

[illegible]

Nuevas M.I.R.A.D.A.S/2025

Investigación aplicada

**EL DERECHO AL BIENESTAR EN
SALUD MENTAL DE LAS MUJERES
EN SITUACIÓN O EN RIESGO DE
EXCLUSIÓN SOCIAL Y/O POBREZA**

Créditos

European Anti-Poverty Network (EAPN) es una Plataforma Europea de Entidades Sociales que trabajan y luchan contra la Pobreza y la Exclusión Social en los países miembros de la Unión Europea. La EAPN busca permitir que aquellas personas que sufren la pobreza y la exclusión social puedan ejercer sus derechos y deberes, así como romper con su aislamiento y situación, y tiene como objetivo principal situar ambas cuestiones en el centro de los debates políticos de la Unión Europea. En España, la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión

Social en el Estado Español (EAPN-ES) es una organización horizontal, plural e independiente que trabaja para trasladar este objetivo a la realidad española y por incidir en las políticas públicas, tanto a nivel europeo como estatal, autonómico y local. Actualmente está compuesta por 19 redes autonómicas y 23 entidades de ámbito estatal, todas ellas de carácter no lucrativo y con un componente común: la lucha contra la pobreza y la exclusión social. En total, EAPN-ES engloba a más de ocho mil entidades sociales en todo el Estado.

Título: Investigación aplicada nuevas M.I.R.A.D.A.S. Por el derecho al bienestar en salud mental de las mujeres en situación o en riesgo de exclusión social y/o pobreza

Autoría y Coordinación: EAPN-ES

Dirección técnica e investigación: Leonor Canals Botas

Edita: EAPN España.

Calle Melquiades Biencinto, 7-2ª Planta. 28053 Madrid
eapn@eapn.es www.eapn.es

Fecha: octubre 2025

Financiado por:



Esta publicación ha recibido el apoyo económico del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, dentro del Programa de subvenciones con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la renta de las personas físicas y del impuesto sobre sociedades (Expediente: 101 / 2024 / 178 / 5 /). La información contenida en la publicación no refleja la posición oficial del Ministerio.

Diseño: www.pontella.es

© de la Edición: EAPN España



Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se citen las fuentes, respetándose el contenido tal como está editado sin ningún tipo de tergiversación o cambio.



Atribución: Usted debe [dar crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial: Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).

CompartirIgual: Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la [misma licencia](#) del original.

No hay restricciones adicionales: No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	8
3. INTERSECCIONALIDAD Y SALUD MENTAL.....	12
3.1. GÉNERO Y SALUD MENTAL	14
3.2. PROCESOS MIGRATORIOS Y SALUD MENTAL	22
3.3. POBREZA Y SALUD MENTAL	24
4. POLÍTICAS PÚBLICAS Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	30
4.1. ¿QUÉ POLÍTICAS PÚBLICAS NECESITAMOS?	33
4.2. EN SÍNTESIS	41
5. BIBLIOGRAFÍA.....	43

1. INTRODUCCIÓN

“La necesidad de politizar el malestar para que se pueda entender que las causas de sufrimiento psíquico no son individuales, sino que son colectivas, que es un problema de desigualdad económica”- (cita literal extraída del Foro realizado en el contexto de la investigación)

“Entre ser loco y ser loca hay un patriarcado de diferencia”- Anónimx



Esta investigación, centrada en la salud mental de las mujeres y aquellos elementos que interseccionan con ella, surge a raíz de la investigación previa de EAPN-ES “**Economía de los cuidados, desigualdad de género y pobreza**”, donde se detectó el efecto que las cargas de cuidados remunerados y no remunerados tienen en las situaciones de precarización de las mujeres y, con ello, en la salud mental de las mismas.

El objetivo, por tanto, ha sido aproximarnos a qué factores debemos tener en cuenta al hablar de la salud mental de las mujeres que se encuentran en situación de riesgo de pobreza y/o exclusión social. Atender a las estructuras y mecanismos más o menos formales que operan en el malestar psicosocial de las mujeres es fundamental, pues resulta un conocimiento sin el cual no podemos realizar un buen diagnóstico ni intervención sobre estas problemáticas.

En los últimos años la salud mental viene tomando protagonismo en el debate público, sin embargo, las personas en situación de vulnerabilidad continúan estando excluidas del debate y, en muchas ocasiones, de las medidas y herramientas que se construyen. La interseccionalidad, que debe estar presente de manera transversal en las diferentes políticas y estrategias públicas, y que permite atender a cómo las cuestiones que atraviesan a las personas —de edad, situación socio económica, origen, identidad de género, discapacidad, renta...— lo hacen de forma específica y diferente en función de las características y contextos, se mantiene como una herramienta que no termina de implementarse en la práctica.

Desde la EAPN-ES se busca reforzar la defensa de los derechos de las personas en situación de riesgo de pobreza y/o exclusión social, cuya salud, tanto física como mental, se ve afectada de forma más intensa por las implicaciones que tiene la pobreza en los diferentes ámbitos de la vida. En este sentido, resulta fundamental atender de manera específica a las mujeres, al estar en una situación de mayor vulnerabilidad debido a la situación de desigualdad estructural en la que se encuentran.

Para ello, resulta clave la participación de las personas directamente afectadas e implicadas por estas cuestiones, siendo las principales conocedoras y expertas de algunos de los aspectos que se abordan en la investigación. Así, han participado de la investigación mujeres activistas en salud mental, mujeres que forman parte de diferentes colectivos, asociaciones y cooperativas relacionadas con la salud mental y los cuidados, mujeres expertas y profesionales en salud mental con perspectiva de género.

A continuación, se ofrece un análisis de la situación a nivel estatal, identificando aquellos elementos más relevantes a la hora de abordar la salud mental de las mujeres, así como una aproximación a aquellos términos que es importante reforzar y/o incorporar a las políticas, recursos y estrategias públicas.

2. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La salud constituye un eje central del bienestar humano y ha sido reconocida internacionalmente como un derecho fundamental. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se establece en el artículo 25 que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (ONU, 1948), al tiempo que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12), concretado en la Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo expresa de manera clara al afirmar que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2014). Esta afirmación no solo consolida la salud como parte esencial de los derechos humanos, sino que también la vincula de forma directa con los principios de igualdad y justicia social.

Reconocer la salud como derecho supone, por tanto, entender que los Estados y las sociedades tienen la responsabilidad de crear las condiciones necesarias para que todas las personas puedan alcanzarla y disfrutarla en igualdad de oportunidades.



A partir de este marco, la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014). Esta formulación, introduce un cambio significativo respecto a la concepción biomédica tradicional, centrada casi exclusivamente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Frente a esa visión reduccionista, la definición de la OMS enfatiza que el **bienestar depende de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales**. En otras palabras, no basta con carecer de enfermedad para hablar de salud, sino que se requiere que las personas puedan desplegar sus capacidades vitales en contextos que favorezcan su desarrollo integral.

En coherencia con esta perspectiva integral, resulta necesario considerar de manera específica la salud mental. El bienestar psicológico, lejos de poder entenderse de forma aislada, está condicionado por las mismas dinámicas sociales que atraviesan la salud en su conjunto. En esta línea, el Instituto de las Mujeres señala que la salud mental está estrechamente vinculada con las condiciones materiales y relacionales del día a día (Instituto de las Mujeres, 2021). Factores como la vivienda, el empleo, las relaciones afectivas o los proyectos vitales influyen en la manera en que se experimenta el bienestar psicológico. En palabras de este organismo, **“la salud mental está relacionada con nuestra forma de vivir, de alimentarnos y cuidarnos, con nuestra vivienda, nuestro trabajo, con la manera en que experimentamos nuestras relaciones y afectos. Con lo que sentimos hacia nosotras mismas, con nuestros proyectos y actividades, nuestro modo de disfrutar y de percibir el mundo, de afrontar los problemas y conflictos que conlleva vivir”** (ibid.). Esta visión resalta la necesidad de analizar la salud mental en conexión con los determinantes sociales que condicionan el acceso al bienestar.

Así, partiendo de estas perspectivas, la salud en general y la salud mental en particular no pueden entenderse al margen del contexto en el que se desarrollan las vidas de las personas. Están condicionadas por un conjunto de factores sociales y estructurales —económicos, culturales, políticos y ambientales— que determinan las posibilidades reales de acceder al bienestar. A estos factores se les denomina **determinantes sociales de la salud**, y constituyen un marco fundamental para explicar por qué existen marcadas diferencias en el estado de salud entre distintos grupos sociales. En este sentido, la OMS recuerda que **“las oportunidades de gozar de buena salud guardan una estrecha relación con las condiciones en que las personas crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen”** (OMS, 2021). Directamente relacionado con este concepto identificamos las **desigualdades sociales en salud**, que se refieren a las diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables en el estado de salud que se dan entre distintos grupos poblacionales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Cofiño, 2017). Es decir, son las diferencias en salud que resultan de los determinantes sociales de la salud cuando son sistemáticas y evitables.

Este planteamiento ha sido ampliamente desarrollado por la propia OMS, que en 2003 publicó el informe “Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados”, que identifica diez elementos que impactan en la salud de las personas y que están relacionados con factores externos y estructurales: la pendiente social, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, la adicción, la alimentación y el transporte (OMS, 2003). El documento pone de manifiesto que las trayectorias vitales de las personas están modeladas por estas condiciones y que las diferencias en su distribución generan desigualdades persistentes y acumulativas en el bienestar.

