

Políticas públicas, trastornos psiquiátricos y los derechos humanos de los pacientes

Public policies, mental disorders, and patients' human rights

Álvaro Barrera¹
Andrew Molodynski²

RESUMEN

Un número significativo de personas en Chile, probablemente millones, viven con un trastorno psiquiátrico diagnosticable de acuerdo con los criterios de la OMS. Es un derecho humano el que dichas personas accedan a tratamientos efectivos, basados en la evidencia, y proporcionados con respeto y compasión, especialmente dado que Chile es considerado ahora por el Banco Mundial como un país de altos ingresos. Quienes trabajan en psiquiatría y salud mental, clínicamente o en labores gubernamentales nacionales o regionales, tienen un deber ético de defensoría de dicho derecho. Ni debates ideológicos ni posturas o escuelas terapéuticas debiesen obstaculizar el ejercicio de dicho derecho por parte de los pacientes y sus familiares.

Palabras clave: Políticas públicas, Derechos humanos, Trastorno psiquiátrico, Deber de defensoría, Calidad de la Atención psiquiátrica, Inversión en salud mental.

ABSTRACT

A substantial number of people in Chile, probably millions, live with a diagnosable psychiatric disorder according to WHO criteria. It is a human right that such people have access to treatments that are effective, evidence-based, and provided with respect and compassion, especially given the fact that now the World Bank Chile considers as a high-income country. Those working in psychiatry and mental health, whether in direct contact with patients and their families or in national or regional government roles, have an ethical duty to advocate for the right to access the required treatments. Neither ideological debates nor therapeutic positions should hinder the exercise of this right by patients and their relatives.

Keywords: Public policies, Human rights, Psychiatric disorder, Duty to defend, Quality of psychiatric care, Investment in mental health.

INTRODUCCIÓN

Este artículo se centra en las afecciones del capítulo 6 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE11) (Organización Mundial de la Salud, 2022). No aborda cuestiones más amplias descritas en el Informe de la Comisión Lancet sobre Salud Mental Mundial y Desarrollo Sostenible (Patel et al., 2018) (en adelante, el Informe Lancet), tales como la felicidad (satisfacción subjetiva con la vida), el bienestar

Recibido el 9 de julio de 2024. Aceptado el 4 de diciembre de 2024.

1 MSc, PhD (Cantab), Consultant Psychiatrist, Oxford Health NHS Foundation Trust, Honorary Senior Clinical Lecturer, Universidad de Oxford. Reino Unido. Correspondencia a: Alvaro.Barrera@psych.ox.ac.uk

2 Consultant Psychiatrist, Oxford Health NHS Foundation Trust, Honorary Senior Clinical Lecturer, Universidad de Oxford, Secretario General, Asociación Mundial de Psiquiatría Social. Reino Unido

(evaluación subjetiva de la satisfacción con la vida) o la calidad de vida (la percepción que tiene una persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones). En resumen, este artículo se centra en las afecciones psiquiátricas clínicamente identificables y de impacto severo que es posible diagnosticar de acuerdo con la clasificación de trastornos mentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ser explícitos y precisos en nuestro lenguaje en torno a los trastornos psiquiátricos y la atención de quienes los sufren es importante por muchas razones, dos de las cuales parecen primordiales. En primer lugar, evita medicalizar el sufrimiento social, la indignación y los movimientos sociales que reaccionan ante circunstancias económicas, sociales y/o políticas injustas (por ejemplo, una gran desigualdad o la percibida impunidad con que ciertos grupos sociales rompen el contrato social de una sociedad). Esto se reflejó en Chile el año 2019 con una frase inscrita en una pared del país que decía: “no era depresión, era capitalismo” (Soto-Lafoy, 2021). En segundo lugar, evita trivializar el enorme sufrimiento, la discriminación, el estigma, la morbilidad física y la muerte temprana asociados con sufrir de una enfermedad mental grave y duradera.

