**CONSULTA SOBRE SALUD MENTAL Y DERECHOS (RES 52-12)**

*23 de octubre de 2024*

*Reunión presencial en la sala XVII del Palacio de las Naciones*

*Ginebra, Suiza*

**Respuestas de Víctor Lizama**

SESIÓN 1

Segmento 2

*Objetivo: Identificar y discutir iniciativas prometedoras en la promoción del derecho a la salud mental a nivel local, nacional y regional en diferentes áreas y sectores.*

**- Iniciativas prometedoras: Desde su perspectiva y experiencia específicas, cuéntenos cómo a nivel local, nacional y/o regional se ha hecho realidad el derecho a la salud mental garantizando la autonomía, independencia y dignidad de los titulares de derechos**

Respuesta: Primeramente, saludo al público presente en esta sala y a quienes nos acompañan a través de la virtualidad. Agradezco a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la amable invitación para participar en esta consulta internacional sobre salud mental y derechos humanos con base en la Resolución 52-12.

Como persona ex usuaria de servicios de salud mental y activista del colectivo de personas con discapacidad psicosocial en México y como preámbulo a mi respuesta a esta primera pregunta, deseo reflexionar críticamente sobre las implicaciones del concepto “salud mental” y el sistema que deviene de éste, a través de instituciones, disciplinas, servicios y prácticas, que históricamente, han afectado el respeto a la dignidad y el ejercicio de derechos de las personas que en distintos momentos han sido calificadas como portadoras de una enfermedad o trastorno mental. En ese sentido, el sistema de salud mental ha validado distintas opresiones, discriminación y exclusión social hacia colectivos humanos históricamente discriminados, como las mujeres, las personas de la comunidad LGBTIQ+ o las personas racializadas. El disfrute de la salud mental se ha asociado, implícitamente, con factores que privilegian el funcionar en sociedad de acuerdo con parámetros relacionados con la cultura occidental, la clase social y con pautas patriarcales y heteronormativas. Los grupos humanos afectados por el sistema de salud mental han luchado por sus derechos y han obtenido importantes conquistas legales. Ejemplo de ello son los logros en contra de la patologización de las disidencias sexogenéricas.

Sin embargo, la discriminación más persistente del concepto “salud mental” es capacitista y cuerdista. La funcionalidad que suele mencionarse en el concepto, y la categorización de experiencias de la diversidad humana que se siguen considerando enfermedades, afectan la dignidad de personas psiquiatrizadas y, en general, de personas con discapacidad. En el caso de las personas que el día de hoy, y desde un enfoque de derechos humanos, identificamos como personas con discapacidad psicosocial, la restricción de derechos como los relativos al ejercicio de la capacidad jurídica, el libre desarrollo de la personalidad, el no ser sometido a tratos crueles o degradantes o a la autonomía y la vida en comunidad, siguen sosteniéndose a partir de criterios clínicos que justifican la privación de la libertad e, incluso, la criminalización, a pesar de la existencia de un marco normativo internacional que obliga a los estados y sociedades a construir legislaciones, políticas públicas, servicios, entornos e interacción social, incluyentes y respetuosas de la diversidad humana y de los derechos humanos.

Sobre esta primera pregunta diría que el intenso malestar psicoemocional es un hecho que afecta la vida de muchas personas en el mundo y que para comprenderlo y generar respuestas que puedan brindar una debida atención, en paralelo al enfoque comunitario en salud mental, se han comenzado a reconocer paradigmas y abordajes que trascienden los sesgos discriminatorios presentes en la conceptualización del término “salud mental”, y que ya he citado.

En esta intervención haré referencia a dos que, como habitante del Sur global que se reconoce como persona con discapacidad psicosocial, me son las más importantes.

Por un lado, el paradigma del Buen Vivir, el cual surge en las comunidades originarias de la América Andina y que busca una vida digna, en plenitud, equilibrio y armonía.

Y, por otra parte, el imaginario, los saberes y las prácticas surgidas en distintos lugares del mundo desde el colectivo de personas psiquiatrizadas y que nombramos “Autogestión de la Locura”. Quizás el primer antecedente en la línea histórica del movimiento de las personas psiquiatrizadas es el ensayo “Por nuestra cuenta”, escrito por la activista y sobreviviente de la psiquiatría Judi Chambelán.

Tanto desde el “Buen Vivir” como desde la “Autogestión de la Locura” se pueden reconocer características en común, como el sentido de lo colectivo, el apoyo mutuo, la horizontalidad o la relación respetuosa y armónica con el entorno. En ambos casos está presente la materialización del ejercicio de derechos y de la Justicia social. Diría que tanto el “Buen Vivir”, como la “Autogestión de la Locura” son paradigmas que buscan la transformación social a partir de la emancipación humana.

Los saberes y prácticas del colectivo de personas psiquiatrizadas, o con discapacidad psicosocial a nivel internacional son, el día de hoy, la fuente de conocimiento que permitirá transformar a fondo nuestro entendimiento del bienestar psicosocial ya que surgen desde un colectivo humano, que ha enfrentado de manera directa y persistente la opresión del sistema de salud mental y que desde la resistencia y la solidaridad, ha generado herramientas y estrategias transformadoras.