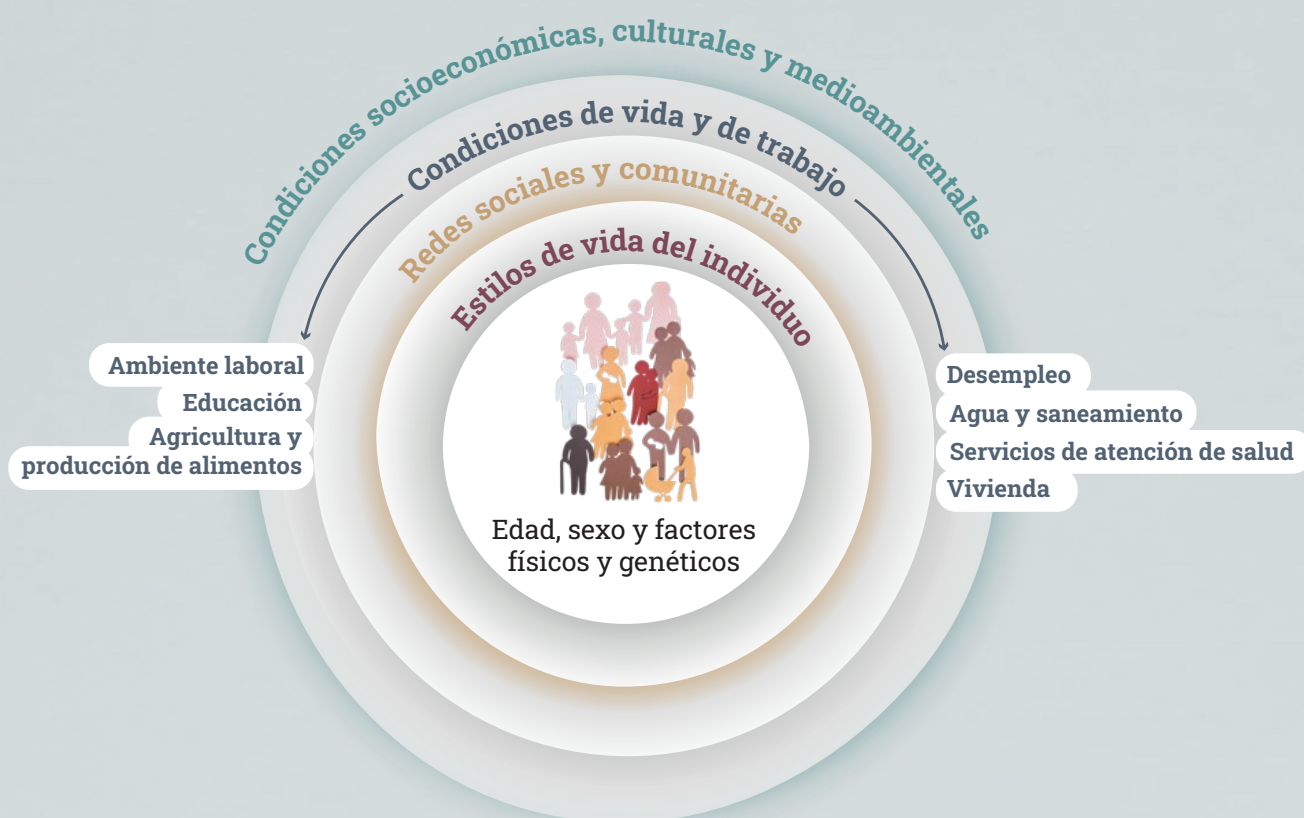
Reconocer la centralidad de estos factores implica desplazar el foco del análisis desde la esfera puramente individual hacia los determinantes estructurales que configuran el acceso a oportunidades, y constituye un paso imprescindible para orientar políticas públicas capaces de reducir brechas y avanzar hacia una mayor equidad.

En esta misma línea, el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) ofrece una representación visual ampliamente utilizada para comprender cómo distintos niveles de influencia se articulan en la configuración de la salud (véase Figura 1). En el núcleo se encuentran los factores individuales —edad, sexo y constitución física— que, lejos de ser determinantes únicos, se ven condicionados por los estilos de vida. Estos, a su vez, están mediados por las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo, y, en un nivel más amplio, por los contextos socioeconómicos, culturales y medioambientales. El esquema permite visualizar como **los determinantes de la salud no operan de manera aislada, sino interconectada, y que su peso se intensifica en función de cómo interactúan a lo largo del curso vital.**

En esta misma dirección, evidencias científicas demuestran cómo la salud de las personas no viene determinada de forma exclusiva, ni si quiera predominante, por aquellos elementos que están bajo su control inmediato. Sino que, al contrario, **condiciones como la educación, el empleo, el acceso a recursos, etc. actúan como determinantes estructurales con un fuerte impacto en la vida y salud de las personas: “nuestras elecciones dependen de nuestras opciones”** (Ruiz Marcos et al., 2021).



Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud. Adaptado de Dahlgren & Whitehead (1991).



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

Así, elementos estructurales como la clase social, el género, la edad, la etnia o el territorio definen el marco de oportunidades en el que se desarrollan las trayectorias vitales, influyendo en el acceso a los determinantes intermedios —recursos materiales, servicios de salud o estilos de vida— y generando desigualdades persistentes.

3. INTERSECCIONALIDAD Y SALUD MENTAL

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el concepto y la aproximación que ofrecen los determinantes sociales de la salud guarda una fuerte relación con la perspectiva que aporta la interseccionalidad. El concepto de interseccionalidad ha adquirido un lugar central en los estudios contemporáneos sobre desigualdad al evidenciar que **las categorías sociales — entre otras— no actúan de forma aislada, sino que se entrecruzan configurando posiciones sociales específicas y experiencias diferenciadas de exclusión** (Crenshaw, 1989; Lopez y Padilla, s.f.). Esta perspectiva cuestiona los enfoques unidimensionales y propone comprender las desigualdades como el resultado de dinámicas simultáneas y estructurales de poder.



En el ámbito de la salud pública, la interseccionalidad constituye una herramienta analítica decisiva para comprender cómo los determinantes sociales de la salud (Dahlgren & Whitehead, 1991) operan de manera acumulativa y combinada. El bienestar psicológico no puede explicarse únicamente por la influencia de factores individuales, sino que se ve condicionado por la interacción entre condiciones materiales, relaciones de género, discriminación étnica,

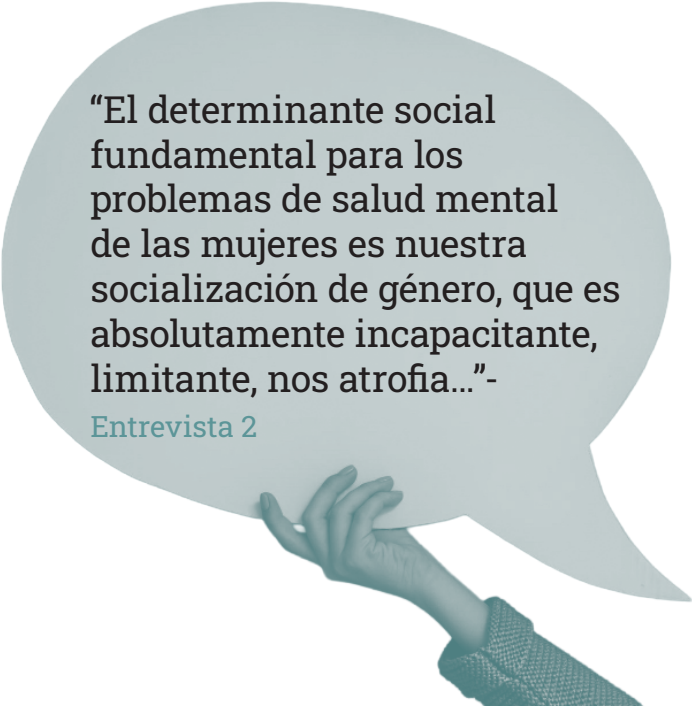
situación administrativa, presencia o no de discapacidades, edad, etc. Este enfoque no solo permite identificar patrones generales de desigualdad, sino también los mecanismos concretos que sitúan a determinados colectivos en posiciones de mayor vulnerabilidad sanitaria, así como un acercamiento más preciso a las necesidades y capacidades específicas de los diferentes grupos sociales (Arias-Uribe et al., 2023).

Esto tiene implicaciones no solo conceptuales, sino también normativas y políticas. Reconocer que las desigualdades en salud mental emergen del cruce de múltiples ejes de subordinación obliga a diseñar políticas y programas que integren esta complejidad en su concepción y ejecución. Ello implica desplazar el análisis de marcos reduccionistas hacia una comprensión estructural de los procesos que generan inequidad y, en consecuencia, hacia respuestas más ajustadas y efectivas.

En coherencia con este planteamiento, los apartados siguientes examinan tres vectores fundamentales —(3.1) género, (3.2) migración y (3.3) pobreza— analizados como dimensiones interdependientes que, en su entrelazamiento, estructuran desigualdades persistentes en la salud mental y condicionan de manera significativa el acceso al bienestar. La selección de estos tres elementos se debe a las especialmente significativas relaciones que se han identificado en la investigación en correlación con la salud mental. Como se ha expuesto en apartados anteriores, **el género y las condiciones socioeconómicas** son un elemento fundamental que tener en cuenta al hablar de salud mental. Al mismo tiempo, **los cuidados**, entendidos en su sentido más amplio y que se abordará a continuación, han mostrado también tener importantes implicaciones, siendo fundamental introducir la cuestión de la migración por la relación que existe en el estado español con las labores de cuidados, así como por la especial situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas migrantes.

Así, las relaciones entre estos tres elementos son un punto fundamental para poder abordar de una forma holística la salud mental entre las mujeres, atender a las diferentes casuísticas y particularidades, y desarrollar estrategias y políticas eficientes y eficaces.

3.1. GÉNERO Y SALUD MENTAL



“El determinante social fundamental para los problemas de salud mental de las mujeres es nuestra socialización de género, que es absolutamente incapacitante, limitante, nos atrofia...”-

Entrevista 2

Dentro del gradiente social¹, el género se configura como un eje central de desigualdad que afecta de manera decisiva a la salud mental, entendido éste como un sistema que mantiene y perpetúa un sistema de poder desigual entre hombres y mujeres. Numerosos estudios han documentado que **las mujeres soportan una carga específica y acumulativa de malestar psicológico vinculada tanto a desigualdades materiales como a desigualdades simbólicas y relacionales** (Borrell et al., 2004; Apuntes de Psicología, 2025).