Será obvio que se necesita un enfoque de “todo el gobierno y toda la sociedad” para abordar los determinantes sociales de la mala salud mental y física. Ello se basaría en gran medida en la promoción y la prevención y va mucho más allá de lo que un sistema o un ministerio de salud puede hacer por sí solo.

Como punto de partida, creemos que el Ministerio de Salud, todos sus departamentos, todos sus centros y todas sus instituciones deben, como mínimo, ofrecer servicios centrados en la persona, basados en los derechos, y basados en la evidencia, a los millones de chilenas y chilenos que padecen de una condición clínica.

La magnitud del problema

Como evidencia de la gran escala de los trastornos de salud mental en Chile, (Vicente, et al., 2006) se encontró una prevalencia en 12 meses, de 12,6% de personas que habían sufrido una enfermedad mental grave: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de estrés posttraumático (TEPT), un episodio psicótico o un trastorno alimentario. Con una población estimada en 2023 de 19.629.588, esto significa que alrededor de 2.500.000 personas sufrieron de una condición

psiquiátrica grave. Además de esas condiciones severas, otros trastornos de ansiedad, excluyendo la fobia simple, tuvieron una prevalencia de 15,2% y la dependencia del alcohol y las drogas tuvo una prevalencia de 6,2%. Según una encuesta oficial del Ministerio de Salud de 2016/2017 (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2021), el 2,2% de los encuestados había pensado seriamente en suicidarse y el 1,5% había tenido un plan para terminar con su vida mediante el suicidio en los últimos 12 meses, es decir, 360.000 y 270.000 personas respectivamente. Estas cifras indudablemente describen una situación muy grave y un enorme peso para los afectados, sus familias, los servicios de salud y el país en su conjunto.

Enfrentar esta situación es una tarea de una magnitud enorme para el Ministerio de Salud y sus departamentos, para la atención primaria, y para los hospitales. Los debates ideológicos tales como psiquiatría versus antipsiquiatría, modelos biomédicos versus psicosociales, o si el pensamiento de este o aquel filósofo debe proporcionar el marco para las tareas en cuestión (por importantes que puedan ser para algunos) deben ser secundarios a la necesidad urgente de abordar la cantidad y gravedad de las necesidades de salud mental insatisfechas. Esta labor podría abordarse mediante dos tipos de acciones:

1. En primer lugar, los recursos que el Estado chileno ya asigna a la atención psiquiátrica y de salud mental deben usarse de manera centrada en la persona, es decir, la intervención debe basarse en la evidencia y en colaboración con el paciente; no debe depender de las preferencias o la “escuela terapéutica” del profesional que brinda la atención. Como ocurre con cualquier otra área de la prestación de servicios de salud, la atención en psiquiatría debe basarse en evidencia sólida tanto de efectividad como de costo-efectividad.
2. En segundo lugar, los profesionales que trabajan en el Ministerio de Salud y en sus organismos regionales y locales deben abogar incansablemente por un aumento claro de los recursos asignados a la atención en salud mental para que coincida con la carga de enfermedad asociada a ellas, como recomienda la OMS. No hay excusas para no hacerlo. De hecho, el Banco Mundial considera ahora a Chile como un país de ingresos altos (HIG, High Income Country) (Our World in Data, 2023), con una esperanza de vida al nacer de 80,6 años y servicios de salud pública que cubren al 78% de la población (Organization for Economic

Cooperation and Development, OECD, 2021). Sin embargo, también existe un grado importante de desigualdad, con un índice de Gini de 43 en 2022, el segundo país más desigual de la OCDE. Como referencia, el Gini del Reino Unido en 2021 fue de 32,4 y el de Dinamarca de 28,3 en 2021 (World Bank Group, 2024). Una mayor inversión en atención psiquiátrica y de salud mental podría ayudar a reducir dicha desigualdad y sus serias consecuencias.

