enlace
Bolivia	Ley 348, de 9 de marzo de 2013	Violencia contra las mujeres	Abrir enlace
Colombia	Ley 1616 de 2013	Salud mental	Abrir enlace
Colombia	Ley 2460 de 2025	Reforma de la legislación de salud mental	Abrir enlace
Colombia	Ley 100 de 1993	Pensión de invalidez por riesgo común y requisitos contributivos	Abrir enlace
Colombia	Ley 2381 de 2024	Reforma pensional: control de procedimiento y vigencia del nuevo sistema	Abrir enlace Abrir enlace
Colombia	Ley 1413 de 2010	Economía del cuidado	Abrir enlace
Colombia	Ley 1257 de 2008	Violencia y discriminación contra las mujeres	Abrir enlace
Ecuador	Ley Orgánica de Salud Mental. R.O. 471, suplemento, 5 de enero de 2024 (reformada en 2026)	Salud mental; modelo integral y comunitario	Abrir enlace

País	Norma	Contenido	Enlace
Ecuador	Ley Orgánica de Promoción, Prevención y Atención Psicológica para Niñas, Niños y Adolescentes. R.O. n.º 305, Tercer Suplemento, 15 de junio de 2026	Reforma de la Ley Orgánica de Salud Mental; prevención y atención psicológica en infancia y adolescencia	Abrir enlace
Ecuador	Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano. R.O. n.º 309, suplemento, 12 de mayo de 2023	Derecho al cuidado	Abrir enlace
Ecuador	Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. R.O. n.º 175, 5 de febrero de 2018	Violencia contra las mujeres	Abrir enlace
Perú	Ley 30947 de Salud Mental	Salud mental y modelo comunitario	Abrir enlace
Perú	Decreto Supremo n.º 007-2020-SA	Reglamento de la Ley de Salud Mental	Abrir enlace
Perú	Decreto Supremo n.º 011-2025-SA	Modificación del Reglamento de salud mental	Abrir enlace
Perú	Ley 30364	Violencia contra las mujeres y el grupo familiar	Abrir enlace
Venezuela	Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. G.O. n.º 6.667 Extraordinario, 16 de diciembre de 2021	Violencia contra las mujeres	Abrir enlace



Principales fuentes institucionales

Organismo	Fuente	Contenido	Enlace
Corte Constitucional / Colpensiones	Sentencia C-264 de 2026 y seguimiento legislativo de la Ley 2381 de 2024	Estado actual de la reforma pensional, subsanación y entrada en vigor	Abrir enlace
EsSalud	Prestación económica por incapacidad temporal	Requisitos de acceso en Perú	Abrir enlace
IESS	Seguro de Salud y subsidios económicos	Requisitos del subsidio por enfermedad en Ecuador	Abrir enlace
OISS	Boletín n.º 14 sobre Equidad de Género – desafíos en seguridad y protección en el trabajo en la zona andina	Delimitación de la zona andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela	Abrir enlace

Organismo	Fuente	Contenido	Enlace
OISS	Boletín n.º 15 sobre Equidad de Género: empleo informal de personas trabajadoras independientes	Informalidad y desigualdades de género	Abrir enlace
OISS	Medidas compensatorias de los cuidados no remunerados en los sistemas de Seguridad Social en Iberoamérica	Cuidados no remunerados, trayectorias laborales y protección social	Abrir enlace
OIT	Panorama Laboral de América Latina y el Caribe	Participación laboral, informalidad y desigualdades de género	Abrir enlace
OMS	Guidelines on Mental Health at Work, 2022	Prevención, ajustes laborales y retorno al trabajo	Abrir enlace
OMS	Violencia contra la mujer – ficha técnica, actualización 2026	Relación entre violencia, salud mental y autonomía	Abrir enlace
OPS/OMS	Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2024	Diferencias por sexo y evolución del suicidio en las Américas	Abrir enlace
OPS/OMS	Salud Mental – Región de las Américas	Brecha de tratamiento, gasto y diferencias por sexo	Abrir enlace
OPS Venezuela	Implementación de mhGAP	Atención de salud mental en el primer nivel en Venezuela	Abrir enlace



EL COSTO INVISIBLE DE SER MUJER TRABAJADORA:

VIOLENCIA, CUIDADOS Y SALUD MENTAL EN AMÉRICA CENTRAL Y EL CARIBE

A lo largo de su vida laboral, las mujeres de América Central y el Caribe enfrentan desigualdades cuya configuración y efectos varían significativamente entre los distintos territorios. La pobreza, la ruralidad, la informalidad, la pertenencia étnica y las dificultades de acceso a los servicios públicos pueden intensificar la violencia, la sobrecarga de cuidados y los riesgos psicosociales. Todos estos factores se entrecruzan con la fragmentación insular, la diversidad lingüística, la dependencia de determinados sectores económicos —en particular, el turismo y los servicios— y la limitada disponibilidad de servicios especializados.

Esta heterogeneidad territorial coexiste, sin embargo, con una matriz estructural común: la distribución desigual del poder, del tiempo y de los recursos continúa condicionando la autonomía de las mujeres trabajadoras. La violencia en el ámbito familiar, la violencia y el acoso en el trabajo y la sobrecarga de cuidados constituyen, en este sentido, situaciones de desventaja que pueden afectar de manera relevante la salud mental de las mujeres trabajadoras.

La violencia de género no se circunscribe al ámbito doméstico, sino que se prolonga también en los espacios de trabajo y puede producir consecuencias relevantes para la salud mental, la autonomía económica y la continuidad laboral de las mujeres.

En El Salvador, el 25% de mujeres reportaron haber sufrido violencia laboral; y, en la República Dominicana, el 21,2% de las mujeres de 15 años o más declaró haber padecido violencia, hostigamiento o acoso en el trabajo; por otra parte, en Trinidad y Tobago, una tercera parte de las mujeres que denunció acoso sexual señaló que este ocurrió dentro de su entorno de trabajo.

A las distintas expresiones de violencia se añade una dimensión estructural estrechamente vinculada con el bienestar psíquico de las mujeres: la distribución desigual del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. En Guatemala,



Jorge Alejandro Molina Méndez
Licenciado en Derecho, Universidad de Guadalajara (México).
Maestro en Derecho Corporativo y Laboral, Universidad de Guadalajara (México).
Estudiante de Doctorado en Derecho del Trabajo, Universidad Carlos III de Madrid (España).

las mujeres destinan 41,9 horas semanales a estas actividades, frente a 8,3 horas de los hombres; en El Salvador, 43,6 horas, frente a 22,5; y en Costa Rica, 35,2 horas, frente a 18. Una desigualdad semejante se advierte en el Caribe: en Cuba, las mujeres dedican 35,3 horas semanales al trabajo no remunerado y los hombres 19,8, mientras que, en la República Dominicana, la diferencia es de 25,5 frente a 10,9 horas.

Esta asignación desproporcionada de responsabilidades domésticas y de cuidado configura una doble jornada para muchas mujeres trabajadoras, limita sus posibilidades de descanso, recuperación y desarrollo personal, y puede profundizar los riesgos de agotamiento, estrés y afectación de la salud mental.

Sobrecarga mental y salud

ONU Mujeres utiliza la expresión ***carga mental*** para aludir al trabajo invisible de planificación, anticipación, organización y coordinación que exige la gestión cotidiana del hogar y de los cuidados. Por lo tanto, la convergencia de estas circunstancias puede rebasar los recursos de afrontamiento de las trabajadoras y propiciar situaciones de estrés, ansiedad, depresión y agotamiento profesional.

Los datos nacionales disponibles en América Central y el Caribe permiten apreciar, además, una distribución diferenciada por sexo de la carga asociada con los problemas de salud mental. Los perfiles de la Organización Panamericana de la Salud muestran que, en Guatemala,



Honduras, El Salvador, Costa Rica, Nicaragua y Belice, los trastornos depresivos y de ansiedad tienen una presencia relevante entre las mujeres, mientras que entre los hombres destacan con mayor frecuencia los trastornos vinculados con el consumo de alcohol, las autolesiones y el suicidio. Jamaica muestra una tendencia comparable: las estimaciones basadas en *Global Burden of Disease 2017*, reproducidas en un informe técnico de la OPS y el PNUD, sitúan la prevalencia de trastornos depresivos en el 3,7% de las mujeres y en el 2,3% de los hombres; respecto de los trastornos de ansiedad, las cifras son del 4,3% y del 2,3%, respectivamente.

La respuesta institucional continúa siendo insuficiente frente a la magnitud de estas necesidades. *El Mental Health Atlas 2024* señala que el gasto mediano en salud mental de la Región de las Américas equivale únicamente al 2,1% del presupuesto sanitario total; además, el 42% de esos recursos se concentra en hospitales psiquiátricos, en vez de orientarse al desarrollo de servicios comunitarios o de atención temprana. Aunque este indicador comprende a toda la Región de las Américas y no solo a América Central y el Caribe, permite situar un problema que puede adquirir mayor intensidad en países y territorios donde las desigualdades económicas, la fragmentación territorial y la limitada oferta de atención especializada restringen el acceso de las mujeres a servicios oportunos.

> **ASIGNACIÓN DESPROPORCIONADA DE RESPONSABILIDADES DOMÉSTICAS Y DE CUIDADO CONFIGURA UNA DOBLE JORNADA PARA MUCHAS MUJERES TRABAJADORAS.**

Acceso a la seguridad social, prevención y atención

El panorama descrito permite advertir que la salud mental de las mujeres trabajadoras en América Central y el Caribe no puede abordarse como una cuestión derivada de situaciones individualizadas. La respuesta jurídica e institucional, por tanto, debe superar modelos centrados únicamente en la atención posterior al daño e incorporar medidas eficaces de prevención, detección temprana, atención integral, reparación y garantía de no repetición.

Desde esta perspectiva, el derecho a la salud mental debe entenderse como una

dimensión inseparable al acceso al derecho a la salud, de la integridad psíquica, de la igualdad y no discriminación, de la seguridad social y del derecho a un trabajo digno y libre de violencia.