En este sentido, hay varios elementos vinculados con esta subordinación material y simbólica de las mujeres que es importante señalar. El sistema de poder que marcan las sociedades patriarcales sitúa a las mujeres en una posición de subordinación social, lo que implica que los trabajos, roles y funciones que se les asignan reciben menor legitimidad y valor social que aquellos atribuidos a los hombres.

En el plano material, podemos identificar cuatro elementos fuertemente interrelacionados entre sí: el mercado laboral, las dificultades económicas, las funciones reproductivas, de cuidados y trabajo doméstico, y la pobreza de tiempo.

1 Se entiende desde esta investigación que el gradiente social no establece una progresión lineal perfecta en el acceso a los recursos de salud, sino que las personas en situación de mayor vulnerabilidad social y económica se enfrentan a barreras y limitaciones mayores y diferenciadas (O'Donnell et al, 2016).

El mercado laboral. La división sexual del trabajo conlleva que aquellos trabajos en los que hay una mayor presencia de mujeres estén más precarizados y presenten peores condiciones laborales, tanto en términos de retribuciones salariales, como tipos de jornadas. Esto resulta en empleos con peores condiciones para el desarrollo de una vida con salud en todos los sentidos —como los trabajos de cuidados remunerados—.

“Las mujeres estamos trabajando de manera sistemática en ocupaciones feminizadas peor reconocidas, peor valoradas y peor pagadas”-Entrevista 1

Por otra parte, existe una segregación horizontal y vertical del trabajo, teniendo las mujeres un menor acceso a puestos de poder, lo que tiene como consecuencia la conocida brecha salarial. Asimismo, el acoplamiento entre la vida privada y pública a la que se enfrentan las mujeres —por la atribución a las mujeres de los trabajos de cuidados no remunerados— presenta mayores dificultades y peores niveles de salud que la que tienen los hombres debido a las dobles y triples jornadas —éstas se refieren a la compaginación del trabajo remunerado con el no remunerado—. Esta vinculación entre el mercado laboral y la salud mental se incrementa si hablamos de situaciones de desempleo, donde se identifica más claramente una relación entre la situación de desempleo y mala salud mental.

“Perder el trabajo es una de las causas más importantes de problemas de salud mental” -Entrevista 1

Todos estos elementos tienen como consecuencia la feminización de la pobreza, que a su vez se plasma en menores cotizaciones y garantías de una vejez digna. Asimismo, no puede dejar de señalarse cómo esto se relaciona con **las funciones reproductivas, de cuidados y trabajo doméstico**, realizadas mayoritariamente por las mujeres y que conllevan que éstas asuman de forma mayoritaria jornadas parciales, bajas por cuidados de personas dependientes... —según la EPA, en torno al 92 % de las personas ocupadas a tiempo parcial por “cuidado de niños o de adultos enfermos, incapacitados o mayores” durante el segundo trimestre del 2025 fueron mujeres (INE, 2025)—, así como la renuncia en ocasiones al trabajo productivo por dedicarse a tareas de cuidados no remunerados.

En este sentido, resulta clave señalar la situación de especial vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres que ejercen trabajos de cuidados remunerados, pues la división sexual del trabajo mencionada con anterioridad provoca que habitualmente sean trabajos mal pagados, poco reconocidos, y realizados por mujeres generalmente en situación de vulnerabilidad, con situaciones de precariedad muy manifiestas en las que cuentan con pocos derechos reconocidos o disfrutados por parte de las trabajadoras.

Directamente relacionado con el mercado laboral y los trabajos de cuidados no remunerados, nos encontramos con **las dificultades económicas**, las cuales se asocian con grandes malestares en cuestión de salud mental. El nivel socioeconómico de las personas resulta fundamental a la hora de hablar de salud mental, pues el riesgo de pobreza y/o exclusión social a lo largo de la vida tiene impacto a muchos niveles. La pobreza y/o la vulnerabilidad supone un menor capital, tanto material como social. Esto deriva en diferencias en la capacidad de acceso y/o seguridad para el uso y obtención de recursos, información, así como en redes sociales y de apoyo más limitadas.

En esta misma línea, destaca **la pobreza de tiempo**, muy vinculada a los usos del tiempo. La pobreza de tiempo se entiende como la falta de tiempo propio después de contabilizar el obligado de trabajo, cuidados, desplazamientos... Esta es muy superior entre las mujeres por la cantidad de tiempo desproporcionado dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerados. Esto, a su vez, afecta a la falta de sueño y calidad del mismo, lo que tiene una fuerte implicación en problemáticas relacionadas con la salud mental. **Todos estos**

elementos desembocan en la brecha salarial y la feminización de la pobreza, que limitan las oportunidades vitales y generan una exposición sostenida a la inseguridad económica (Urbano, 2024; Carrasco, Navarro y Sibony, 2025). Cómo estos elementos se combinan (y malcombinan) perjudican a las mujeres, no sólo en términos económicos, sino también de autonomía, tejido social, bienestar emocional, físico y psicológico...

Tras analizar los elementos del plano material, a continuación, se presentan aquellos factores del plano simbólico y relacional detectados en la investigación. Así, destacan la sobrecarga de cuidados no remunerados, la violencia de género, la discriminación en los servicios de salud y el rol subalterno de las mujeres. Estos elementos y cómo se relacionan entre sí y con las



condiciones materiales reproducen dinámicas de subordinación y exclusión que inciden directamente en la salud mental. Lejos de ser episodios aislados, se entrelazan y configuran un entorno de vulnerabilidad estructural para las mujeres.

“Objetivamente son vidas que generan más sufrimiento emocional”- Entrevista 3

La violencia de género, reconocida por la Organización Mundial de la Salud como un grave problema de salud pública, constituye un ejemplo paradigmático. La evidencia muestra que las mujeres con experiencia en salud mental están expuestas a mayores posibilidades de ser víctimas de violencia, lo que manifiesta una mayor vulnerabilidad (González Aguado et al., 2013; García Santos, 2017). Sin embargo, la detección de estas situaciones sigue siendo deficiente. El estigma asociado a los diagnósticos psiquiátricos, la tendencia a culpabilizar a las víctimas y la falta de credibilidad hacia las mujeres contribuyen a invisibilizar la violencia. Estas dinámicas perpetúan respuestas asistencialistas y fragmentadas, en las que la atención se caracteriza por la discontinuidad y la falta de una perspectiva de género (Cobo et al., 2010). Persisten carencias en la articulación multidisciplinar de los recursos, lo que en la práctica puede dificultar el acceso de algunas mujeres a un buen tratamiento en cuestiones de salud mental en los servicios de violencia de género o a una infra detección de las violencias que sufren en los servicios de salud mental.

De este modo, el análisis de género en salud mental permite evidenciar cómo las relaciones de poder y la organización social del género no solo median el acceso a recursos, sino que actúan como determinantes de primer orden que deben abordarse desde un marco estructural y no meramente clínico. Reconocer esta dimensión resulta clave para diseñar políticas y servicios que incorporen la equidad de género como principio transversal, y hacerlo desde un modelo que tenga en consideración la situación de especial vulnerabilidad socioeconómica en la que la estructura social, laboral y simbólica sitúa a las mujeres.

3.1.1. ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

“Compaginar vida laboral y familiar es un coste para las mujeres porque los hombres no tienen que hacer un esfuerzo adicional para compaginarlo. Por tanto, tenemos la doble jornada, mucha presión, sobrecarga de trabajo, presión de tiempo y, por tanto, impacto en las desigualdades de género, en el sentido de que afecta desproporcionadamente a las mujeres”- [Entrevista 1](#)

A la luz de lo anterior, un ámbito central donde se materializan estas desigualdades de género con especial impacto en la salud mental son los cuidados, tanto los remunerados como los no remunerados. Lejos de ser un elemento periférico, el cuidado constituye la base misma del sostenimiento de la vida, englobando todas aquellas actividades que permiten que las personas puedan desarrollarse y mantener su bienestar cotidiano (Carrasco, 2005; Pérez Orozco, 2005). Sin embargo, estas tareas han sido históricamente invisibilizadas, naturalizadas e infravaloradas, relegadas al espacio privado y asociadas de manera casi exclusiva al rol femenino.

Esta asignación no responde a una predisposición “natural” de las mujeres, sino a procesos de socialización de género que las configuran como “ser-seres para” otros —tal como señaló Basaglia (1983)—, reforzando la expectativa de que sean ellas quienes asuman de manera prioritaria el cuidado doméstico, familiar y comunitario. De este modo, el trabajo reproductivo y de cuidados se consolida como una obligación implícita y no reconocida, lo que contribuye a su invisibilización y a la falta de valoración social y económica. Estos cuidados suponen el sostén del sistema económico actual: sin los trabajos realizados de forma no remunerada, fuera de mercado —o remunerada, dentro del mercado, a través de empleos precarizados y asumidos de forma mayoritaria por mujeres en situación de vulnerabilidad—, por parte de las mujeres, la vida y el sistema económico actual no se sostendrían.

La economía de los cuidados se entiende, por tanto, como aquellas labores que han realizado históricamente las mujeres de forma no remunerada, y que han estado circunscritas al ámbito privado de los hogares y las familias.

Figura 2. La economía de los cuidados: lo visible y lo invisible (adaptación de la infografía del mismo nombre de Emma Gascó)



Esta socialización y roles de género provocan que las mujeres estén orientadas al sostenimiento de las redes, vínculos e interacciones sociales. Si bien esto tiene un efecto protector en muchos niveles, no tiene el mismo valor social ni de mercado, lo que continúa posicionando a las mujeres en un rol devaluado.

Una parte muy importante del trabajo de cuidados y doméstico es la denominada "carga mental", entendida como todas aquellas cuestiones relacionadas con la logística de los cuidados, desde la organización, planificación y coordinación de las tareas de cuidados. Esta es la parte más invisibilizada de un trabajo ya de por sí invisibilizado. Además,...

"es un trabajo que no tiene límites, se expande a lo largo de toda la existencia, se cuela en todas las esferas"- Entrevista 3

...lo que provoca que su impacto en la salud emocional de las mujeres sea considerable y difícil de identificar. Esta afectación, tanto al bienestar psicológico como a la salud mental, se ve incrementada en el caso de las mujeres en situación de pobreza y/o exclusión social, debido a la situación continuada de emergencia y la necesidad de atender a las dificultades económicas de manera sostenida.