Derechos humanos y trastornos psiquiátricos

El influyente informe Lancet (2018) dice en su página 1571:

“En todo el mundo, las personas que viven con trastornos mentales a menudo han sido ocultadas, torturadas, abandonadas o dejadas morir. En muchos países, la falta de acceso a los servicios de salud, vivienda y empleo, y a veces la violación extrema de los derechos básicos, es común. En 2012, Human Rights Watch informó que la detención forzosa de personas con trastornos mentales en campamentos de oración, y las condiciones de encadenamiento y la negación de servicios de salud mental o medicación son las preocupaciones más urgentes. Tales violaciones de los derechos humanos ocurren con mayor frecuencia en la intersección de la pobreza, la marginación social y la falta de acceso a la atención de salud mental... Además de las violaciones específicas de los derechos humanos que han sufrido las personas con discapacidades psicosociales graves, a las personas que viven con trastornos mentales con frecuencia se les niegan los derechos humanos fundamentales, incluido el derecho a la libertad, las oportunidades de educación y empleo, la ciudadanía y la atención médica de la misma calidad que la que se ofrece a las personas con problemas de salud física. Esta falta de atención médica es una de las principales razones de la mortalidad prematura entre las personas con trastornos mentales. Además de la escasez de servicios disponibles, el estigma y la discriminación son barreras fundamentales para la inclusión social. Esta aceptación pública de abusos y negligencias a menudo flagrantes, dentro y fuera del sistema de atención de la salud, no sería aceptable si se relacionara con cualquier grupo que no fuera el de las personas que viven con trastornos mentales”.

El informe continúa y sugiere que el conjunto de herramientas QualityRights de la OMS (World Health Organization, 2012), que se basa en la Convención sobre los derechos de las personas

con discapacidad (CDPD) y que espera que la calidad sea igual a la de los servicios generales de salud, podría servir como punto de referencia para la calidad de la atención que reciben las personas con un diagnóstico psiquiátrico. Para utilizar una analogía directa de la atención de la salud física, el público no aceptaría que una persona que está vomitando sangre debido a una úlcera gástrica sea tratada con asesoramiento dietético y apoyo verbal de un individuo no calificado. Por el contrario, este paciente debería tener acceso a un médico debidamente calificado que pueda evaluar y proporcionar el tratamiento necesario basado en la evidencia. De la misma manera, no debemos aceptar que una persona que sufre un episodio psicótico agudo con riesgo de suicidio sea tratada, si es que puede acceder a algún tratamiento, con el asesoramiento de un individuo no capacitado, o algunas benzodiazepinas, o ser detenida por alterar el orden público o ser internada en un centro y ser sometida a un trato cruel, inhumano o degradante. Chile puede y debe hacer algo mejor que eso.

El deber de defender los derechos y las necesidades de las personas con trastornos mentales

La Asociación Médica Mundial afirma que “los médicos tienen el deber ético y la responsabilidad profesional de actuar en el mejor interés de sus pacientes sin importar su edad, género, orientación sexual, capacidad física o discapacidad, raza, religión, cultura, creencias, afiliación política, medios financieros o nacionalidad. Este deber incluye la defensa de los pacientes, tanto como grupo (por ejemplo, la defensa de cuestiones de salud pública) como individuos” (Asociación Médica Mundial, 2022). Esto indica que los médicos tienen el deber de comunicar a las autoridades gubernamentales todas las situaciones que afecten negativamente o infrinjan los derechos humanos de los pacientes, incluyendo: 1. Trato cruel, inhumano o degradante; 2. Tortura; 3. Estándares de atención sistemáticamente deficientes debido a la falta de recursos, discriminación o negligencia.

Creemos que este deber rige tanto para los médicos clínicos como para aquellos profesionales que desempeñan funciones en la jerarquía gubernamental del sistema de salud nacional, regional y local. Entendemos que ejercer este deber de defensoría en la práctica puede ser difícil, pero es aquí donde las asociaciones profesionales, organizaciones o grupos de profesionales pueden y deben apoyarse mutuamente.