Los datos de la Organización Internacional del Trabajo correspondientes a 2024 muestran que la desocupación presenta una marcada dimensión de género en diversos países de América Central y el Caribe. Esta brecha puede incidir en la autonomía económica de las mujeres y, en los sistemas en que la protección sanitaria y la seguridad social se vinculan a la inserción laboral formal o a la cotización, dificultar su acceso efectivo a prestaciones de salud, incluida la atención en salud mental. En América Central, Costa Rica registra una tasa de desocupación femenina del 9,4%, frente al 5,9% de los hombres; Panamá, del 10,2%, frente al 6,9%; y Honduras, del 6,8%, frente al 4,0%. En el Caribe, la diferencia también resulta apreciable: en Granada, la desocupación alcanza al 10,8% de las mujeres y al 6,6% de los hombres; en Santa Lucía, al 12,9% y al 9,9%, respectivamente; y, en Jamaica, al 5,5% de las mujeres frente al 3,4% de los hombres.

Esta exclusión no solo acentúa la desigualdad económica, sino que puede limitar la posibilidad real de recibir tratamiento, alejarse de un entorno violento o sostener una incapacidad laboral durante el tiempo necesario para la recuperación.

En definitiva, incorporar una perspectiva de género en la salud mental y en la seguridad social implica reconocer que las desigualdades que afectan a las mujeres no terminan al concluir la jornada laboral. El tiempo destinado a los cuidados, las responsabilidades domésticas, la exposición a la violencia y las barreras de acceso a la protección social inciden directamente en la posibilidad de ejercer el derecho a la salud en condiciones de igualdad. Avanzar hacia una tutela efectiva de la salud mental de las mujeres trabajadoras en América Central y el Caribe requiere, por ello, transformar las estructuras que producen y reproducen estas desigualdades, y situar la dignidad, la autonomía y el trabajo decente en el centro de las políticas públicas y de las relaciones laborales.

Matriz comparada

La matriz compara funciones de protección mediante leyes, reglamentos, planes y mecanismos de seguridad social, sin considerarlos instrumentos jurídicamente equivalentes.

Parte I.

	Belice	Costa Rica	Cuba	El Salvador	Guatemala
Instrumento principal de salud mental y prevención laboral	En salud pública rigen la Mental Health Act y la National Mental Health Policy 2023–2028. En el ámbito laboral, la Occupational Safety and Health Act, 2026obliga a evaluar y controlar riesgos para la salud y el bienestar.	Los arts. 195 y siguientes del Código de Trabajo regulan los riesgos laborales, pero no se ha localizado una disposición que identifique expresamente estrés, ansiedad, depresión o riesgos psicosociales como categorías autónomas.	Resolución 114/2026 del MINSAP, Anexo VII, Grupo 7. Reconocimiento de enfermedades mentales y del comportamiento.	La Ley de Salud Mental, Decreto 716, establece prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y atención en todos los niveles.	Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional. Reconoce la prevención de riesgos laborales de manera genérica.
Detección y atención psicológica	El Ministerio de Salud dispone de clínicas de salud mental en hospitales públicos.	La Caja Costarricense de Seguro Social presta atención psicológica y psiquiátrica dentro de su red.	La Ley 165 de Salud Pública, artículos 225 y 226 prevén una red especializada para transtornos mentales.	La atención primaria incluye promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y referencia de casos complejos.	El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social prevé un procedimiento de evaluación general y posterior referencia a la especialidad en psicología.

	Belice	Costa Rica	Cuba	El Salvador	Guatemala
Licencia por maternidad	14 semanas o 98 días. Siempre y cuando se haya laborado al menos 12 meses previos al parto.	El art. 95 del Código de Trabajo concede un mes antes y tres meses después del parto.	La legislación reconoce 18 semanas, normalmente seis prenatales y doce posnatales, comenzando al cumplir 34 semanas de embarazo.	La reforma del art. 309 del Código de Trabajo elevó la licencia a 16 semanas, de las cuales diez deben disfrutarse obligatoriamente después del parto.	El art. 152 del Código de Trabajo concede 84 días efectivos: 30 antes y 54 después.
Prestación por maternidad	La Junta de Seguridad Social subsidia el equivalente al 80% del salario semanal y el empresario se obliga a pagar la diferencia hasta lograr el 100%.	La remuneración equivale al 100% del salario: 50% a cargo de la CCSS y 50% de la parte empleadora.	Durante el periodo por maternidad se percibe una prestación equivalente al 100% del salario promedio mensual.	El Instituto Salvadoreño del Seguro Social otorga un subsidio diario del 100% del salario base de cotización con un tope máximo.	El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cubre el 66.66% del salario base y la empresa el 33.33% restante hasta lograr el 100%.
Protección frente al despido	Inamovilidad por causas de embarazo.	Los arts. 94 y 94 bis del Código de trabajo prohíben despedir durante embarazo o lactancia salvo falta grave comprobada y autorización de la Inspección de Trabajo.	El nuevo Código de Trabajo Ley 189 de 2026 prohibe el despido a causa del embarazo o el cuidado del bebé.	El artículo 113 del Código de Trabajo garantiza la estabilidad laboral prenatal y postnatal.	El art. 151 del Código de Trabajo prohíbe despedir a trabajadoras embarazadas o en lactancia.

	Belice	Costa Rica	Cuba	El Salvador	Guatemala
Incapacidad permanente	Se reconoce pensión por incapacidad derivada de acidente de trabajo o enfermedad profesional.	Existe pensión por invalidez por enfermedad o accidente cuando la persona trabajadora pierda dos terceras partes de su capacidad laboral.	La Ley 105 y su Reglamento reconocen invalidez parcial y total.	La pensión por invalidez regulada por La Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones. Se califica por grados: parcial: igual o superior al 50% pero menor al 66% y total: igual o superior al 66%.	El IGSS regula la Pensión por Riesgo de Invalidez total o de gran invalidez.
Violencia contra las mujeres	Domestic Violence Bill, que amplia las relaciones y formas de abuso cubiertas y mejoraría las derivaciones a apoyo psicológico, jurídico y social.	El Instituto Nacional de las Mujeres es el ente rector encargado de brindar asesoria legal y psicológica a las muejeres.	No se ha confirmado una ley integral autónoma equivalente a las existentes en otros países. El Código Penal de manera general es parte del marco sancionador.	Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres obliga al sector salud a prevenir, detectar tempranamente, atender y dar seguimiento a los efectos físicos, mentales y emocionales.	Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer, Decreto 22-2008. Reconoce violencia física, sexual, psicológica y económica.

Parte II.

	Panamá	República Dominicana	Santa Lucía	Trinidad y Tobago
Instrumento principal de salud mental y prevención laboral	Ley. No. 364 de 6 de febrero de 2023 (Ley de Salud Mental) eleva la salud mental a derecho protegido.	El Decreto no. 287-26 reconoce un nuevo cuadro de enfermedades profesionales como transtornos mentales y factores de riesgo psicosocial.	El Labour Code regula la seguridad y salud en el trabajo con carácter general.	La Occupational Safety and Health Act, Cap. 88:08 incorpora la afectación de la salud física y mental dentro del concepto de daño corporal.
Detección y atención psicológica	El Ministerio de Salud tras la aprobación de la Ley no.364 de Salud Mental ofrece atención a toda la población gratuita o a costos mínimos.	Existe una red pública de unidades de intervención en crisis (UIC) con servicios en hospitales públicos.	Existe una red pública de salud mental; Centro Nacional de Bienestar Mental; Clínicas comunitarias y líneas de ayuda.	Existe un modelo de atención público coordinado por el Ministerio de Salud a través del (Regional Health Authorities).
Licencia por maternidad	Código del trabajo, art. 107 al 116. 14 semanas: seis anteriores y ocho posteriores al parto.	El Código del Trabajo reconoce 14 semanas en total. 6 semanas prenatal y 8 postnatal.	El Código de Trabajo reconoce dentro de su artículo 288 el derecho a 13 semanas.	La Maternity Protection Act reconoce 14 semanas de licencia. 6 semanas prenatales y 8 postnatales.
Prestación sustitutiva	Se otorga el 100% del salario habitual.	La trabajadora recibe el 100% de su salario y se divide en un 50% pagado por el sistema de Seguridad Social y el 50% por parte de la empleadora.	El NIC (National Insurance Corporation) subsidia el 65% del promedio mensual; sin embargo el empleador no esta obligado a subsidiar el 35% restante.	El régimen combina el pago empresarial de la Maternity Protection Act con la prestación del National Insurance Board. La empresa asume 1 mes de salario completo y 2 meses a mitad del salario; durante esta última reducción, el Seguro Social asume el subsidio faltante.

	Panamá	República Dominicana	Santa Lucía	Trinidad y Tobago
Protección frente al despido	El Código del Trabajo, art. 107 prohibe el despido de una mujer durante el embarazo y hasta 1 año despues de la licencia.	El Código de Trabajo protege en sus artículos 232 y 233 a las mujeres embarazadas durante la gestación y hasta 3 meses posteriores al parto.	El Código del Trabajo, art. 294 prohibe el despido derivado del embarazo.	La Maternity Protection Act garantiza el derecho a regresar al mismo puesto o a uno razonablemente equivalente, con condiciones no menos favorables.
Incapacidad permanente	La CSS reconoce pensión de invalidez derivada de enfermedad o accidente de trabajo. Incapacidad permanente absoluta e incapacidad permanente parcial. Por enfermedad si se pierde el 66% o más de la capacidad física o mental la pensión base será del 60% del salario con aumento por cada año extra cotizado. Por accidente de trabajo, permenente se otorga el 60% del salario y por incapacidad permanente parcial la pensión es proporcional a la perdida sufrida.	El sistema de Seguridad Social reconoce pensión por enfermedad y por riesgo de trabajo. Discapacidad total con perdida igual o mayor al 66.66% se otorga una pensión del 60% del salario promedio; si es entre el 50% y 66.66% se otorga el 30% del salario promedio. La incapacidad permanente o total puede llegar al 100% del salario según la gravedad.	El sistema nacional contempla pensión o subsidio de invalidez. La incapacidad por accidente laboral, si es del 20% o más, se paga pensión vitalicia; si es menor al 20%, se entrega un pago único.	Se reconoce la enfermedad común y los riesgos laborales. Discapacidad del 100% asegura una pensión de 2/3 de los ingresos del trabajador. Discapacidad menor al 100% se paga por porcentaje proporcional a la discapacidad.

	Panamá	República Dominicana	Santa Lucía	Trinidad y Tobago
Violencia contra las mujeres	La Ley 82 de 2013 obliga a ofrecer atención integral sanitaria a las víctimas, incluida asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada, así como apoyo para formación e inserción laboral.	La Ley no.24-97 tipifica la violencia intrafamiliar y delitos sexuales; sin embargo existen anteproyectos de ley que buscan reforzar la protección.	Existe un marco protector en materia penal como la Ley de Prohibición de la Violencia Doméstica, pero no especializado en otras áreas.	Existe la Ley de Violencia Doméstica reformada con el fin de ampliar la protección a parejas civiles, noviazgos y relaciones pasadas. Sin embargo no se especializa en otras áreas.