Por otra parte, no pueden dejar de mencionarse las condiciones físicas que, a partir de ciertas edades, genera el deterioro físico de la provisión de cuidados, y que tiene impacto en la salud mental de las mujeres. Así, hay una serie de consecuencias físicas que reporta el hecho de haberse hecho cargo de forma mayoritaria de los cuidados durante el transcurso de la vida y que impacta necesariamente en la salud mental de las mujeres.

Los cuidados y su organización social son también uno de los escenarios en los que las inequidades de género se expresan con mayor crudeza. Diversos organismos internacionales han señalado que la mayor parte del trabajo reproductivo recae sobre las mujeres, quienes soportan dobles y hasta triples jornadas al compatibilizar el empleo remunerado con las responsabilidades domésticas y de cuidado. **Esta sobrecarga se traduce en un incremento sostenido de la precariedad material y la feminización de la pobreza, lo que su vez deriva de manera directa en un mayor riesgo de estrés, ansiedad y malestar psicológico.** Según estimaciones de la ONU Mujeres (2015), los trabajos de cuidados no remunerados pueden llegar a representar entre el 10 % y el 39 % del PIB, lo que da cuenta de su magnitud económica y del profundo contraste entre su relevancia social y su infravaloración en términos de reconocimiento y derechos.

Cuando hablamos de trabajos remunerados, nos encontramos con que la precariedad en este sector no solo se vincula a la ausencia de remuneración adecuada, sino también a la falta de estabilidad laboral y a la inexistencia de marcos de protección social para quienes lo desempeñan. El informe *Subsanar desigualdades* de la OMS (2025) señala que la garantía de empleo seguro, condiciones laborales justas y equilibrio entre vida laboral y personal son determinantes fundamentales de la salud, tanto física como mental. Sin embargo, en el caso de las trabajadoras del sector de cuidados —la mayoría mujeres migrantes— estas condiciones suelen estar ausentes. Como recuerda la OMS (ibid.) “las formas en las que la discriminación intersecciona y se acumula se pueden relacionar con los colectivos de mujeres trabajadoras migrantes y de otras etnias minorizadas, que están frecuentemente sobrerrepresentadas en estos trabajos en la parte inferior de la cadena de cuidados, privados de sistemas de protección y derechos”.

En este sentido, es fundamental tener en cuenta la intersección género-clase, pues...

“compaginar la vida laboral y familiar no es lo mismo para una dependiente de H&M que para una médica”-

Entrevista 1

La carga de cuidados y todos los elementos asociados afectan más a las mujeres, y más a las que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Esto se debe, fundamentalmente, a que aquellas que se encuentran en clases sociales más cualificadas, con mejores condiciones socioeconómicas, tienen la posibilidad de cubrir estas necesidades en el mercado a través de diferentes servicios y mecanismos. Así se establecen las denominadas “cadenas globales de cuidados”, a través de las cuales las mujeres de otros orígenes cubren las necesidades de cuidados de la población local, dejando las propias necesidades de cuidados de sus familias sin cubrir y asumiendo situaciones laborales mayoritariamente precarizadas y con inseguridad.

En definitiva, la economía de los cuidados constituye un espacio privilegiado para observar cómo los roles de género, los procesos de invisibilización y la precariedad laboral interactúan en la producción de desigualdades en salud mental. Incorporar esta dimensión en el análisis resulta imprescindible no solo para visibilizar la carga desigual que soportan las mujeres, sino también para cuestionar un modelo social que descansa sobre una distribución inequitativa de las responsabilidades reproductivas y de sostenimiento de la vida.





3.2. PROCESOS MIGRATORIOS Y SALUD MENTAL

“Todas venimos de diferentes territorios, también expulsadas cada una por la misma razón que nos aceptan aquí; que es la cadena global de cuidados, aunque seamos profesionales en nuestros países, aquí somos la nada”- [Persona 4, cita literal extraída del foro realizado en el contexto de la investigación](#)

Por otro lado, en la misma línea de análisis de los determinantes sociales de la salud, realizar un proceso migratorio constituye un determinante estructural que introduce condicionantes específicos en las trayectorias vitales y reconfigura las posibilidades de bienestar. No se trata únicamente de un cambio geográfico, sino de un proceso profundamente atravesado por relaciones de poder, dinámicas de exclusión y dispositivos institucionales que sitúan a las personas migrantes en posiciones de desventaja. Al igual que el género produce posiciones diferenciadas de riesgo y de acceso a recursos, el hecho

migratorio delimita un campo de vulnerabilidad estructural que repercute de manera directa en el bienestar mental. Así, las condiciones de escasez material y de falta de derechos a las que se enfrentan en muchas ocasiones las personas con experiencia en migración, provocan malestar tanto físico como mental, repercutiendo en la salud de las personas que lo sufren.

La literatura ha documentado de forma consistente que las personas migrantes presentan tasas más elevadas de ansiedad, depresión y otros trastornos psicosociales, **no tanto como consecuencia del “acto migratorio” en sí mismo, sino de las condiciones sociales de recepción:** precariedad laboral, falta de vivienda segura, obstáculos para acceder a servicios de salud culturalmente adecuados y experiencias recurrentes de racismo y discriminación (OMS, 2009; Bhugra, 2004; Ingleby, 2012). Estas barreras no solo generan un estrés acumulativo, sino que erosionan la sensación de pertenencia y reconocimiento, configurando un terreno fértil para el aislamiento y el sufrimiento psíquico.

Un aspecto central es el carácter acumulativo y sinérgico de las desventajas. Estudios recientes han mostrado que las personas migrantes suelen situarse en la intersección de múltiples vulnerabilidades —precariedad económica, irregularidad administrativa, barreras idiomáticas y redes de apoyo limitadas— que, combinadas, amplifican de manera significativa el riesgo de deterioro en la salud mental (Viruell-Fuentes et al., 2012; Missinne & Bracke, 2012). En el caso de las mujeres migrantes, este efecto se intensifica de forma notable: a las desigualdades de género se conjugan con las migratorias y las socioeconómicas, configurando escenarios de opresión intensificada que restringen sus posibilidades de bienestar (Crenshaw, 1989). A su vez, numerosos estudios han señalado que la concentración de mujeres migrantes en el trabajo de cuidados y en sectores altamente precarizados las expone a condiciones laborales inestables y con escasa protección social (Ingleby, 2012; OMS, 2009). Esta situación se combina con dinámicas de discriminación étnica y de género que limitan el acceso a vivienda, empleo digno y servicios básicos, lo que incrementa de manera sostenida el riesgo de ansiedad, depresión y malestar psicológico (Bhugra, 2004; Carta et al., 2005).

A ello se suma la invisibilización de estas experiencias en los marcos institucionales. La atención en salud mental continúa respondiendo en gran medida a un modelo androcéntrico que universaliza experiencias concretas y que no incorpora de forma sistemática ni la perspectiva de género ni las particularidades asociadas a la condición migrante (Missinne & Bracke, 2012). En consecuencia, muchas mujeres se encuentran con barreras adicionales para ser escuchadas, comprendidas y atendidas, lo que agrava la sensación de aislamiento y contribuye a la cronificación del malestar.

3.3. POBREZA Y SALUD MENTAL

“Que la salud mental sea una prioridad política, porque las consecuencias de las condiciones materiales producto de un sistema capitalista se patologizan y se medica el estrés laboral en vez de mejorar las condiciones de trabajo”- **Persona 3, cita literal extraída del foro realizado en el contexto de la investigación**

Los problemas de salud mental presentan un claro gradiente social: las personas situadas en posiciones socioeconómicas más desfavorecidas muestran un riesgo notablemente mayor de malestar psicológico, depresión y otros trastornos en comparación con quienes viven en contextos de mayor seguridad y recursos (López y Laviana, 2024). Estas diferencias no pueden atribuirse al azar ni a características individuales, sino que se explican por la distribución desigual de recursos, la calidad del entorno y la solidez de las redes de apoyo. De este modo, los determinantes sociales operan de forma interdependiente y generan efectos acumulativos que se traducen en desigualdades persistentes según la posición social.

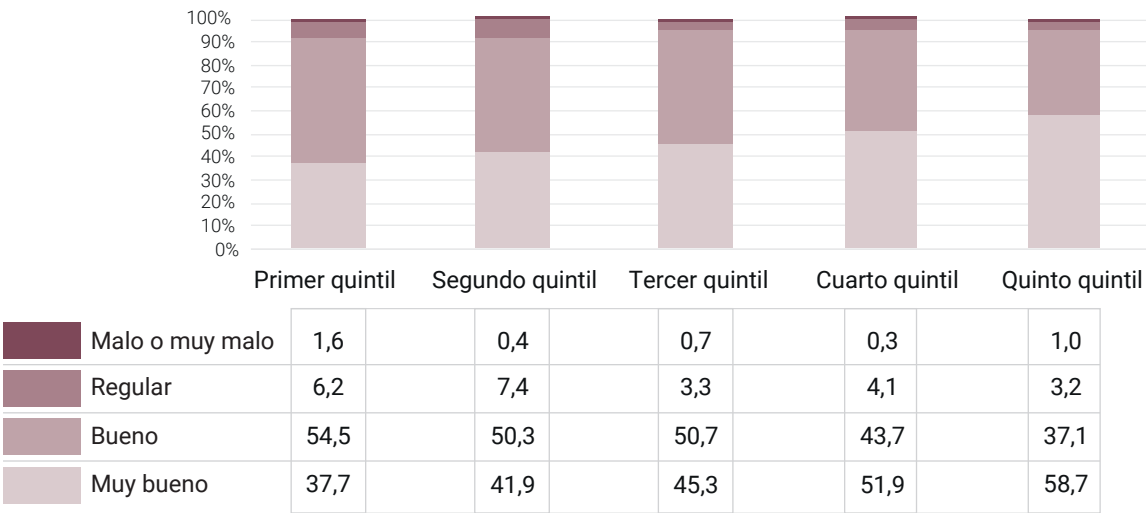
La pobreza constituye uno de los determinantes sociales más reconocidos en el ámbito de la salud y ha sido señalada de manera reiterada como un obstáculo estructural para el ejercicio efectivo del derecho al bienestar físico y mental. Su impacto trasciende la falta de ingresos, ya que se manifiesta en limitaciones sostenidas en el acceso a vivienda adecuada, empleo digno, servicios de salud y protección social, entre otros. Estas carencias generan un entorno de vulnerabilidad que repercute directamente en la salud mental y que se intensifica al interactuar con otros ejes de desigualdad, como el género o la migración.