Estándares para la atención comunitaria, primaria, secundaria y terciaria en un país de altos ingresos como Chile

El informe Lancet describe una forma útil de organizar las estrategias y acciones que deberían implementarse según los recursos disponibles (Patel et al., 2018, p. 1577). Este “modelo de atención equilibrada para los trastornos mentales” describe cómo pueden desarrollarse las intervenciones para los niveles de recursos bajo, medio, y alto (Tablas I y II). Estas acciones se centran en la promoción de la salud mental, así como en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación y la rehabilitación de las personas que tienen una afección clínica diagnosticada según la clasificación de trastornos mentales de la CIE11 (Organización Mundial de la Salud, s/f). Los países de altos recursos, como Chile, además de cumplir con las acciones sugeridas a los países de bajos ingresos, deberían también cumplir con las acciones específicamente sugeridas para los países de altos ingresos. En general, debería hacerse hincapié en el desarrollo de servicios comunitarios de alta calidad,

el cierre de los grandes asilos u hospitales psiquiátricos y la creación de servicios comunitarios locales con acceso a camas de hospitalización en cada zona para quienes lo necesiten. El Ministerio de Salud de Chile ha publicado el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2017). Debiesen existir al menos tres mecanismos formales de evaluación del contenido y consecución de los objetivos de dicho Plan Nacional. En primer lugar, es crucial contar con información epidemiológica actualizada y del más alto estándar. En segundo lugar, deben existir mecanismos institucionales explícitos para recibir las experiencias positivas y negativas de los pacientes, sus familiares, y de los profesionales que están en contacto directo con pacientes. En tercer lugar, debe existir una entidad independiente, tanto respecto del gobierno como de los prestadores, la cual debe tener la facultad de inspeccionar sin restricción alguna los servicios, para evaluar la calidad de dichos servicios y el respeto a los derechos humanos de los usuarios en el nivel primario, secundario y terciario y que emita juicios públicos sobre dicha calidad.

Tabla I: Componentes de los servicios de salud mental relevantes para países de bajos recursos, según The Lancet Report (Vikram et al., 2018).

Comunidad (en todos los ambientes relevantes)	Atención primaria (por trabajadores de la atención primaria)	Atención secundaria (en hospitales generales)	Atención terciaria (por servicios especializados de salud mental)
Oportunidades básicas de empleo e inclusión social.	Identificación de casos.	Entrenamiento, apoyo, y supervisión del personal de atención primaria.	Mejorar la calidad de la atención en los hospitales psiquiátricos.
Intervenciones comunitarias básicas para promover la comprensión de la salud mental.	Intervenciones psico-sociales básicas basadas en la evidencia.	Clínicas de atención ambulatoria.	Iniciar el movimiento del cuidado hospitalario desde los hospitales psiquiátricos a los hospitales generales.
Intervenciones básicas para reducir el estigma y promover el buscar ayuda.	Intervenciones farmacológicas básicas basadas en la evidencia	Atención hospitalizada en hospitales generales.	Iniciar el cierre de las instituciones de larga estadía y desarrollar alternativas comunitarias.
Una variedad de programas comunitarios básicos de prevención del suicidio (por ejemplo, reducir el acceso a pesticidas).	Mecanismo de referencia hacia la atención secundaria.	Mecanismo de referencia hacia la atención terciaria.	Establecer mecanismos de acreditación de todos quienes tratan personas con problemas de salud mental, incluyendo los lugares en que se provee cuidado no formal.
Programas básicos de intervención en la primera infancia y en la crianza de los hijos.			Una variedad de tratamiento psicológicos basados en la evidencia.
Programas básicos de salud mental en las escuelas.			Asegurar que se cumple con las convenciones de derechos humanos relevantes.
Promoción de intervenciones de autocuidado.			Iniciar psiquiatría de enlace con otros departamentos médicos y mejorar el cuidado de la salud física de las personas en contacto con servicios de salud mental.
Integración de la salud mental en los programas de rehabilitación comunitarios y en los programas comunitarios de desarrollo inclusivo.			
Atención domiciliaria para promover la adherencia al tratamiento.			
Activación de las redes sociales.			