Consulta de normativas nacionales

País	Norma	Contenido	Enlace
Belice	*Ley de Seguridad y Salud Ocupacional, 2026 (en proceso de aplicación)*	Salud mental	Información oficial
Costa Rica	Código de Trabajo	Riesgos de trabajo de manera general, no aborda la salud mental de manera expresa.	Consultar Código de Trabajo
Cuba	Resolución núm. 114/2026 del Ministerio de Salud Pública, Anexo VII, Grupo 7	Transtornos mentales y del comportamiento	Consultar norma oficial
El Salvador	Ley de Salud Mental, Decreto núm. 716 de 2017	Obligación gubernamental de crear programas en materia de salud mental	Abrir enlace
	Reglamento de Gestión de la Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo, Decreto núm. 86	Prevención y sensibilización de riesgos psicosociales	Abrir enlace
Guatemala	*Reglamento de Salud y Seguridad Ocupacional. Acuerdo gubernativo núm. 229-2014*	No reconoce de manera expresa la salud mental pero si la prevención de esta frente al uso de pantallas.	Abrir enlace

País	Norma	Contenido	Enlace
Panamá	Decreto de Gabinete núm. 68 de 31 de marzo de 1970	Riesgos de trabajo de manera general, no aborda la salud mental de manera expresa.	Consultar norma
República Dominicana	Ley núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social	Riesgos de trabajo de manera general, no aborda la salud mental de manera expresa.	Abrir enlace
Santa Lucía	*Labour Code*, Act núm. 37 de 2006	Riesgos de trabajo de manera general, no aborda la salud mental de manera expresa.	Consultar Código Laboral
Trinidad y Tobago	*Occupational Safety and Health Act*, Chapter 88:08	La definición de daño corporal comprende la afectación de la salud física y mental.	Abrir enlace

Principales fuentes

Organismo	Fuente	Contenido	Enlace
ONU Mujeres	¿Por qué las mujeres están tan agotadas? El trabajo de cuidados y la carga mental	Definir la carga mental y explicar la distribución desigual del trabajo de cuidados no remunerado.	Consultar fuente
ONU Mujeres	El desaprovechado potencial económico de las mujeres	Sustentar las brechas económicas, laborales y de cuidados entre mujeres y hombres.	Consultar fuente
OPS/OMS	Una nueva agenda para la salud mental en las Américas	Contextualizar la situación regional de la salud mental y la necesidad de fortalecer políticas y servicios.	Consultar fuente
PNUD	Fuertes por fuera, luchando por dentro: el deterioro de la salud mental en América Latina y el Caribe	Exponer la magnitud y el deterioro de la salud mental en la región.	Consultar fuente
Naciones Unidas / OIT-OISS	La seguridad en el trabajo debe reconocer las diferencias biológicas y desigualdades de género	Fundamentar la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la seguridad y salud laboral.	Consultar fuente

Organismo	Fuente	Contenido	Enlace
OIT	Panorama Laboral 2024 de América Latina y el Caribe	Obtener indicadores de empleo, desempleo, participación e informalidad desagregados por sexo y país.	Consultar fuente
OIT	Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026: informe regional para América Latina y el Caribe	Analizar las brechas de cobertura y los desafíos de los sistemas de protección social.	Consultar fuente
OMS	Fortalecer la función del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres	Explicar la responsabilidad de los servicios de salud en la detección y atención de la violencia contra las mujeres.	Ver video
ORMUSA	Percepción de la violencia laboral contra las mujeres en los sectores público y privado	Incorporar datos de El Salvador sobre violencia, acoso y discriminación contra las trabajadoras.	Consultar fuente
OPS, PNUD y UNIATF	Care for Mental Health Conditions in Jamaica: The Case for Investment	Incorporar datos de Jamaica sobre depresión, ansiedad, psicosis y beneficios de ampliar el tratamiento.	Consultar fuente
OIT	La violencia y el acoso en el mundo del trabajo: guía sobre el Convenio núm. 190 y la Recomendación núm. 206	Sustentar el marco internacional para prevenir y atender la violencia y el acoso laboral.	Consultar fuente

Para saber más

- Análisis crítico de las políticas, leyes y desafíos en la salud mental en Centroamérica
  https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/11/1636172/271025_vol8n4_rn_saludmental.pdf
- Care for Mental Health Conditions in Jamaica
  https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/728ca97c-5a22-4fd9-bfbc-5bb44ecbd5dc/content

SALUD MENTAL PERINATAL EN EL CONO SUR: PROTECCIÓN SOCIAL Y SANITARIA

La salud mental perinatal comprende el bienestar emocional, psicológico y social de la persona gestante desde la preconcepción, durante el embarazo y hasta el primer año de vida del bebé. Durante este período pueden aparecer trastornos como ***depresión y ansiedad***, cuyo riesgo puede aumentar ante complicaciones obstétricas, nacimientos prematuros o situaciones de violencia. Dichos riesgos suelen permanecer ocultos por la idealización de la maternidad. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud, casi una de cada cinco mujeres puede experimentar algún problema de salud mental durante el embarazo o el año posterior al parto. Estas situaciones son tratables, pero requieren detección temprana y entornos de atención, sin estigmatización.

La salud mental perinatal no debe abordarse solo desde la atención psicológica. También, debe relacionarse con la estabilidad de los ingresos, la duración de las licencias, los servicios de cuidado y el acompañamiento familiar. La perspectiva de género nos muestra que las mujeres siguen asumiendo la mayor parte de los cuidados no remunerados, una carga que puede intensificarse tras el nacimiento y afectar su recuperación y continuidad laboral.

La protección en Argentina

La Ley 27.611/2020, conocida como Ley de los Mil Días, propone superar la atención del embarazo limitada a los aspectos físicos. Tiene como eje la salud integral, el desarrollo emocional, la prevención de las violencias y la corresponsabilidad en los cuidados.

Sin embargo, no crea un programa nacional específico de salud mental perinatal, ni



Camila Abril Vega
Licenciada en Relaciones del Trabajo, Universidad de Buenos Aires (Argentina).
Máster en Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales, Universidad de Salamanca (España).
Máster en Estudios Interdisciplinares de Género, Universidad de Salamanca (España).

establece una evaluación psicológica obligatoria y uniforme. La detección depende de los controles realizados, de la capacitación de los equipos y de los circuitos de derivación disponibles. En el empleo privado registrado, la licencia por maternidad es de 90 días y contempla la conservación del puesto, mientras que la Asignación por Maternidad sustituye a la remuneración.

Si una enfermedad originada por el embarazo o parto impide la reincorporación después de la licencia, corresponde aplicar el régimen general de licencia paga por enfermedad inculpable, aunque la norma no prevé enfermedades mentales. Así, una depresión posparto certificada puede quedar cubierta, pero bajo el régimen general de enfermedad.

Por otro lado, las personas desempleadas o trabajadoras informales que cumplen los requisitos, pueden acceder desde la semana 12 a la Asignación por Embarazo para Protección Social, aunque no sustituye ingresos durante el posparto.

Una incapacidad prolongada también podría dar acceso a una pensión no contributiva por discapacidad, pero el diagnóstico por sí solo, no genera ese derecho.

La protección en Brasil

Existe una norma específica para la atención psicológica durante el periodo perinatal. Es la Ley 14.721/2023, que obliga a los servicios de salud a ofrecer asistencia psicológica a embarazadas y puérperas con indicación professional. La atención puede continuar posteriormente en atención primaria y en los Centros de Atención Psicosocial.

En materia de seguridad social, el Salário-Maternidade del Instituto Nacional do Seguro Social, sustituye ingresos durante 120 días y no se limita a las trabajadoras dependientes, sino que además comprende a trabajadoras domésticas, autónomas, rurales y aseguradas voluntarias.

Si la depresión posparto impide trabajar más de 15 días tras agotarse el Salário-Maternidade, puede solicitarse el auxílio por incapacidad temporária.

Cuando la incapacidad se vuelve permanente y no existe posibilidad de rehabilitación laboral, puede corresponder la aposentadoria por incapacidade permanente.

La protección en Chile

Chile cuenta con un protocolo específico para detectar la depresión durante el embarazo y el puerperio. El instrumento utilizado es la Escala de Edimburgo, un cuestionario que permite identificar síntomas y determinar la necesidad de una evaluación clínica. Se desarrolla en el marco de Chile Crece Contigo, que acompaña a las familias desde la gestación y articula servicios sanitarios y sociales. Cuando se detectan factores de vulnerabilidad, se establece un plan de atención y la derivación a los equipos de salud mental.

> **EN BRASIL, SI LA DEPRESIÓN POSPARTO IMPIDE TRABAJAR MÁS DE 15 DÍAS TRAS AGOTARSE EL SALÁRIO-MATERNIDADE, PUEDE SOLICITARSE EL AUXÍLIO POR INCAPACIDAD TEMPORÁRIA.**

La protección laboral comprende 6 semanas de descanso prenatal y doce posnatal, más un permiso postnatal parental de 12 semanas a jornada completa o 18 a media jornada. Durante dichos periodos, el Subsidio por Incapacidad Laboral sustituye los ingresos de las personas trabajadoras dependientes o independientes.

Si la salud mental impide volver tras el permiso, corresponde licencia médica por enfermedad común con el mismo subsidio, sujeta a requisitos de afiliación previa y contribuciones. En situaciones de incapacidad física o mental duradera también puede solicitarse una pensión de invalidez, total o parcial, dentro del sistema previsional, evaluada por comisiones médicas.

La protección en Paraguay

Paraguay cuenta con orientaciones clínicas en el Manual Nacional de Patologías Obstétricas y desde 2026, con una guía piloto del modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, aplicada por ahora en algunos hospitales del país.

Esta última incorpora el bienestar emocional, social y psicológico, el acompañamiento familiar y el seguimiento durante el puerperio, pero no establece un sistema nacional uniforme de evaluación psicológica, ni un instrumento específico de detección de la depresión perinatal.