La pobreza debe entenderse, por tanto, como un **entramado de restricciones estructurales que afectan simultáneamente a los recursos materiales, las oportunidades vitales y el reconocimiento social.** En este sentido, se entiende la pobreza como un conjunto de capacidades para desarrollar no sólo aquellas cuestiones más vinculadas a la vida como la alimentación o los desplazamientos, sino con aspectos del ser más complejos, como lograr el respeto propio y/o tomar parte en las actividades de la comunidad, entre otros (Sen, 1989). Factores como la inseguridad habitacional, la precariedad laboral, las dificultades de acceso a servicios básicos y la estigmatización vinculada a la pobreza configuran un escenario de riesgo sostenido para el bienestar psicológico. No se trata únicamente de un malestar inmediato: estas condiciones erosionan las redes de apoyo, limitan la capacidad de proyectar el futuro y restringen el ejercicio efectivo de derechos.

Introduciendo también la variable de la salud, los datos de Eurostat (2024), que recogen la autopercepción de salud de la población europea desagregada por género y nivel de ingresos, existe un gradiente claro: cuanto mayores son los recursos económicos de un hogar, mejor es la valoración subjetiva de la salud. La medición se organiza en quintiles de renta —es decir, en cinco grupos que dividen a la población desde el 20 % con menores ingresos hasta el 20 % con mayores recursos, siendo el primer quintil el que presenta menores niveles de renta—.

En el año 2024 en España, en el quintil inferior, sólo el 37,7 % de las personas declara tener una salud “muy buena”, frente al 58,7 % del quintil superior. En esta misma línea, hay una mayor proporción de personas que declaran tener “mala o muy mala” salud entre las personas con menores niveles de renta. Como se puede ver en el gráfico 1, la autopercepción de la salud es, en términos generales, peor entre aquellas personas con ingresos más bajos respecto a aquellas con ingresos más altos.

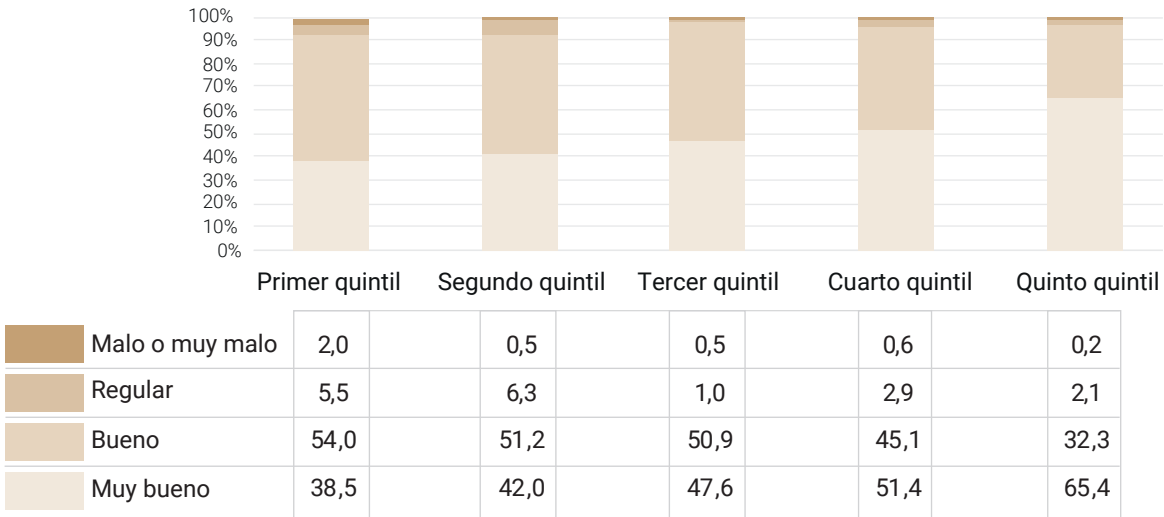
Gráfico 1. Autopercepción de la salud entre la población española según quintil de renta.



Fuente: Eurostat, 2024

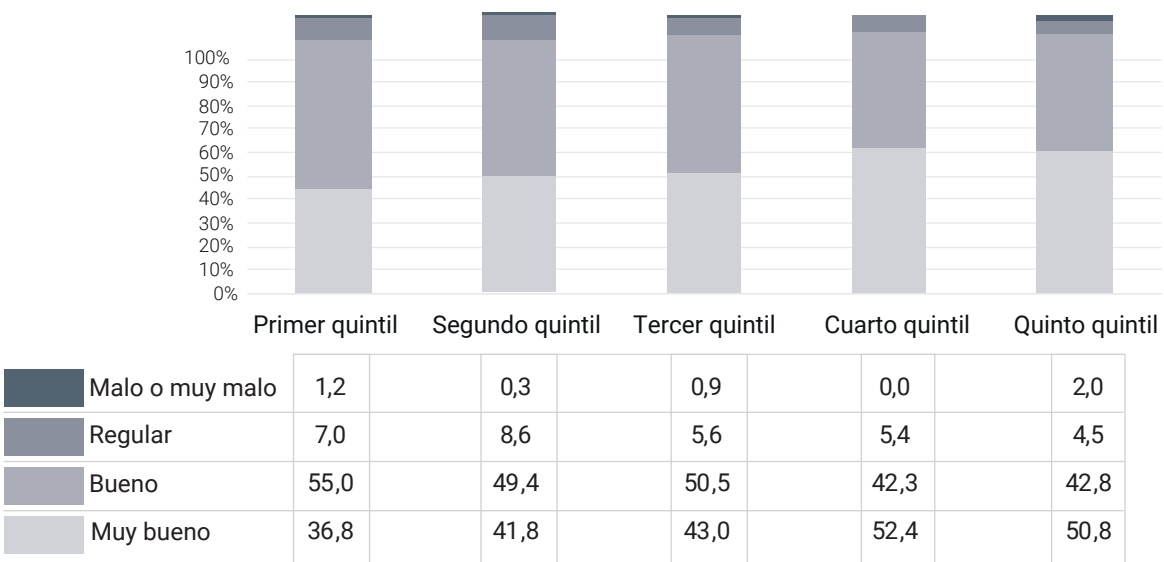
Esta diferencia vemos que se mantiene si diferenciamos entre géneros (gráficos 2 y 3). Así, los hombres presentan, independientemente del quintil de renta, una mejor autopercepción de la salud que las mujeres. Ellos presentan mejores cifras en una autopercepción de la salud “muy buena” y “buena” en todos los quintiles, a excepción del primer y último quintil entre ellas, que presentan una autopercepción “buena” superior a la de los hombres. Destaca también una percepción “regular” muy superior entre las mujeres respecto a los hombres en todos los quintiles de renta, con una diferencia de hasta 4,6 puntos porcentuales.

Gráfico 2. Autopercepción de la salud entre los hombres españoles según quintil de renta.



Fuente: Eurostat, 2024

Gráfico 3. Autopercepción de la salud entre las mujeres españolas según quintil de renta.



Fuente: Eurostat, 2024

El mismo patrón se observa en la prevalencia de síntomas depresivos, otro indicador recogido en las encuestas de salud. En el quintil inferior, para el caso español el 12,9 % de las mujeres y el 10 % de los hombres manifiestan malestar psicológico, mientras que en el quintil superior las cifras descienden al 5,2 % y al 3,2 %, respectivamente.

Tabla 1. Síntomas depresivos en España según sexo y quintiles de renta

SEXO	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
	Síntomas depresivos	Síntomas depresivos graves	Otros síntomas depresivos	Síntomas depresivos	Síntomas depresivos graves	Otros síntomas depresivos	Síntomas depresivos	Síntomas depresivos graves	Otros síntomas depresivos
TOTAL	7,0	2,7	4,4	5,9	2,2	3,7	8,1	3,2	4,9
Primer quintil	11,6	4,8	6,7	10,0	4,2	5,8	12,9	5,4	7,4
Segundo quintil	8,6	3,4	5,2	7,6	2,9	4,7	9,4	3,8	5,5
Tercer quintil	6,8	2,4	4,4	5,9	1,8	4,1	7,7	3,0	4,7
Cuarto quintil	5,1	1,7	3,4	4,3	1,4	2,9	5,9	2,0	3,9
Quinto quintil	4,2	1,5	2,7	3,2	1,1	2,1	5,2	1,9	3,3

Fuente: Eurostat, 2024

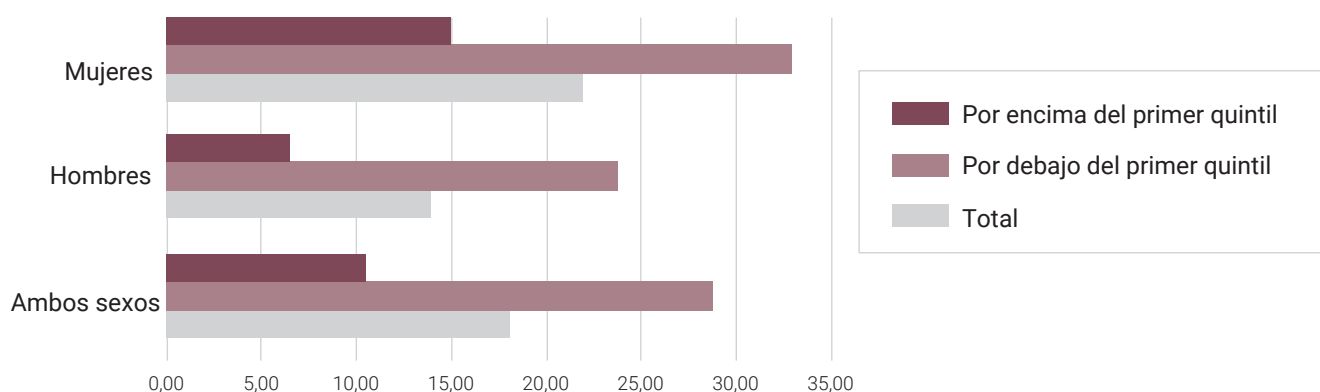
En otras palabras, vivir en condiciones de pobreza prácticamente duplica el riesgo de sufrir depresión, y este efecto se ve agravado en las mujeres. Aunque las diferencias de género tienden a reducirse en los niveles de ingresos más altos, siguen siendo significativas en los contextos de precariedad, donde la desigualdad económica y la de género se refuerzan mutuamente.