Tabla II: Componentes de los servicios de salud mental relevantes para países de altos recursos, según The Lancet Report (Vikram et al., 2018).

Comunidad (en todos los ambientes relevantes)	Atención primaria (por trabajadores de la atención primaria)	Atención secundaria (en hospitales generales)	Atención terciaria (por servicios especializados de salud mental)
Oportunidades intensivas de empleo e inclusión social.	Cobertura geográfica completa de la atención de salud mental integrada en la atención primaria.	Amplia gama de intervenciones psicosociales basadas en la evidencia a cargo de expertos capacitados	Traslado completo de los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados desde hospitales psiquiátricos a hospitales generales.
Intervenciones comunitarias intensivas para promover la comprensión de la salud mental.	Modelo de atención colaborativa con especialistas que apoyan a los profesionales de atención primaria.	Amplia gama de intervenciones farmacológicas basadas en la evidencia.	Gama completa de servicios especializados específicos (por ejemplo, para intervención temprana en psicosis, para niños y jóvenes, adultos mayores, adicciones y equipos forenses).
Intervenciones intensivas para reducir el estigma y promover la búsqueda de ayuda.			
Gama completa de alojamiento independiente y con apoyo para personas con trastornos mentales de larga duración.			
Gama de servicios basados en la evidencia en diversas plataformas (por ejemplo, escuelas, universidades, lugares de trabajo).			
Programas intensivos de prevención del consumo de drogas y alcohol.			
Programas intensivos de intervención para la niñez y la crianza (v.g. capacitación en habilidades para la vida).			
Programas intensivos de prevención del suicidio (por ejemplo, reducción del acceso a medios de autolesión, líneas telefónicas directas, capacitación a los medios de comunicación)			

Mejorar el acceso a las intervenciones psicológicas

Desde 2008, el Programa de Mayor Acceso a Terapias Psicológicas (IAPT, por sus siglas en inglés) (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2021) se ha implementado en Inglaterra, con resultados notables, transformando el acceso a tratamientos para los trastornos de ansiedad y depresión en adultos y siendo ampliamente reconocido como el programa de terapias psicológicas más ambicioso del mundo. Solo en el año 2021, más de un millón de personas lo utilizaron. El Departamento de Salud inglés planea llegar a 1,9 millones de personas este año (2024). El IAPT incluye solo terapias psicológicas basadas en la evidencia, casi exclusivamente terapia cognitivo-conductual (TCC), proporcionadas por profesionales que generalmente no tienen una calificación profesional psicológica

pero que reciben una formación acreditada. Sus resultados se monitorean regularmente para que la persona que recibe la terapia y quienes la brindan tengan información en tiempo real sobre el progreso del individuo. Esto apoya un enfoque compartido positivo de los objetivos de la terapia. Los datos generales se anonimizan y se hacen públicos, lo que promueve la transparencia en el desempeño del servicio y fomenta la mejora continua (The National Collaborating Centre for Mental Health, 2021). Los profesionales reciben una supervisión regular centrada en los resultados, por lo que reciben apoyo para mejorar continuamente y proporcionar una atención de alta calidad. Se utiliza habitualmente, aunque no exclusivamente, en varias condiciones psiquiátricas (Tabla III). No se utiliza para personas con psicosis y/o aquellas con problemas primarios de abuso de sustancias.

Tabla III: Condiciones psiquiátricas que se tratan en el Programa de Aumento en el Acceso a las Terapias Psicológicas, Inglaterra.