En materia laboral, la Ley 5508/2015 reconoce 18 semanas de licencia por maternidad y un subsidio equivalente al 100% de la remuneración. También, contempla inamovilidad laboral desde la comunicación del embarazo hasta un año



> **SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CASI UNA DE CADA CINCO MUJERES PUEDE EXPERIMENTAR ALGÚN PROBLEMA DE SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO O EL AÑO POSTERIOR AL PARTO.**

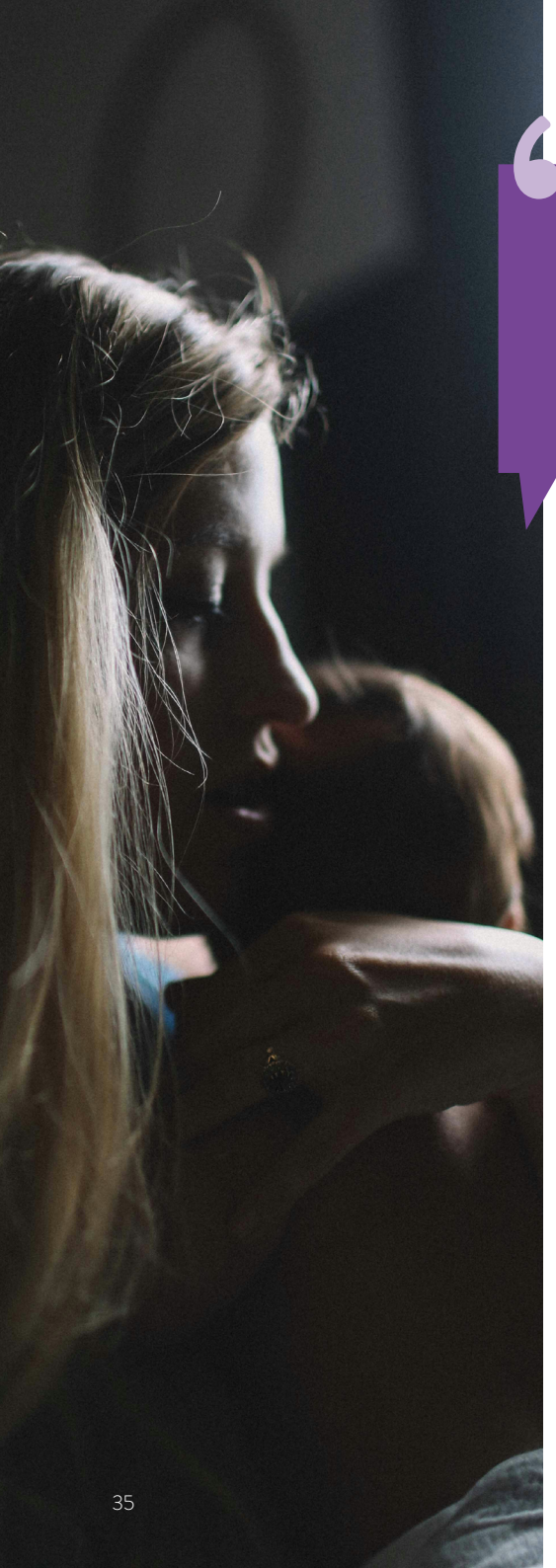
después del nacimiento y la reubicación cuando las tareas puedan afectar la salud. Si una condición de salud mental impide regresar tras la licencia, el reposo por enfermedad común cubre el 50% del salario promedio, un nivel de sustitución menor que durante la licencia por maternidad.

Si la situación produce una incapacidad permanente, puede solicitarse una jubilación por invalidez, sujeta a una evaluación médica y a un número mínimo de cotizaciones.

La protección en Uruguay

Desde 2022 se incorpora un componente de salud mental materna. La detección se realiza mediante la Escala de Edimburgo en embarazadas primerizas, con derivación a los servicios de salud mental cuando corresponde. Las prestaciones de salud mental incluyen intervenciones gratuitas para embarazadas y puérperas primerizas, sus parejas y madres con indicios de depresión durante el primer año. Cuando existe un diagnóstico, también puede brindarse psicoterapia individual, grupal o familiar.

En materia de seguridad social, se concede el subsidio por maternidad de hasta 98 días, con posibilidad de extensión, alcanza incluso a quienes quedan embarazadas cobrando seguro de desempleo y trabajadoras autónomas. La Ley 19.161



> **LA DETECCIÓN Y EL TRATAMIENTO SON INDISPENSABLES, PERO TAMBIÉN LO ES ASEGURAR INGRESOS, TIEMPO DE RECUPERACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD EN LOS CUIDADOS.**

suma un subsidio parental para el cuidado del bebé, de media jornada hasta los 6 meses.

Si una depresión posparto impide trabajar tras la licencia, el subsidio por enfermedad sustituye el 70% de los ingresos por hasta 2 años, con prórroga.

Si la incapacidad se vuelve permanente, el sistema prevé una jubilación por incapacidad, y para quienes carecen de recursos y cumplen las condiciones médicas, una pensión no contributiva por invalidez.

Conclusión

Los cinco países reconocen la importancia de la salud mental en el embarazo y el posparto, pero con instrumentos distintos: Chile y Uruguay aplican la Escala de Edimburgo; Brasil garantiza la asistencia psicológica perinatal por ley; Argentina

incorpora la dimensión emocional a la atención de los primeros "mil días"; y Paraguay la aborda por norma clínica.

Las principales diferencias aparecen en la protección económica y laboral: licencias de 90 a 120 días, y ningún sistema crea una prestación contributiva específica para la depresión posparto. Si el cuadro continúa tras la licencia maternal, debe acreditarse como enfermedad común o incapacidad laboral, con nueva evaluación médica y requisitos de cotización. La persona pasa así de una protección vinculada con la maternidad a un régimen general de enfermedad sujeto a nuevas evaluaciones, requisitos de afiliación y cotizaciones.

El principal desafío es la distancia entre la duración del riesgo, que puede extenderse durante todo el primer año, y la protección maternal, concentrada generalmente en los primeros meses. A ello se suma la fragmentación institucional: la detección ocurre en servicios de salud, mientras que las licencias y subsidios se tramitan en organismos laborales y de seguridad social distintos, trasladando a la mujer la carga de recorrer cada instancia, justamente cuando enfrenta mayores responsabilidades de cuidado y de vulnerabilidad.

Las brechas son aún más significativas para las trabajadoras informales, desempleadas o sin cotizaciones suficientes, que pueden acceder a la atención pública o a transferencias asistenciales, pero no necesariamente a una licencia remunerada que sustituya sus ingresos. A esto se suma una brecha estadística: ningún país releva de forma desagregada las licencias o subsidios vinculados específicamente a la salud mental posparto, lo que dificulta dimensionar el problema y diseñar respuestas.

La salud mental perinatal exige una respuesta coordinada entre los sistemas sanitarios, laborales y de seguridad social. La detección y el tratamiento son indispensables, pero también lo es asegurar ingresos, tiempo de recuperación y corresponsabilidad en los cuidados: solo Uruguay habilita explícitamente compartir el subsidio parental, mientras que en el resto de la región esa corresponsabilidad continúa recayendo casi exclusivamente en la madre. Reconocer la salud mental perinatal como parte de la seguridad social implica, en definitiva, proteger a las mujeres como titulares de derechos, más allá de su función de cuidado dentro de la familia.

Matriz comparada

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Principal instrumento perinatal / de salud mental	Ley 27.611/2020 (Ley de los Mil Días)	Lei 14.721/2023 y Rede Alyne (2024)	Protocolo de detección de depresión en embarazo y posparto (MINSAL) y Chile Crece Contigo (Ley 20.379)	Normas clínicas del MSPBS y Guía del Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (2026)	Metas asistenciales del SNIS (desde 2022) con componente de salud mental materna
Detección y atención psicológica	Integrada a los controles de salud; depende de los equipos y los circuitos de derivación	Asistencia psicológica perinatal con indicación profesional; atención primaria	Escala de Edimburgo, con derivación a salud mental	Sin sistema nacional uniforme de evaluación psicológica perinatal	Escala de Edimburgo en el período perinatal (entre los 28 y 90 días posteriores al parto); intervenciones grupales y psicoterapia
Licencia por maternidad	90 días (art. 177 LCT)	120 días	6 semanas prenatales y 12 posnatales, más permiso postnatal parental de 12 semanas (18 a media jornada)	18 semanas (Ley 5508/2015)	14 semanas (98 días), con extensiones previstas en la ley
Prestación que sustituye ingresos	Asignación por Maternidad (ANSES)	Salário-Maternidade (INSS)	Subsidio por Incapacidad Laboral	Subsidio del 100% de la remuneración (IPS)	Subsidio por maternidad (BPS)
Alcance fuera del empleo asalariado formal	Asignación por Embarazo para Protección Social (se solicita desde la semana 12); no cubre el posparto	Incluye domésticas, autónomas, rurales y aseguradas facultativas, con condición de asegurada	Incluye trabajadoras independientes que cotizan	Cobertura vinculada a la afiliación al IPS	Incluye trabajadoras no dependientes y quienes cobran seguro de desempleo

	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay
Protección frente al despido	Presunción de despido por maternidad dentro de los 7,5 meses anteriores o posteriores al parto	Desde la confirmación del embarazo hasta 5 meses después del parto (Constitución, ADCT)	Desde el embarazo hasta 1 año después del descanso posnatal	Inamovilidad desde la comunicación del embarazo hasta 1 año después del nacimiento	Indemnización especial de 6 meses de sueldo, adicional a la legal
Si la salud mental impide volver tras la licencia	Régimen de enfermedad inculpable	Auxílio por incapacidade temporária (incapacidad de más de 15 días)	Extensión del reposo mediante licencia médica, según certificación	Reposo por enfermedad del IPS: 50% del salario promedio	Subsidio por enfermedad: 70% de los ingresos, hasta un máximo de 2 años
Incapacidad permanente	Posible pensión no contributiva por discapacidad, sujeta a requisitos	Aposentadoria por incapacidade permanente	Pensión de invalidez total o parcial, previa calificación por comisiones médicas	Jubilación por invalidez, con evaluación médica y aportes mínimos	Jubilación por incapacidad y pensión no contributiva por invalidez
Corresponsabilidad en los cuidados	Eje de la Ley de los Mil Días	Sin licencia parental compartible	Permiso postnatal parental traspasable al otro progenitor	Sin licencia parental compartible	Subsidio parental de medio horario hasta los 6 meses, alternable entre progenitores (Ley 19.161)