En conjunto, estos datos muestran que **la pobreza no actúa de manera aislada, sino en interacción constante con el género y otros ejes de desigualdad**. La renta condiciona tanto la percepción subjetiva de la salud como la prevalencia de síntomas depresivos, y el género introduce un sesgo sistemático que sitúa a las mujeres en una posición más vulnerable.

A ello se suma la evidencia aportada por la Encuesta Nacional de Salud (2017), que permite observar de manera más precisa cómo la interacción entre ingresos y género se traduce en diferencias significativas en el riesgo de mala salud.



Gráfico 4. Porcentaje de “riesgo de mala salud mental” según sexo y nivel de ingresos, año 2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Ministerio de Sanidad / INE.

Como refleja el gráfico anterior, la población de menores ingresos tiene mayor riesgo de enfrentarse a problemáticas relacionadas con la salud mental. De este modo, se reproduce en el plano de la salud mental la correlación con el nivel de ingresos detectada por la encuesta de Eurostat en relación con la autopercepción de la salud mental y los síntomas depresivos. A su vez, también se observa cómo ese riesgo es aún mayor en el caso de las mujeres: el 32,9 % de aquellas que tienen menos ingresos tiene un mayor riesgo de experimentar problemáticas relacionadas con la salud mental, frente al 14,9 % del resto de mujeres. En el caso de los hombres, aunque se da esta brecha, no lo hace con la misma intensidad con la que lo hace entre las mujeres.

La lectura conjunta de ambas fuentes nos muestra que **la pobreza y el género no operan de forma independiente, sino que se entrecruzan en la producción de desigualdades en salud mental**. A menor nivel de ingresos, peor es la autopercepción de salud y mayor la prevalencia de síntomas depresivos, y en todos los casos las mujeres aparecen en una posición más desfavorable. Se trata, por tanto, de una **tendencia estructural que no puede explicarse por factores individuales, sino por la distribución desigual de recursos, derechos y oportunidades**.

En este sentido, el **XV Informe El Estado de la Pobreza** señala que el 26,8 % de las mujeres y el 24,8 % de los hombres se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión social. Esto refleja la persistencia de desigualdades estructurales en la distribución de recursos y oportunidades entre géneros, que derivan en la conocida feminización de la pobreza, un término que acuña la mayor presencia de pobreza y/o exclusión social entre las mujeres respecto a los hombres

Como recuerda la Organización Mundial de la Salud, “la inequidad sanitaria es producto de la distribución desigual del ingreso, los bienes y los servicios y, en consecuencia, de las oportunidades de llevar adelante una vida próspera” (OMS, 2009). En esta línea, el análisis de la pobreza en interacción con el género confirma la necesidad de abordar la salud mental desde un enfoque interseccional y estructural. Ello implica desplazar el foco desde explicaciones centradas en el individuo hacia políticas públicas capaces de reducir las brechas de ingresos, género y acceso a recursos básicos. Solo desde este plano se podrán revertir las desigualdades acumuladas y avanzar hacia una mayor equidad en salud mental.

“Nuestra salud, y la salud mental en particular, se configura gracias a nuestras maneras y oportunidades de vivir”- [Entrevista 1](#)



4. POLÍTICAS PÚBLICAS Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Tal y como se ha constatado en el apartado anterior, la pobreza, el género y la migración interactúan de manera acumulativa en la producción de desigualdades en salud mental. **Estas dinámicas no son inevitables ni naturales, sino que responden a condiciones estructurales que pueden ser modeladas por la acción política.** De ahí que resulte imprescindible situar a las políticas públicas en el centro del análisis, como uno de los determinantes fundamentales que configuran el bienestar y las posibilidades de vida de las personas.

La literatura internacional ha demostrado con claridad que los determinantes sociales de la salud —las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen— están fuertemente mediados por decisiones políticas y económicas (OMS, 2009; 2020). **El acceso a vivienda adecuada, a empleos seguros, a servicios sanitarios universales o a una educación pública de calidad no depende únicamente de elecciones individuales, sino de marcos regulatorios y de políticas distributivas que favorecen o restringen esas oportunidades. Así, la salud y la enfermedad no pueden entenderse al margen de la organización social, sino como un reflejo de cómo se distribuyen los recursos, los derechos y el poder.**



En este sentido, las políticas públicas operan como un mecanismo ambivalente: pueden reproducir desigualdades o, por el contrario, constituir herramientas eficaces para reducirlas. La Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2009) señaló que la inequidad sanitaria es producto de “la distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios” y que, en consecuencia, corregir esas asimetrías requiere intervenciones estructurales. La evidencia empírica respalda esta afirmación. Investigaciones comparativas muestran que los países que destinan mayores recursos a políticas sociales —como vivienda, empleo, servicios comunitarios y educación— tienden a presentar mejores resultados de salud poblacional y menores brechas socioeconómicas en salud (Bradley & Taylor, 2013; Woolf & Aron, 2013). Estos hallazgos confirman que las políticas sociales son determinantes en sí mismas, y que su efecto puede ser incluso más relevante que el gasto sanitario estrictamente considerado.

La relación entre políticas públicas y salud no se limita a actuaciones en el ámbito sanitario. El enfoque de Health in All Policies, promovido por la OMS y la OPS, insiste en que las decisiones en urbanismo, transporte, políticas fiscales, empleo o medio ambiente tienen efectos directos sobre la salud de la población (PAHO, 2020). Un urbanismo que favorezca el transporte activo y el acceso a espacios verdes mejora la salud física y mental; unas políticas laborales que garanticen seguridad y salarios dignos reducen el estrés crónico; unas políticas de vivienda que prevengan la exclusión habitacional protegen frente a la ansiedad y la depresión. Estos ejemplos ilustran cómo la salud es resultado de un entramado intersectorial y por qué la acción pública debe ser integral y coordinada.

Un aspecto clave es la gobernanza participativa. La evidencia muestra que las políticas diseñadas con la implicación de las comunidades afectadas son más eficaces y sostenibles, pues incorporan conocimientos situados y responden mejor a las necesidades reales (CDC, Healthy People 2030; Ruiz Marcos et al., 2021). La participación no debe entenderse solo como legitimidad democrática, sino como una condición para la eficacia de las intervenciones. Esto es especialmente relevante en el ámbito de la salud mental, donde la proximidad cultural, la confianza en las instituciones y el reconocimiento social son determinantes esenciales.

Finalmente, la intervención pública debe evaluarse siempre desde la perspectiva de la equidad. La pregunta no es únicamente si una política mejora indicadores de salud, sino si lo hace de manera justa, reduciendo las brechas existentes en lugar de ampliarlas. Ello requiere sistemas de seguimiento que integren variables socioeconómicas, de género y de migración, y que permitan identificar qué grupos se benefician y cuáles permanecen en situación de exclusión.



4.1. ¿QUÉ POLÍTICAS PÚBLICAS NECESITAMOS?

Hasta el momento no se ha logrado una implementación efectiva del *mainstreaming* de género en el conjunto de las políticas públicas. En su lugar, se han desarrollado principalmente políticas focalizadas o sectoriales, lo que ha limitado la incorporación sistemática de un análisis de las desigualdades de poder entre hombres y mujeres. En consecuencia, la “perspectiva de género” se ha aplicado de manera parcial y con distinto alcance según los ámbitos. Resulta importante avanzar hacia un enfoque más transversal que tenga en cuenta cómo la distribución desigual de poder y recursos incide en la vida acorde a las diferentes identidades de género. Resulta fundamental volver a poner el foco en cómo afecta la distribución desigual de poder y recursos a todas las cuestiones de la vida de hombres, mujeres y disidencias.

Los informes de impacto de género deben ser la clave para conocer cómo las diferentes políticas y estrategias que se desarrollan impactan de forma diferencial en las personas:

“tenemos vidas muy distintas y por tanto cualquier decisión política va a tener un impacto distinto en nuestras vidas y por tanto en nuestra salud”- [Entrevista 1](#)

Esta visión estructural, sumada a un análisis real y concienzudo que tenga en cuenta la perspectiva de género permite que aquellas problemáticas y desigualdades que enfrentan mujeres, hombres y otras identidades de género relacionadas con los roles y desigualdades de género no se configuren y asuman como factores individuales, sino que les otorga una visión más global y holística a estas cuestiones.

En este sentido, **es fundamental incorporar en los planes y estrategias de una forma efectiva acciones y medidas que desarrollen la perspectiva de género interseccional**. En términos generales, existe una incorporación formal de estas cuestiones, pero aún se necesitan desarrollar procesos que lleven a una aplicación real de este análisis para implementar medidas efectivas.