**- ¿Qué herramientas legislativas y/o políticas u otras medidas, si las hubo, se utilizaron con este fin?**

Como será del conocimiento de muchas personas asistentes, en México hace dos años hubo una reforma en materia de salud mental a la Ley General de Salud que el día de hoy es reconocida a nivel internacional como la más avanzada en el mundo ya que prohíbe los internamientos conta la voluntad y reconoce figuras fundamentales como el derecho al consentimiento informado, las directivas anticipadas o el apoyo para la toma de decisiones. Esta reforma también busca que los servicios de atención a la salud mental se brinden desde la comunidad, lo cual implica abandonar el modelo asilar y detonar procesos de desinstitucionalización.

En el proceso político que llevó a esta reforma advierto varios elementos importantes a destacar:

* La articulación de un colectivo plural de personas con discapacidad psicosocial, usuarias y ex usuarias de servicios de salud mental, usuarias de sustancias psicoactivas, activistas, colectivos y organizaciones de defensa de derechos humanos, denominado Salud Mental con Derechos que coincidió en la necesidad de una reforma en materia de salud mental con enfoque de derechos humanos, en México
* La realización de diagnósticos e investigaciones sobre la vulneración de derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México
* La participación efectiva de personas afectadas por el modelo de atención a la salud mental en México, es decir, personas usuarias y ex usuarias de los servicios y usuarias de sustancias psicoactivas
* El proceso de incidencia continua a lo largo de cinco años, desde la constitución del colectivo hasta la entrada en vigor de la reforma (2017-2022)
* La capacidad de reacción del colectivo frente a proyectos de legislación en la materia que intentaban mantener los criterios biomédicos en los servicios
* La construcción colaborativa dentro del colectivo Salud Mental con Derechos de una propuesta de reforma que sirvió de referencia en la parte final del proceso de incidencia
* El diálogo con legisladores y autoridades sanitarias que , a la par, representó un proceso pedagógico sobre derechos humanos y perspectiva de discapacidad

Destaco la participación de las personas con discapacidad psicosocial, usuarias y ex usuarias de servicios de salud mental, en este proceso de incidencia política.

A lo largo de este proceso de incidencia tuvimos una posición propia con acciones autónomas, de distinta naturaleza. Destacó la relacion con los medios de comunicación, donde las personas con discapacidad psicosocial, usuarias y ex usuarias de servicios de salud mental, fungimos como portavoces del proyecto de reforma.

Con el proceso de incidencia citado surgió en México, un movimiento de personas con discapacidad psicosocial bajo la bandera del Orgullo Loco. A partir de 2018 este movimiento social ha realizado distintas acciones autogestivas de orden político, legal y cultural, como manifestaciones públicas, foros de personas expertas por experiencia, festivales de arte o formaciones en derechos para personas con discapacidad psicosocial. El día de hoy el movimiento de Orgullo Loco en México, es reconocido como la principal agrupación de personas con discapacidad psicosocial en el país por el impacto de su participación pública.

SESIÓN 2

**- ¿Qué recomendaciones específicas tiene para los Estados y otras partes interesadas pertinentes, incluidas sugerencias de herramientas políticas eficaces para la implementación de una perspectiva de derechos humanos en la salud mental?**

A partir del proceso de incidencia política que tuvimos en México para llegar a la reforma legal en materia de salud mental, reconozco la necesidad de involucrar a un abanico amplio de movimientos sociales y activismos en favor de servicios respetuosos de los derechos humanos. En ese sentido, los movimientos que buscan la transformación social deben tener entre sus banderas de lucha, la del fin del modelo biomédico de atención a la salud mental.

**En su opinión ¿cuáles deberían ser los próximos pasos en la labor del ACNUDH en materia de salud mental (por ejemplo, investigación temática, un enfoque más operativo o cualquier otra cosa)?**

Es muy importante fortalecer la participación de las personas con discapacidad psicosocial, usuarias o exusuarias en los procesos de transformación de los servicios. Desde generar procesos accesibles e incluyentes de formación para la toma de conciencia de derechos hasta desarrollar programas que reconozcan la calidad de perdonas expertas por experiencia que puedan facilitar y/o acompañar procesos de desinstitucionalización, restitución de derechos, acceso a la justicia, toma de decisiones con apoyos, o servicios accesibles para la vida en comunidad. En lo personal creo, desde mi experiencia a lo largo de los últimos seis años asistiendo como facilitador de justicia a personas con discapacidad psicosocial en procesos penales, que el desempoderamiento que genera el sistema de salud mental solo puede combatirse a través del desarrollo de capacidades de las personas con discapacidad psicosocial. La ACNUDH podría dar énfasis a investigaciones y proyectos colectivos y comunitarios (no solamente de tipo sanitario) en los que se estén incorporando a personas usuarias y ex usuarias de los servicios de atención a la salud mental, en calidad de personas expertas por experiencia.