Tabla de normativa utilizada

País	Norma	Contenido	Enlace
Argentina	Ley 27.611/2020 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia	Salud integral, desarrollo emocional y cuidados en los primeros mil días	Abrir enlace
Argentina	Ley 20.744 de Contrato de Trabajo (arts. 177, 178 y 208)	Licencia por maternidad, protección frente al despido y enfermedad inculpable	Abrir enlace
Argentina	Ley 27.793 de Emergencia Nacional en Discapacidad	Discapacidad y protección de ingresos	Abrir enlace
Argentina	Decreto 84/2026	Reglamentación de la Ley 27.793 y Pensión No Contributiva por Discapacidad para Protección Social	Abrir enlace
Argentina	Ley 24.714 sobre Asignaciones familiares	Asignación por Maternidad y Asignación por Embarazo para Protección Social	Abrir enlace
Brasil	Lei 14.721/2023	Asistencia psicológica durante el embarazo, el parto y el puerperio	Abrir enlace
Brasil	Constitución Federal (ADCT)	Estabilidad de la gestante	Abrir enlace
Brasil	Salário-maternidade (INSS)	Sustitución de ingresos por maternidad	Abrir enlace
Chile	Ley 20.379	Sistema Intersectorial de Protección Social y Chile Crece Contigo	Abrir enlace
Chile	Código del Trabajo	Descansos de maternidad, permiso postnatal parental y fuero maternal	Abrir enlace

País	Norma	Contenido	Enlace
Chile	Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento (MINSAL)	Detección con Escala de Edimburgo y derivación	Abrir enlace
Paraguay	Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas	Orientaciones clínicas obstétricas	Abrir enlace
Paraguay	Ley 7018/2022 de Salud Mental	Marco general de salud mental	Abrir enlace
Paraguay	Guía de Implementación del Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, 2026	Bienestar emocional, acompañamiento familiar y seguimiento en el puerperio	Abrir enlace
Paraguay	Ley 5508/2015	Promoción y protección de la maternidad; licencia, subsidio e inamovilidad	Abrir enlace
Uruguay	Ley 19.161	Subsidios por maternidad, paternidad y cuidados	Abrir enlace
Uruguay	Ley 11.577	Indemnización especial por despido durante el embarazo	Abrir enlace
Uruguay	Ley 19.529	Salud mental perinatal en el SNIS	Abrir enlace
Uruguay	Subsidio por maternidad (BPS)	Sustitución de ingresos por maternidad	Abrir enlace
Uruguay	Subsidio por enfermedad (BPS)	Sustitución de ingresos por enfermedad	Abrir enlace

Organización Mundial de la Salud (2022). Launch of the WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.



SALUD MENTAL:
ESTADO DE LA CUESTIÓN, RECURSOS REGULADOS Y PREVENCIÓN EN ESPAÑA Y PORTUGAL

Introducción: estado de la situación

En la Unión Europea se estima que el 38,2% de su población padece algún tipo de problema de salud mental cada año, siendo la ansiedad (14%) el más habitual, seguido del insomnio (7%) y depresión grave (6,9%).

En concreto, en España el 16% de la población reconoce tener ansiedad, fobia o estrés postraumático, y un 17% declara tener depresión; mientras que en Portugal esta última afecta al 10% de la población. Asimismo, los trastornos mentales son, entre las enfermedades crónicas, la principal causa de discapacidad reconocida.

Estas patologías suelen tener más incidencia en las mujeres, lo cual hace preciso desarrollar acciones específicas de protección.

En Portugal, las personas que declaran síntomas de ansiedad, ataques de pánico y depresión son mujeres en un 56%. En España, en 2023 la incidencia de la depresión era de 8,7 en mujeres y 4,1 en hombres, mientras que, respecto a la ansiedad, era de 9 para mujeres y 4,1 para hombres.

No es de extrañar que tanto en España como en Portugal se estén promoviendo políticas de salud mental, sobre todo en el ámbito sanitario. No obstante, todavía queda mucho desarrollo en otros sectores como, por ejemplo, el laboral, y tampoco se ha abordado esta cuestión desde la perspectiva de género.

La asistencia en la salud mental

En Portugal, el Decreto-Lei núm. 113/2021, de 14 de diciembre, busca continuar el camino ya abierto con la normativa anterior que trató de integrar la salud mental en la red hospitalaria de cuidados generales, cerró hospitales psiquiátricos, y apostó por un enfoque de cuidados ambulatorios y comunitarios a través de la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados.



Eva M. Blázquez Agudo

Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (UC3M).

Con independencia de este camino, la normativa de 2021 parte de que las respuestas implementadas siguen siendo insuficientes, provocando sobre todo notables asimetrías geográficas.

> **...INTEGRAR LA SALUD MENTAL EN LA RED HOSPITALARIA DE CUIDADOS GENERALES, CERRÓ HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS, Y APOSTÓ POR UN ENFOQUE DE CUIDADOS AMBULATORIOS Y COMUNITARIOS.**

Desde esta valoración, las líneas sobre las que se pretende trabajar en el ámbito de la salud mental son las siguientes: el desarrollo de una labor preventiva; la centralización de los cuidados desde las necesidades y condiciones específicas de las personas que los necesitan, adaptándose especialmente a las diferencias por razón de edad; la ubicación de las unidades de hospitalización de personas en fase aguda en los servicios locales o regionales; la recuperación integral de las personas; la participación de todos los servicios y organismos públicos de las áreas gubernamentales que tengan intervención directa o indirecta en el área de la salud; la evaluación regular de la ejecución de las políticas y de los planes; y la promoción de la participación de la comunidad y de la ciudadanía en sus órganos consultivos.

De acuerdo con estos principios, en 2022, se registró una reducción del 28,4% en hospitalizaciones, del 26,0% en los días de estancia y del 38,4% en reingresos, pasando a ser en 2023, del 26,8%, 30,9% y 46,7%, respectivamente. Dichas cifras están asociada igualmente a una disminución estimada de entre 520 y 690 toneladas/año de residuos hospitalarios. Igualmente mejoró el rendimiento económico, siendo de 12,90 € por cada euro invertido en 2022 y de 14,50 € en 2023.

En este contexto, Portugal está llevando a cabo una importante reforma de la salud mental basada en tres pilares: el legislativo, el organizativo y el asistencial, siempre desde los principios y recomendaciones promovidos por la OMS y la UE.

En España, por otra parte, recientemente se ha aprobado el Plan de acción de salud mental 2025-2027. Sus principales líneas son el refuerzo de los recursos humanos, que se dedican a la gestión de su atención; la apuesta por la salud mental comunitaria y las alternativas a la institucionalización; el modelos de



asistencia orientado a los derechos humanos, humanización y lucha contra el estigma; la optimización del tratamiento y calidad en la prescripción; el abordaje de en contextos y colectivos de mayor vulnerabilidad; la salud mental perinatal, de la infancia y de la adolescencia; los sistemas de información en salud mental; y, por último, su incidencia en el trabajo.

La perspectiva de género en la atención de la salud mental

Las cifras ponen en evidencia que las mujeres refieren más incidencia en su salud mental que los hombres, por lo que es preciso incluir medidas de salud mental con perspectiva de género.

En España, el Plan de acción de salud mental 2025-2027 parte de que la intersección de diferentes ejes de desigualdad, incluida la desigualdad de género, explica, por su parte, una mayor afectación de problemas de salud mental en las mujeres por estar más expuestas a la sobrecarga laboral y de cuidados, contar con empleos peor remunerados o sufrir violencia de género.

Entre las acciones recogidas con dicha perspectiva están la formación de profesionales de salud mental en la preven-

ción y detección precoz de la violencia de género, así como en la creación de herramientas de acompañamiento y apoyo psicológico a mujeres víctimas de violencia de género.

En la misma línea, se recogen líneas de acción dirigidas a la salud mental perinatal, donde se impulsan acciones relacionadas con la salud mental de las mujeres y el vínculo materno en todas las etapas, no solo durante el embarazo y el parto y se promueven proyectos dirigidos a la sensibilización y prevención de la aparición de problemas de salud mental en todas las mujeres durante el periodo perinatal y a la protección de la relación madre-bebé.

En la web del gobierno portugués sobre salud mental (Saúde Mental - Página Inicial) se incluyen algunas propuestas sobre acciones dirigidas a mujeres, también en relación con la violencia de género y la protección de la salud perinatal.

En alguna norma territorial, en España, como la Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias, de La Rioja, se incluye la perspectiva de género transversal e interseccional, desde la idea de la escucha psicosocial y la conceptuación de los problemas de salud mental como fenómenos relacionales y relacionados con las diferencias y desigualdades estructurales de sexo, género, orientación sexual, clase social o etnia. En la misma línea, se defiende una concepción integral de la salud, que entienda a la persona de forma heterogénea e interseccional; la intervención en salud mental atendiendo a las tensiones y conflictos entre los modelos sociales históricos de género y los modelos de atención, cuidado y corresponsabilización que mediatizan la intervención asistencial y las problemáticas de salud mental; la implementación de líneas de actuación preventivas para reducir o eliminar las desigualdades de género en la atención a la salud mental; el desarrollo de servicios y recursos en atención a las necesidades de género diferenciales, entre otras.

La gestión de la salud mental en el ámbito de la prevención de riesgos de la empresa

La situación de las personas con enfermedad mental en el mercado de trabajo es especialmente preocupante, tanto por su dificultad de inserción como por las posteriores de mantenimiento del empleo, en especial, para las mujeres que tienen una situación desigual ya de partida y que en estas circunstancias se acrecientan aún más.

En **Portugal**, la Ley núm. 102/2009, de 10 de septiembre, establece el régimen jurídico de la promoción de la seguridad y salud en el trabajo, y responsabiliza a la empresa de asegurar condiciones de trabajo seguras y saludables en todas sus dimensiones, lo que incluye, expresamente, la identificación y evaluación de los riesgos psicosociales presentes en el lugar de trabajo y la implementación de medidas preventivas adecuadas, cuestiones muy vinculadas con el mantenimiento de la salud mental.

Además, si no se evalúan los riesgos psicosociales, la empresa puede ser sancionada. Esta obligación legal existe desde hace más de 15 años, lo que falta en muchas empresas es su cumplimiento.

> **LA PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, RESPONSABILIZA A LA EMPRESA DE ASEGURAR CONDICIONES DE TRABAJO SEGURAS Y SALUDABLES EN TODAS SUS DIMENSIONES.**

Por otra parte, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales española recoge que las empresas deben garantizar de manera específica la protección de las personas





trabajadoras que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.