A lo largo de la investigación se han identificado diferentes elementos que es importante incorporar y/o modificar y que se exponen a continuación, diferenciándose tres niveles:

4.1.1. A NIVEL MICRO

Estos elementos están relacionados con la forma de actuación de los sistemas de salud y el quehacer profesional. En este sentido, existen varias cuestiones que deben tenerse en cuenta:

- » **Formación feminista y en perspectiva de género interseccional**, que permita incorporar la visión y enfoque estructural respecto al género y las desigualdades que provoca en las personas y en las configuraciones sociales. Las y los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental y aquellos campos relacionados deben considerar estas cuestiones de manera estructural e integrada, para ofrecer recursos, servicios y atenciones que consideren y se adapten a las necesidades, capacidades y características de las personas y de las estructuras sociales.
- » **Formación a profesionales de la salud en materia de determinantes sociales en salud y salud comunitaria**, especialmente en el campo de la salud mental. En este sentido, resulta fundamental reconocer los saberes y autonomía de las personas con diagnóstico de salud mental

“Falta bastante más humanidad y escucha, que cuando vayas al médico no vayas con miedo”

“la atención en salud, incluso en la salud física, nos implica desde el primer momento, pero el sistema no deja espacio para poder dialogar, simplemente ordena, prescribe y sanciona si no se actúa como una buena paciente”

- Persona 2, citas literales extraídas del foro de investigación

4.1.2. A NIVEL COMUNITARIO

Es fundamental que las aproximaciones, planes, estrategias, intervenciones y demás herramientas que se realicen en el marco de la salud mental tengan una perspectiva comunitaria. Fomentar y reforzar aquellas estructuras colectivas que permitan a las mujeres entender y dar sentido a su malestar para identificar que el origen de estos no se encuentra en lo individual, sino en lo colectivo/político. Para ello, se propone:

- » **Fomentar la coordinación intra y entre recursos, servicios, entidades y asociaciones.** La atención a la salud no debe hacerse exclusivamente desde los servicios sanitarios, sino que debe coordinarse con otros servicios y puntos del sistema. Este trabajo de colaboración es fundamental para tener una visión holística de las personas y de las posibilidades de intervención y actuación, lo cual cobra todavía más sentido cuando hablamos de mujeres en riesgo de pobreza y/o exclusión social. La salud mental, como hemos visto, está mediada y atravesada por muchas otras cuestiones de la vida de las personas, siendo fundamental por tanto acompañar e intervenir desde diferentes esferas y ámbitos de la vida. **La coordinación debe integrarse como un elemento obligatorio de la buena práctica profesional con una visión a medio y largo plazo.**

“Una demanda que tenemos que hacer a la administración es la interseccionalidad: yo creo que en el caso concreto de las personas con un problema de salud mental la atención no tiene que ser solamente médica, tiene que ser médica, tiene que ser social, tiene que ser educativa... tenemos que exigir que exista una correlación entre todos los agentes implicados y que en el centro esté la persona”- **Persona 1, cita literal extraída del foro de investigación**

Esta coordinación debe darse también entre asociaciones, organizaciones y otras entidades que trabajen con estas temáticas, pues no sólo aporta pensamiento y reflexión colectiva, sino también sentimiento de unión y fortaleza ante objetivos y retos comunes. Además, esta coordinación debe contar con recursos: económicos, de tiempo, de conocimiento, profesionales... para poder desarrollarse de una forma estructurada y generalizada por parte de todas y todos los profesionales.

- » **Reforzar y desarrollar un modelo comunitario.** Esto se establece como un elemento fundamental para la atención integral de las personas,

“porque, ¿cómo vas a integrar en la comunidad si tú no estás en la comunidad? Es imposible”-

Entrevista 2

Es un objetivo que se reconoce en los diferentes planes y estrategias, pero que no termina de materializarse en medidas y herramientas concretas. Es importante, sin embargo, cuando hablamos de la salud comunitaria, tener bien definido y claro el impacto y las limitaciones que pueden tener este tipo de actuaciones. Las acciones comunitarias son muy importantes, resultando esencial actuar a nivel local, pero no se puede dejar de señalar que la participación suele estar circunscrita a un determinado número de personas, que los procesos son muy lentos y que en términos generales tienen un bajo impacto.

“Creo que hace más por la salud comunitaria el aumento del salario mínimo interprofesional que una acción local en la que participan siempre las mismas personas” -

Entrevista 1

Asimismo, también es importante tener en cuenta que la participación de las mujeres está mediada por los cuidados y otros elementos, debiendo tener en cuenta los horarios ofrecidos, la flexibilidad con los mismos, etc. Es importante tener en cuenta la interseccionalidad para detectar aquellos elementos que dificultan la participación de las mujeres en igualdad de oportunidades.

“El ámbito municipal es un ámbito privilegiado para este tipo de cuestiones, de favorecer redes comunitarias de apoyo que en el ámbito de salud mental se ha visto que son muy efectivas a la hora de promocionar y prevenir” -

Entrevista 3

En este sentido, es importante atender y potenciar el ámbito municipal y las experiencias e iniciativas que surgen en los territorios y que pueden mejorar y/o ampliar la atención a la salud mental de las mujeres.

- » **Promover la prescripción social, ocupacional y cultural.** Muy vinculada con la implementación del modelo biopsicosocial y con el enfoque comunitario, es fundamental tener en cuenta el contexto de las personas y sus condiciones materiales, considerando que la salud mental engloba muchas más cuestiones que la enfermedad en sí misma, como las condiciones de vida materiales, el sentimiento de utilidad, la red social, entre otros. La participación en recursos de igualdad, contar con un trabajo que permita cubrir las necesidades de las personas o la participación en agrupaciones comunitarias son elementos que no pueden dejarse de lado cuando se aborda la atención a la salud mental de las mujeres. Asimismo, cobra especial relevancia en aquellos casos en los que se entrecruzan varios elementos de desigualdad y/o discriminación, como es el caso del riesgo de pobreza y/o exclusión social, pues como se ha visto con anterioridad, las situaciones de pobreza afectan y repercuten en todas las esferas de la vida, resultando fundamental atender no sólo a las condiciones materiales, sino también a las sociales y emocionales.
- » **Fomentar la generación de espacios de encuentro entre mujeres.** Se ha identificado a lo largo de la investigación como una buena práctica que resulta beneficiosa para las mujeres participantes, permitiendo no solo colectivizar los malestares, sino también generar conocimiento, reflexión y acciones conjuntas. Dentro de estos espacios, se identifican los grupos de ayuda mutua (GAM), como un posible espacio estratégico para introducir la perspectiva de género en salud mental y que las propias mujeres puedan identificar cómo las desigualdades y discriminaciones de género les afectan en términos de salud mental. En este sentido, se consideran positivos como elementos que permiten colectivizar los malestares e identificar que el origen de estos no es individual. Sin embargo, una cuestión a la que hay que prestar atención y no dejar de señalar, es el peligro de caer en culpabilizar a las mujeres. Estos espacios no pueden sustituir la responsabilidad pública, sino que tienen que ser una estrategia y un mecanismo palanca para desarrollar políticas que realmente supongan un cambio en estas estructuras. Asimismo, no puede dejar de señalarse las dificultades que pueden tener personas en situación de pobreza para formar parte de estos grupos.

4.1.3. A NIVEL ESTRUCTURAL

Se refiere a aquellos elementos que actúan de una manera transversal en las diferentes estructuras que afectan a la atención a la salud mental en el territorio español. Se propone en este nivel:

- » Las administraciones con competencias en salud son quienes están en mejor posición para **aportar evidencia para que las políticas públicas que se desarrollen a nivel estructural** —políticas de trabajo, políticas de cuidados...— **den soporte y evidencia sobre cómo diferentes ámbitos y su distribución desigual entre hombres y mujeres afectan a la salud mental de las mujeres, y qué estrategias y/o enfoques son necesarios para abordar estas cuestiones**. Así, deben desarrollarse a nivel estructural estrategias, normativa y otras herramientas, que partan de un conocimiento exhaustivo y con perspectiva de género y que puedan aterrizar en lo local, teniéndose en consideración las características, capacidades y necesidades de los territorios, pero buscando que las diferencias entre regiones no sean diferencias de acceso a los derechos. Es decir, que a nivel estatal todas las personas cuenten con la cobertura de los mismos derechos y con las mismas obligaciones.
- » Por otra parte, es fundamental **un cambio en el modelo de atención a la salud mental**.

“La buena práctica será siempre que no se haga solo una intervención individual ni médica, biologicista, sino que hagas una intervención psicobiosocial”- [Entrevista 2](#)

Se hace necesario transitar hacia un modelo biopsicosocial que tenga en consideración las condiciones materiales de vida, el sentimiento de utilidad social, la red social y el resto de las cuestiones que impactan sobre la salud mental:

En este cambio de modelo hay que incidir en diferentes cuestiones, como:

“No está hecho el modelo, se habla del modelo en lo teórico, pero no se aterriza”- [Entrevista 2](#)

“Recuperación de la legitimidad de la que somos privadas las personas psiquiatrizadas, por lo que implica el propio diagnóstico, lo que hace que se vulneren nuestros derechos” - *Persona 3, cita literal extraída del foro de investigación*

Resulta fundamental reconocer la autonomía y capacidad de decisión de las personas, fomentando y reforzando su participación en los diferentes momentos y niveles de los acompañamientos e intervenciones que les implican directamente.

- En línea con la coordinación mencionada con anterioridad, es fundamental buscar una mejor transmisión de la información entre profesionales para así evitar que se dé una repetición de la historia y las vivencias por parte de las mujeres.

“La cultura de la medicalización: parece que uno fuera un objeto” - *Persona 4, cita literal extraída del foro de investigación*

se establece como una demanda generalizada, pero problemática, pues tiene muchas implicaciones tanto a nivel estructural como a nivel individual. Es fundamental reforzar la generación de conocimiento en función del género; la desagregación de datos por género permite un mejor conocimiento de cómo son las prácticas de medicalización. Por otra parte, existe un consenso generalizado en la sobremedicalización actual, la cual recae mayoritariamente en las mujeres.