-
- Agorafobia
 - Trastorno depresivo
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Trastorno obsesivo-compulsivo
 - Trastorno de pánico
 - Trastorno de estrés postraumático
 - Trastorno de ansiedad social.
-

Chile está bien posicionado para introducir este tipo de servicios para mejorar el acceso a las terapias psicológicas para las personas con un diagnóstico psiquiátrico. Ya existe un servicio nacional de salud pública en los niveles de atención primaria y secundaria que cubre todo el territorio y los profesionales ya existentes podrían capacitarse y certificarse en los tratamientos psicológicos descritos anteriormente. Cuando una persona tiene cáncer o sufre de un ataque cardíaco, espera que su tratamiento en todos los servicios de salud del país siga básicamente el mismo protocolo basado en la evidencia. De la misma manera, las personas con problemas de salud mental deben poder acceder a los tratamientos psicológicos efectivos y basados en la evidencia en todo el país. Es deber del Estado garantizar que esto sea así en general y que los servicios sean apropiados en términos de género, preferencias sexuales y multiculturalismo.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Muchas chilenas y chilenos viven con problemas de salud importantes en la forma de afecciones que cumplen con los criterios diagnósticos de la OMS para ser consideradas trastornos mentales. Atender sus necesidades es un imperativo moral en cualquier contexto, pero parece aún más urgente en un país de altos ingresos como Chile, con una red pública de servicios que cubre todo el territorio y alrededor del 80% de su población. El primer paso hacia una mejor cobertura de la atención en psiquiatría es utilizar competentemente los sustantivos recursos que actualmente el Estado chileno ya asigna al área de psiquiatría y salud mental de una manera efectiva, compasiva, centrada en la persona, que cumpla con la legislación de derechos humanos y que se base en la evidencia. Es, por ejemplo, urgente contar con datos epidemiológicos más actualizados, no de hace 18 años, sobre los trastornos psiquiátricos para orientar las políticas públicas en psiquiatría y salud mental, incluyendo la planificación, formación, y capacitación de la fuerza laboral requerida (enfermeras comunitarias, terapeutas ocupacionales,

trabajadores sociales, psicólogos, y psiquiatras). El segundo paso es aumentar sustancialmente la inversión en psiquiatría y atención de salud mental en consonancia con las recomendaciones de la OMS para lograr la paridad con la atención de salud física y la carga relativa de enfermedad asociada con las afecciones psiquiátricas. El gasto total de Chile en salud mental como porcentaje del gasto total del gobierno en salud fue de solo el 2% en 2020, mientras que la OMS recomienda un mínimo del 10% (World Health Organization, 2021). El personal clínico y los profesionales involucrados en roles ejecutivos o de asesoría a nivel nacional, regional y local tienen el deber ético de defender abierta e incansablemente los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos, en particular su derecho a acceder a una atención médica oportuna y basada en la evidencia.

REFERENCIAS

- Asociación Médica Mundial (2022). Declaración de la AMM sobre la defensa del paciente y la confidencialidad. Adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial Budapest, Hungría, octubre 1993. WMA. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-defensa-del-paciente/>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2021). Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Salud Mental 2: Comportamiento Suicida. Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria, Departamento de Epidemiología. https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.28_Informe-Suicidio-ENS-2016-17.pdf (accedido el 24 de Junio de 2024).
- Organization for Economic Cooperation and Development, OECD (2021).

- Health Statistics 2021. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/9f6248d4-en/index.html?itemId=/content/component/9f6248d4-en>
- Organización Mundial de la Salud (s/f). CIE-11, Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión: Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. Capítulo 6. <https://icd.who.int/es>
 - Our World in Data (2023). World Bank Income Groups, 2023. <https://ourworldindata.org/grapher/world-bank-income-groups> (accedido el 24 de noviembre de 2024).
 - Patel Vikram., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392: 1553 – 1598
 - Soto-Lafoy S. (2021). No era depresión, era capitalismo: psicologización y control social. *El quinto poder*. <https://www.elquintopoder.cl/salud/no-era-depresion-era-capitalismo-psicologizacion-y-control-social/>
 - The National Collaborating Centre for Mental Health (2021). The Improving Access to Psychological Therapies Manual. Version number: 5. Updated: August 2021. First published: June 2018.
 - Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *The American journal of psychiatry*, 163(8), 1362–1370. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1362>
 - World Bank Group (2023). Gini Index. <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?end=2023&start=2023&view=bar>
 - World Health Organization (2012). WHO QualityRights Tool Kit. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>
 - World Health Organization (2021). Mental Health Atlas 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>