De esta forma, las personas trabajadoras no podrán ser empleadas en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, las demás personas trabajadoras u otras relacionadas con la empresa, ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo. Por lo cual aquí se va más allá de la propia adaptación o protección, buscando la eliminación de situaciones de peligro.

Si bien se reconoce esta visión de la salud mental en la prevención de la empresa, en ambos países falta la inclusión de la perspectiva de género. Es decir, no se reconoce los efectos de la doble jornada, la dificultad de conciliar la vida laboral y la familiar, la segregación vertical y la horizontal, que llevan a que la incidencia de las enfermedades mentales sea mayor en las mujeres.

Matriz comparada

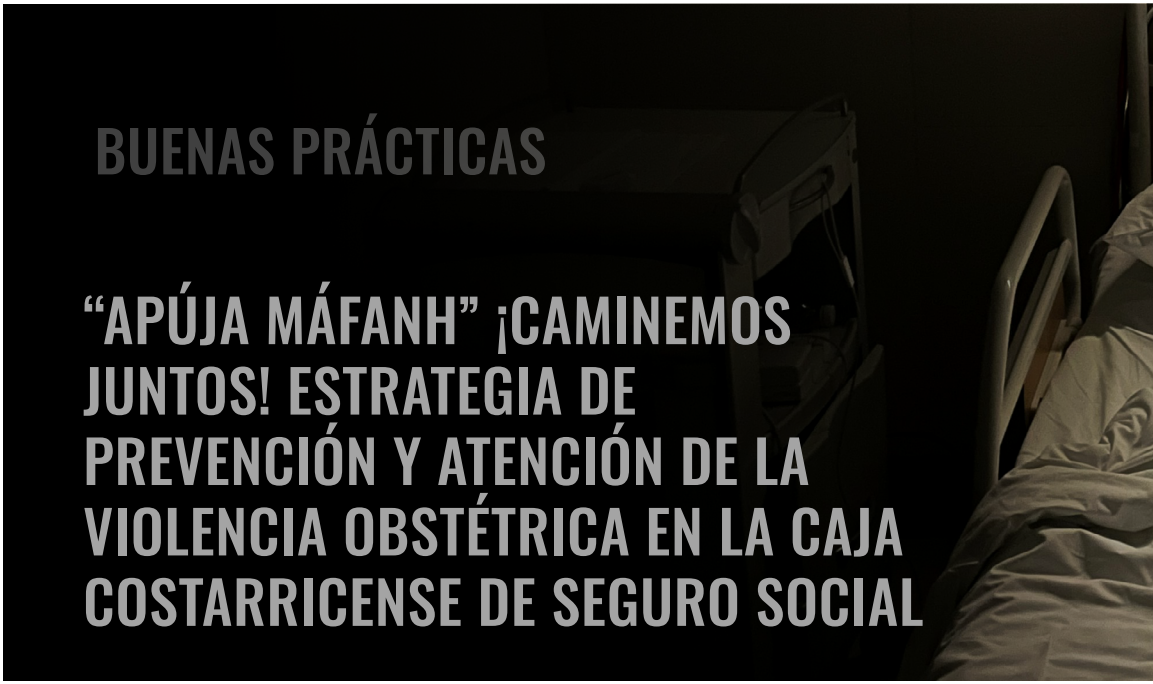
	Portugal	España
Principales bases de sus políticas en salud mental	Tres pilares: a) el legislativo, B) organizativo c)asistencial.	Plan de acción de salud mental 2025-2027 (refuerzo de los recursos humanos; la apuesta por la salud mental comunitaria y las alternativas a la institucionalización; el modelos de asistencia orientado a los derechos humanos; el abordaje en contextos y colectivos de mayor vulnerabilidad; la salud mental perinatal, de la infancia y de la adolescencia; los sistemas de información en salud mental; y su incidencia en el trabajo.
Legislación en el ámbito de la salud mental	Decreto-Lei núm. 113/2021, de 14 de diciembre	Ley 6/2023 garantiza derechos, asistencia integral y protección frente a la discriminación para personas con problemas de salud mental y sus familias (ámbito regional)
Ley de prevención de riegos	Ley núm. 102/2009, de 10 de septiembre, establece el régimen jurídico de la promoción de la seguridad y salud en el trabajo	Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
Conexión con la perspectiva de género	Reconoce una mayor incidencia de síntomas de ansiedad, ataques de pánico y depresión en mujeres. Existen propuestas específicas relacionadas con violencia de género y salud perinatal.	Acciones dirigidas a la formación de profesionales de salud mental, así como en la creación de herramientas de acompañamiento y apoyo psicológico a mujeres víctimas de violencia de género.
Principal reto identificado en este análisis	Desarrollo de una labor preventiva; la determinación de la base de los cuidados en las necesidades y condiciones específicas de las personas; la recuperación integral de las personas; la participación; y la evaluación regular de la ejecución de las políticas y de los planes.	Construir itinerarios efectivos entre salud mental, empleo y protección social, reforzando la atención comunitaria y la prevención en el trabajo e incorporando de manera efectiva la perspectiva de género.

Tabla de normativa utilizada

País	Norma	Contenido	Enlace
España	Plan de acción de salud mental 2025-2027.	Salud mental	Abrir enlace
España	Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y familias de La Rioja.	Salud mental	Abrir enlace
España	Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgo	Ley de prevención de riesgos	Abrir enlace
Portugal	Decreto-Lei núm. 113/2021, de 14 de diciembre	Salud mental	Abrir enlace
Portugal	Ley núm. 102/2009, de 10 de septiembre, establece el régimen jurídico de la promoción de la seguridad y salud en el trabajo	Ley de prevención de riesgos	Abrir enlace

Principales fuentes

Organismo	Fuente	Contenido	Enlace
UGT	Informe salud mental y trabajo, 2024	Datos desagregados	Consultar fuente
FUNDACIÓN AXA	Estudio Internacional del Grupo AXA sobre Salud y Bienestar Mental	Datos desagregados	Consultar fuente
Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Web	Información sobre cuidados	Consultar fuente
Sociedad Portuguesa de psiquiatría y salud mental	Observatorio de Salud mental	Datos e información médica	Consultar fuente
Servicio de salud nacional portugués	Web gubernamental	Información sobre políticas públicas	Consultar fuente
Ministerio de salud de España	Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria.	Datos sobre salud mental	Consultar fuente



BUENAS PRÁCTICAS

“APÚJA MÁFANH” ¡CAMINEMOS JUNTOS! ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Introducción y contexto

Los procesos biológicos del embarazo y el nacimiento han estado influenciados por el desarrollo de la profesión médica y la medicalización creciente del parto normal. En respuesta a esto, el modelo del “parto respetado” promueve que las mujeres gestantes y los bebés sean protagonistas de un nacimiento natural con las mínimas intervenciones innecesarias. La violencia obstétrica se conceptualiza como un problema de salud pública, una manifestación de violencia de género y una violación fundamental de los derechos humanos.

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) atiende aproximadamente al 90% de los partos del país a través de su red de 25 maternidades. Ante diversas denuncias y con el respaldo de normativas internacionales y nacionales—como la Ley N° 10.081 “Ley de Parto Respetado” y la jurisprudencia constitucional—, la CCSS aprobó la “Estrategia Institucional de Prevención y Atención de la Violencia Obstétrica”, bajo el lema indígena Maleku “Apúja Máfanh” (“Caminemos juntos”) para el periodo 2026-2030.



Nudos críticos identificados

A partir de diagnósticos institucionales y otros estudios realizados por instancias como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica, la CCSS reconoció que la violencia obstétrica refleja deficiencias en la calidad de la atención del binomio madre-bebé. Los principales desafíos detectados son:

- **Dificultades estructurales:** Persistencia de estereotipos del modelo de maternidad hegemónico y medicalizado frente a la visión natural del parto.
- **Barreras de acceso:** Obstáculos administrativos, geográficos, económicos e interculturales que limitan el inicio oportuno del control prenatal.
- **Variabilidad en la calidad de la atención y en la gestión estandarizada:** Inequidad en la red de servicios de cuidados obstétricos y perinatales, así como servicios fragmentados en la ruta de atención de las mujeres.
- **Debilidades en el sistema de información:** Dificultad para la desagregación de datos, limitando el monitoreo de la calidad de los servicios y el seguimiento del binomio para la trazabilidad de cada caso.
- **Limitaciones en las competencias técnicas y relaciones jerárquicas:** Necesidad de reforzar la obstetricia basada en la evidencia, la comunicación asertiva y el consentimiento informado para la toma de decisiones por parte de las mujeres, así como la falta de programas de autocuidado para las personas trabajadoras de la salud.
- **Infraestructura inadecuada:** Espacios físicos rígidos que no favorecen los ritmos fisiológicos.
- **Canal de denuncia impreciso:** Poca claridad para las usuarias sobre el mecanismo de denuncia y su ruta de atención.



> "PARTO RESPETADO" PROMUEVE QUE LAS MUJERES GESTANTES Y LOS BEBÉS SEAN PROTAGONISTAS DE UN NACIMIENTO NATURAL CON LAS MÍNIMAS INTERVENCIONES INNECESARIAS.

Objetivos y acciones de la estrategia

La estrategia institucional se estructura en tres objetivos principales orientados a garantizar una atención integral y de alta calidad:

Garantizar el acceso oportuno y efectivo: Eliminar los trámites y requisitos administrativos innecesarios para la atención del binomio madre-bebé.

Implementar la mejora continua en la gestión y calidad: Adaptar de forma escalonada la infraestructura de los servicios maternos para favorecer la comodidad y privacidad.

Establecer programas permanentes de capacitación técnica basada en evidencia científica y autocuidado para el personal de salud.

Establecer un modelo de gestión de los servicios de atención del binomio madre-bebé durante el proceso de embarazo, parto, nacimiento y postparto en las subredes de la Institución.

Robustecer los sistemas de información y asegurar mecanismos efectivos de denuncia, investigación y sanción.

Promover la participación social: Fomentar espacios de diálogo, sondeos de opinión y acciones de comunicación para que las mujeres conozcan y ejerzan sus derechos.

Resultados, impacto y buenas prácticas

En su fase inicial de ejecución, la estrategia ha impulsado experiencias innovadoras en las maternidades de la CCSS en sintonía con un enfoque de género, pertinencia cultural y derechos humanos:

Acompañamiento y privacidad: Garantía de estar acompañadas según su elección (pareja, familiares o persona de confianza) y resguardo de la intimidad de las mujeres.