- » **Refuerzo de los servicios públicos.** Como se ha mencionado con anterioridad, las condiciones socioeconómicas de las personas tienen un fuerte impacto en la salud y en la salud mental de las mismas. Así, apostar por servicios públicos, universales y de calidad, especialmente los sanitarios y de cuidados supone la defensa y protección del derecho a la salud de las personas, independientemente de sus capacidades socioeconómicas. Los servicios sanitarios públicos son una herramienta fundamental para la atención a la salud mental de las personas,

ofreciendo una atención gratuita y universal a todas las personas. De forma paralela, los recursos de cuidado que tenemos en España son escasos, con precios muy elevados y una calidad deficiente. Esto provoca sesgos en su acceso, tanto de recursos, como de tiempo y de conocimientos. El fortalecimiento de

“servicios públicos de cuidado accesibles y de buena calidad”- Entrevista 1

supone un elemento clave, pues como se ha visto con anterioridad, el mercado laboral y los cuidados —tanto los remunerados como los no remunerados— tienen un fuerte impacto en la salud mental de las mujeres.

- » **Lucha contra el estigma** que hay en torno a las personas con problemas de salud mental y en situación de pobreza y/o exclusión social. “La sociedad está pensada para la norma” (E2) por lo que, en muchas ocasiones, tener un diagnóstico o una situación de salud mental genera limitaciones en el desarrollo de una vida con un nivel de bienestar adecuado. Este estigma afecta en mayor medida a las personas que se enfrentan a la intersección de más desigualdades, como es el caso de las personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social, las mujeres, las personas racializadas, etc. En estos casos, se suman diferentes situaciones que generan un mayor rechazo, invisibilización y señalamiento por parte de la sociedad normalizada. Esto afecta o puede afectar a las esferas emocional, social y material de las personas; desde sentimientos de soledad y aumento del malestar, hasta discriminaciones en el acceso al mercado laboral y/o la vivienda.

4.2. EN SÍNTESIS

A lo largo del presente informe y de la investigación de la que parte, se han identificado **el género, la pobreza y la migración como desigualdades estructurales con especial relevancia en la salud mental de las mujeres** en el territorio español. Por otra parte, se ha compartido la importancia de **atender a aquellas cuestiones que influyen en la salud mental de las personas** y que tienen relación tanto con cuestiones relacionadas con la vivienda, el empleo, la educación y los servicios públicos, entre otros. Así, la salud mental se constituye como un conglomerado de elementos que **interaccionan de forma multidimensional** con los diferentes planos y elementos de la vida de las personas, y que lo hace de formas diferenciadas y específicas en función del género, la renta, la edad...



Estos desequilibrios no son naturales, sino que tienen un **carácter estructural** fruto de la organización y configuración social, así como de las decisiones políticas y económicas. Las políticas públicas tienen la capacidad de reducir o reproducir estas inequidades a través de su acción, y es fundamental que partan e implementen un **enfoque interseccional**, en que se de una coordinación entre diferentes ámbitos como urbanismo, transporte y/o empleo. En este sentido, la incorporación de la **transversalidad de género** debe reconocerse como una prioridad, desarrollándose informes de impacto de género que realmente permitan atender a las especificidades que enfrentan hombres y mujeres.

A nivel micro se debe apostar por **formaciones en perspectiva de género e interseccionalidad, con un enfoque biopsicosocial** y fomentando el respecto a la autonomía de todas las personas. El nivel comunitario resulta un eje prioritario para reforzar la coordinación entre servicios; a través del fortalecimiento de las redes comunitarios y espacios de encuentro para mujeres se puede desarrollar la prescripción social y cultural, al tiempo que romper con la visión de la salud mental como una problemática individual, atendiendo a las causas estructurales de la misma. Por último, **a nivel estructural, se deben reforzar las políticas laborales y de cuidados**, así como los servicios públicos universales, que permiten atender a la salud mental de las personas de una forma más equitativa, garantizando los derechos y la equidad en todos los territorios del estado español. Como elemento transversal, **combatir el estigma** que continúa presente en torno a las problemáticas de salud mental y la pobreza es un objetivo clave para abordar de una manera eficaz y que no refuerce los estereotipos y discriminaciones que afectan a los colectivos más vulnerables.

La salud mental no puede entenderse exclusivamente como un asunto individual, sino que es un reflejo de las desigualdades estructurales presentes en la sociedad. Por ello, las políticas públicas deben orientarse a transformar las condiciones materiales, sociales y simbólicas que afectan a las personas y las posicionan en situaciones de desigualdad y vulnerabilidad.

5. BIBLIOGRAFÍA

- » Arias-Urión, A., Henao, J., & López, R. (2023). *Interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar desigualdades en salud*. Revista Panamericana de Salud Pública, 47, e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.24>
- » Basaglia, F (1983). *Mujer, locura y sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla.
- » Bradley, E. H., & Taylor, L. A. (2013). *The American health care paradox: Why spending more is getting us less*. PublicAffairs.
- » Carrasco, C. (2005). La paradoja del cuidado: necesario pero invisible, *Revista de Economía Crítica*, nº 5. marzo de 2006, pp 39-64.
- » Carrasco, R. C., Navarro, M. R. y Sibony, R. (2025). *La feminización de la pobreza*. Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Junta de Andalucía.
- » Cobo, J., Muñoz, R., Martos, A., Carmona, M., Pérez, M., Cirici, R. & García-Parés, G. (2010) *La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales?*, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(2): 61-67.
- » Cofiño Fernández, R. (2015). *Los determinantes sociales y el bienestar de nuestra comunidad: las narrativas de los barrios en nuestros cuerpos*. *Revista Española de Drogodependencias*, 42 (4) 66-78.
- » Comisionado de Salud Mental, Ministerio de Sanidad, (2025). Plan de acción de salud mental 2025-2027, Ministerio de Sanidad.
- » Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- » Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- » Eurostat (2019). *Population and social conditions* [database]. Recuperado de: [Statistics | Eurostat](#)
- » Fundación CEPAIM (2021). Carga mental y emocional de los cuidados: ¿la última frontera?. Disponible en: [Carga mental y emocional de los cuidados: ¿la última frontera? | CONVIVE Fundación Cepaim](#)
- » García Santos, A. (2017). *Guía Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental*. FEDEAFES (Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental)

- » González Aguado, F., González Cases, J., López Gironés, M., Olivares Zarco, D., Polo Usaola, C. & Rullas Trincado, M. (2013). *Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave*. Norte de salud mental, vol. XI, n° 45: 23-32.
- » Ingleby, D. (2012). Ethnicity, migration and the 'social determinants of health' agenda. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 331–341. <https://doi.org/10.5093/in2012a29>
- » Instituto de las mujeres (2021). *Salud XV: La Salud Mental de las Mujeres*, Guías de Salud. Disponible en: [Instituto de las Mujeres - Publicaciones](#)
- » Instituto Nacional de Estadística (INE). (2025). *Encuesta de Población Activa (EPA). Mercado laboral: actividad, ocupación y paro*. INE. <https://www.ine.es>
- » International Labour Organization (ILO). (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. ILO. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_633135/lang-en/index.htm
- » López Ruiz, V. & Padilla Bernáldez, J. (coords) (s.f.) *Salubrisimo o barbarie. Un mapa entre la salud y los determinantes sociales*. Atrapasueños.
- » Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid.
- » Missinne, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: A population-based study in 23 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 97–109. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0321-0>
- » O'Donnell, P., Tierney, E., O'Carroll, A. et al. (2016). Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. *Int J Equity Health*, 15, 197. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0487-5>
- » OMS (2003). *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- » OMS (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ediciones Journal S.A, Buenos Aires, Argentina.
- » OMS (2014), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, Documentos básicos, 48ª edición.

- » OMS (2021). *Determinantes sociales de la salud, Informe del Directo General*. Consejo ejecutivo, 148ª reunión. EB148/24.
- » OMS (2025). *World report on social determinants of health equity*. Ginebra, Suiza.
- » Organización de Naciones Unidas (ONU) (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
- » ONU-Mujeres (2015). *El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016*. ONU Mujeres. ISBN: 978-1-63214-019-7
- » Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Health in All Policies: Training manual*. Washington, DC: OPS/OMS.
- » Pérez Orozco, A. (2005). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico, *Revista de Economía Crítica*, nº 5. marzo de 2006, pp 7-37. ISSN: 1696-08668 Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados... Amaia Pérez Orozco
- » Ruiz Marcos, L., March, S., Zaragoza, G., & Benedicto, C. (2021). La receta de la salud. Introducción a los determinantes sociales. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*.
- » Sen, A. (2003). Development as capability expansion. En: Fukuda-Parr, S & Shiva, A. K. (Eds.) *Readings in Human Development: concepts, measures and policies for a developments paradigm*. Oxford University Press.
- » Urbano Molina, C. (2024). Feminización de la pobreza. Estereotipos de género y atención sociosanitaria: por un análisis de la pobreza y la exclusión social en las mujeres. EAPN España.
- » Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099–2106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>
- » Woolf, S. H., & Aron, L. (Eds.). (2013). *U.S. health in international perspective: Shorter lives, poorer health*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13497>

La Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES) está formada por las siguientes redes y entidades:

19 redes autonómicas:

EAPN-Illes Balears-Xarxa per la Inclusió Social • Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social • Red Aragonesa de Entidades Sociales para la Inclusión • Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla y León • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en Asturias • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Canarias • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla-La Mancha • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Euskadi • Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social • Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de la Región de Murcia • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Extremadura • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Melilla • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Cantabria • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Ceuta • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español de la Comunidad Autónoma de Galicia • Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en La Rioja • Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social • Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya • Xarxa per la Inclusió social de la Comunitat Valenciana

Y 23 entidades estatales:

Accem • Acción Contra el Hambre • Cáritas Española • Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) • Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER) • Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE) • Cruz Roja Española • Federación de Mujeres Progresistas (FMP) • Fundación Adsis • Fundación Cepaim • Fundación Cruz Blanca • Fundación Esplai • Fundación Secretariado Gitano • Hogar Sí • Médicos del Mundo • Movimiento por la Paz (MPDL) • Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) • Plena Inclusión • Provivienda • Red Acoge • Sociedad de San Vicente de Paúl (SSVP) • Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) • YMCA



Financiado por:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES)

Calle Melquiades Biencinto, 7 – 2ª Planta. 28053 Madrid

Tel. 91 786 04 11

eapn@eapn.es • www.eapn.es