Libertad de movimiento y alivio del dolor: Uso de técnicas de relajación, musicoterapia, duchas y promoción del parto vertical o en posturas de libre elección.

Vínculo temprano: Fomento del contacto piel con piel durante la primera hora de vida y el alojamiento conjunto para apoyar la lactancia materna.

Enfoque intercultural: Adecuaciones específicas para pueblos indígenas, incluyendo la asistencia de intérpretes, la incorporación de facilitadores comunitarios y ajustes en la alimentación y el control prenatal.

LECCIONES APRENDIDAS

La experiencia de la CCSS demuestra que la salud se construye desde el espacio comunitario, por lo que la transformación institucional requiere vincular el mejoramiento de la atención médica con las condiciones de vida de las comunidades. Asimismo, se evidencia que la erradicación de la violencia obstétrica exige ir más allá de sus efectos centrados en la enfermedad y la mortalidad, situando en el centro la calidez humana, la comunicación empática y el empoderamiento de las mujeres como protagonistas activas de su propia salud reproductiva.



Máster Melissa Bermúdez Otárola



Trabajadora Social
Programa Institucional para la Equidad de Género Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
Correo: mibermud@ccss.sa.cr

Licenciada Daniela Vega Carvajal



Trabajadora social
Programa Institucional para la Equidad de Género Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
Correo: dvegacar@ccss.sa.cr

Doctora Ileana Quirós Rojas



Médica salubrista
Coordinadora del Programa de Normalización de Salud de la Mujer
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
Correo: iquiros@ccss.sa.cr.

PREVBARCOS EN LOS RINCONES DE LA AMAZONÍA: RESULTADOS DE UNA POLÍTICA PÚBLICA EN LA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO



Resumen y contexto institucional

La igualdad de género ocupa una posición central en las agendas de desarrollo y protección social, aunque las mujeres continúan enfrentando obstáculos estructurales vinculados a la inserción laboral, la división sexual del trabajo, la sobrecarga de cuidados y las disparidades de ingresos. Estas condiciones limitan el acceso a los sistemas de seguridad social y acentúan la vulnerabilidad económica a lo largo de la vida.

En la Amazonía brasileña, dichos desafíos adquieren dimensiones particulares debido a la baja presencia estatal, la dispersión poblacional y las vastas distancias geográficas. Las mujeres residentes en comunidades ribereñas, indígenas, quilombolas, agricultoras familiares y pescadoras artesanales acumulan múltiples vulnerabilidades marcadas por la pobreza, el aislamiento territorial y las dificultades de movilidad. Para responder a esta problemática, el Instituto Nacional del Seguro Social (INSS) implementó PREVBarco, una iniciativa que utiliza unidades flotantes para acercar los servicios asistenciales, previsionales y de salud a las poblaciones de áreas remotas en los estados de Amazonas, Pará y Rondônia.



Metodología y enfoque teórico

Este estudio analiza cómo PREVBarco contribuye a la reducción de las desigualdades de género mediante la ampliación de la protección social y el fortalecimiento de la autonomía económica femenina. La investigación se fundamenta en una revisión bibliográfica y en evidencias empíricas procedentes de la investigación de maestría del autor, complementadas con datos administrativos consolidados de los servicios prestados por los PREVBarcos entre 2021 y 2025.

Desde la perspectiva teórica de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la autonomía económica se define como la capacidad de las mujeres para controlar recursos, tomar decisiones sobre sus propias vidas y acceder a fuentes de ingresos que disminuyan la dependencia y la vulnerabilidad social. Asimismo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que las mujeres enfrentan menores tasas de cobertura contributiva debido a la informalidad y al trabajo de cuidado no remunerado, lo cual incrementa su exposición a la pobreza en la vejez. En el contexto amazónico, estas brechas se agravan por la falta de infraestructura de transporte; en muchas ocasiones, los desplazamientos hacia los centros urbanos implican travesías fluviales prolongadas, altos costos económicos y graves riesgos para la integridad física de las personas usuarias.

Servicios, atención sanitaria y operatividad a bordo

Las embarcaciones de PREVBarco funcionan como agencias móviles multifuncionales equipadas para ofrecer una amplia gama de prestaciones directamente en las comunidades aisladas. Además de tramitar requerimientos de beneficios previsionales y asistenciales y realizar orientaciones especializadas, las unidades flotantes integran de manera clave el componente de atención sanitaria al incorporar personal y capacidad operativa para efectuar evaluaciones sociales y periciales médicas. Estas evaluaciones sanitarias y periciales resultan indispensables para dictaminar la concesión de beneficios por incapacidad, jubilaciones y otros derechos sujetos a valoraciones de salud, eliminando la necesidad de que las personas usuarias realicen largos y costosos desplazamientos fluviales hacia los centros urbanos para someterse a exámenes médicos oficiales.

Resultados e impacto del PREVBarco (2021-2025)

Los datos cuantitativos demuestran que el PREVBarco ha generado transformaciones sustanciales en la inclusión previsional de la región. Entre 2021 y 2025, las unidades flotantes analizaron más de 100.000 requerimientos de beneficios previsionales y asistenciales, logrando una tasa de concesión del 73% y un porcentaje de indebidos de apenas el 27%. Esta alta efectividad se atribuye a las triografías previas, la orientación documental realizada en conjunto con redes locales y el conocimiento especializado de los equipos sobre las dinámicas socioculturales de la Amazonía.

Bajo una perspectiva de género, los impactos son contundentes:

- **Protagonismo de las mujeres:** El 82% de las personas beneficiarias que obtuvieron la concesión de sus derechos fueron mujeres.
- **Transferencia de recursos retroactivos:** El 84% de los aproximadamente R$ 346 millones abonados en concepto de valores retroactivos se destinaron directamente a mujeres de las comunidades atendidas.
- **Impacto del salario-maternidad:** Este beneficio constituyó el 62% de todas las concesiones otorgadas en el periodo, consolidándose como un pilar fundamental para la protección social femenina y la seguridad económica en las etapas de mayor vulnerabilidad.



> **LAS UNIDADES FLOTANTES INTEGRAN DE MANERA CLAVE EL COMPONENTE DE ATENCIÓN SANITARIA AL INCORPORAR PERSONAL Y CAPACIDAD OPERATIVA PARA EFECTUAR EVALUACIONES SOCIALES Y PERICIALES MÉDICAS.**

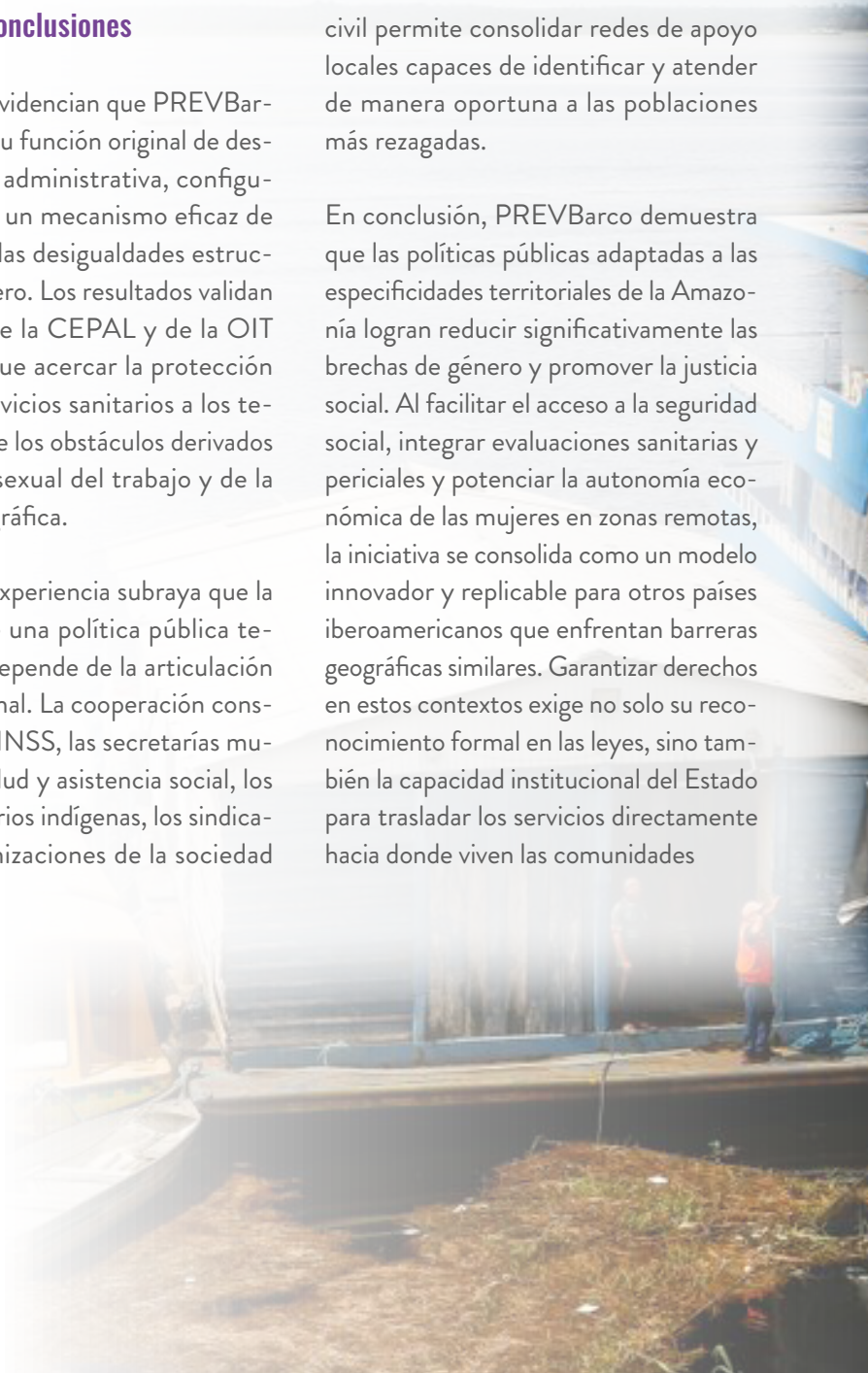
La predominancia de beneficios como el salario-maternidad y la jubilación rural (que abarcó el 18% de las concesiones) responde a la realidad socio-productiva local, donde los hombres suelen desplazarse temporalmente a centros urbanos en busca de empleo, mientras las mujeres permanecen en los territorios al frente de la agricultura familiar, la pesca artesanal, el cuidado familiar y la gestión doméstica. Situaciones de abandono familiar o contextos críticos visibilizan cómo la titularidad de estos derechos previene la marginación económica y asegura la subsistencia del núcleo familiar.

Discusión y conclusiones

Los hallazgos evidencian que PREVBarco trasciende su función original de descentralización administrativa, configurándose como un mecanismo eficaz de mitigación de las desigualdades estructurales de género. Los resultados validan las premisas de la CEPAL y de la OIT al confirmar que acercar la protección social y los servicios sanitarios a los territorios reduce los obstáculos derivados de la división sexual del trabajo y de la exclusión geográfica.

Asimismo, la experiencia subraya que la efectividad de una política pública territorializada depende de la articulación interinstitucional. La cooperación constante entre el INSS, las secretarías municipales de salud y asistencia social, los distritos sanitarios indígenas, los sindicatos y las organizaciones de la sociedad civil permite consolidar redes de apoyo locales capaces de identificar y atender de manera oportuna a las poblaciones más rezagadas.

En conclusión, PREVBarco demuestra que las políticas públicas adaptadas a las especificidades territoriales de la Amazonía logran reducir significativamente las brechas de género y promover la justicia social. Al facilitar el acceso a la seguridad social, integrar evaluaciones sanitarias y periciales y potenciar la autonomía económica de las mujeres en zonas remotas, la iniciativa se consolida como un modelo innovador y replicable para otros países iberoamericanos que enfrentan barreras geográficas similares. Garantizar derechos en estos contextos exige no solo su reconocimiento formal en las leyes, sino también la capacidad institucional del Estado para trasladar los servicios directamente hacia donde viven las comunidades




PREVIDÊNCIA SOCIAL
MANAOS II

AGENDA DE ACTUALIDAD



INTERNACIONAL

WMH 2027. CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL DE LA MUJER

Barcelona será la sede del Congreso Mundial de Salud Mental de la Mujer (WMH 2027), que se llevará a cabo en marzo de 2027. Este encuentro internacional, que ya cuenta con diez ediciones hasta la fecha, congregará a especialistas y personas investigadoras globales para discutir avances clínicos, evidencias científicas e iniciativas sociosanitarias destinadas a abordar la salud mental y los factores externos que condicionan el bienestar de las mujeres en todas las etapas de su vida.
https://iawmh2027.org/index.php/welcome



COLOMBIA

LA UNIVERSIDAD CES PONE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES EN EL CENTRO DEL DEBATE ACADÉMICO Y SOCIAL

La Universidad CES llevó a cabo el pasado 28 de mayo de 2026 el XI Congreso Internacional de Medicina y Salud Mental de las Mujeres en el Teatro Guillermo Cárdenas Jaramillo, dando paso a un foro de diálogo científico. La cumbre reunió a destacadas personas expertas nacionales e internacionales con el propósito de reflexionar sobre las principales problemáticas emocionales, las presiones sociales y las patologías que inciden directamente en el bienestar físico y psicológico del género femenino en la actualidad.
https://www.ces.edu.co/noticia/salud-mental-de-las-mujeres/



ESPAÑA

XIV JORNADA ANUAL DE SALUD MENTAL PERINATAL DE LA SOCIEDAD MARCÉ

La Sociedad Marcé acogió los pasados días 7 y 8 de mayo de 2026 en Barcelona la XIV edición de su Jornada Anual de Salud Mental Perinatal. El congreso reunió a diversos profesionales de la salud dedicados especialmente a la atención emocional y psicológica durante la gestación, el parto y el posparto, abriendo un debate de ámbito multidisciplinar y orientado a la actualización científica en estas materias.
https://www.sociedadmarce.org/detall-agenda.cfm/ID/21890/ESP/xiv-jornada-anual-salud-mental-perinatal-sociedad-marce-.htm



MÉXICO

II CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL PERINATAL DEL 27 AL 30 DE OCTUBRE DE 2027 EN CUERNAVACA, MÉXICO

La red En Red Nos Sostenemos, que nació en 2024 e integra diversas asociaciones, universidades, ONG y redes profesionales de Latinoamérica, España y Portugal, organizará su II Congreso Internacional de Salud Mental Perinatal los días 27 a 30 de octubre de 2027 en Cuernavaca (Morelos, México). El evento pretende consolidar un marco colaborativo transdisciplinar para profundizar en las estrategias de prevención, detección temprana y acompañamiento psicológico a la maternidad en la región.
https://www.sociedadmarce.org/detall-agenda.cfm/ID/23243/ESP/ii-congreso-internacional-salud-mental-perinatal-2027-save-the-date.htm

NOVEDADES

PERÚ

MIMP y Colegio de Psicólogos del Perú firman convenio para repotenciar capacidades a profesionales que atiende a víctimas de violencia

https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/1390518-mimp-y-colegio-de-psicologos-del-peru-firman-convenio-para-repotenciar-capacidades-a-profesionales-que-atiende-a-victimas-de-violencia

Con el objetivo de brindar una mejora en la atención a la salud mental y bienestar de las mujeres, especialmente ante situaciones de violencia, el colegio de psicólogos del Perú y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables han firmado un convenio que permitirá capacitar a miles de especialistas a nivel nacional para poder fortalecer la atención a la mujer.

Entre las capacitaciones recogidas destacan la asistencia técnica en salud mental y la prevención del síndrome de agotamiento profesional, abogando por un mejor tratamiento de la mujer en el ámbito laboral.

COLOMBIA

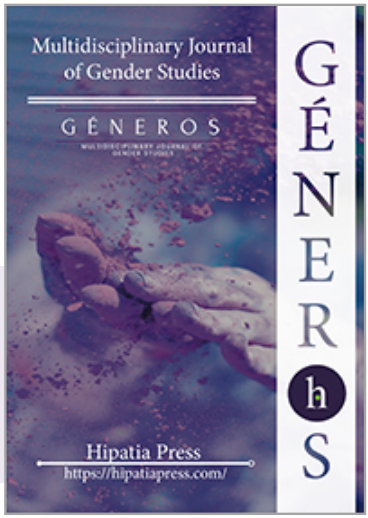
Ley 2460 de 2025 Congreso de la República

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=260636

Esta ley introdujo interesantes modificaciones en el plano de la evaluación de los riesgos psicosociales, incluyendo referencias expresas a la especial atención de estos riesgos en las mujeres. En concreto, se establece la obligación de revisar periódicamente los factores que pudieran suponer dificultades para las personas trabajadoras, enfatizando una prelación en el enfoque con perspectiva de género en este ámbito.

PUBLICACIONES

IMPACTO DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES: UNA MIRADA A LA DOBLE PRESENCIA Y SALUD MENTAL DE LA MUJER EN EL MUNDO LABORAL



HEREDIA -GÁLVEZ, S.-A., MARTÍNEZ-VÉLEZ, F.-A., TIGSE-BRAVO, W.-P., & MACA-URBANO, D.-Y. (2026). IMPACTO DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES: UNA MIRADA A LA DOBLE PRESENCIA Y SALUD MENTAL DE LA MUJER EN EL MUNDO LABORAL. REVISTA MULTIDISCIPLINAR DE ESTUDIOS DE GÉNERO, 15(2), 138-155.
https://doi.org/10.17583/generos.17391

ECUADOR

25 DE JUNIO DE 2026

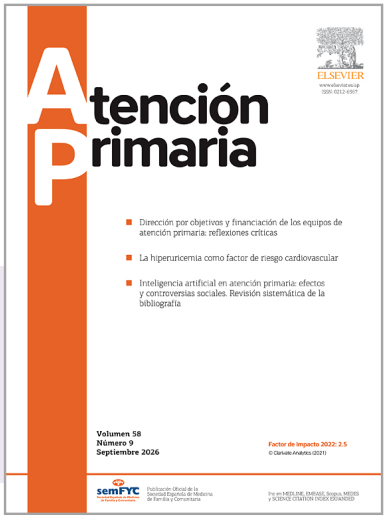
El trabajo analiza los riesgos que las mujeres afrontan en el trabajo a propósito de la salud mental, atendiendo a una "doble presencia", en tanto surge la necesidad de que compatibilicen las responsabilidades laborales con las tareas de cuidado. El estudio hace especial hincapié en cómo estas tareas siguen recayendo mayoritariamente en las mujeres, lo que supone una carga adicional de estrés y una especial dificultad para conciliar la vida laboral y familiar.

En concreto, se analizó la situación laboral de cientos de mujeres ecuatorianas de distintos sectores, y se llegó a la conclusión de que, sin importar el tipo de trabajo, esta doble presencia se manifiesta como un problema común para todas las mujeres, de forma que la mayoría presenta dificultades para poder conciliar ambas facetas.

Finalmente, se enfatiza la necesidad de atención a esta realidad desde las políticas sociales, promoviendo medidas que favorezcan las condiciones igualitarias y la co-rresponsabilidad.

PUBLICACIONES

CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LA MUJER TRABAJADORA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA



GARCÍA-RODRÍGUEZ, I., GÓMEZ-SALGADO, J., PRIETO-CALLEJERO, B., FAGUNDO-RIVERA, J., EL KHOURY-MORENO, L., & GARCÍA-IGLESIAS, J. J. (2026). CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LA MUJER TRABAJADORA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. ATENCIÓN PRIMARIA, 58, 103391.
https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103391

ESPAÑA

2 SEPTIEMBRE 2025, DISPONIBLE DESDE ENERO DE 2026

La investigación revisa finalmente 21 estudios y encuentra resultados similares en diferentes contextos: cuando aumentan conjuntamente las responsabilidades laborales y familiares, empeora la salud de las mujeres, especialmente cuando existen largas jornadas o pocas posibilidades de conciliación.

El artículo concluye que la doble presencia debe tenerse en cuenta en las políticas laborales y de prevención de riesgos, incorporando una perspectiva de género y promoviendo una mayor corresponsabilidad en las tareas de cuidado.

La investigación llevada a cabo concluye que, ante diferentes contextos laborales, el aumento de la carga laboral y familiar recae especialmente sobre las mujeres, que, en muchas ocasiones deben enfrentarse a jornadas largas, con pocas posibilidad de conciliación. Así pues, es necesario que las políticas laborales y la prevención de riesgos incorpore la perspectiva de género y promueva un mayor reparto de las tareas de cuidado.



CON EL APOYO DE:

OISS
ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES, UNIÓN EUROPEA Y COOPERACIÓN

aecid

cooperación española