

IMHP Nº 48/2025

MONITOREO DEL SANATORIO PSIQUIATRICO EIRENE, FILADELFIA.

Fecha de la visita	27 a 30 /08 /2025		
Entrevista con director	Tilho Harder		
Responsables de la visita.	Comisionado	José Carlos Rodríguez	
	Escabina	Ruth Irala	
	Equipo técnico	Belén Leguizamón	
	Logística	Jorge Bogado	
Nombre de la Institución	Sanatorio Psiquiátrico Eirene		
Ente rector	Dirección de Salud Mental, MSPBS		
Motivo de la visita	Verifica la vigencia de la Ley de Salud Mental del Paraguay Nª 7018-2022 y la legislación internacional vigente que establecen estándares de derechos de las personas con discapacidad psicosocial privadas o restringidas en su libertad		
Fecha del Informe	9/12/25		
Usuarios y	Varones	Mujeres	Total
Usuarios internados Adultos	7	13	20
Waldhaus	3	8	11
Chacoheim	4		9
Adolescentes		3	3



José Carlos Rodríguez
Comisionado Nacional
Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura

I Competencias del MNP

El Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o penas crueles e inhumanos o degradantes (en adelante MNP) fue creado por la ley 4288/2011. Esta ley reglamenta la ley 2754/2005, "que aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y otros Tratos o penas crueles e inhumanos o degradantes". El MNP Integra el sistema internacional de control para para la prevención de la tortura y los malos tratos.

El MNP fue creado para,

- Reforzar y colaborar con la protección de las personas privadas de su libertad contra todo tipo de trato penas prohibidas por nuestra legislación vigente y las normas internacionales que rigen la materia, así como,
- Prevenir y procurar la erradicación de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. (4288/2011, artículo 2);

Ámbito de intervención:

1. Penitenciarias u otros establecimientos similares;
2. Centros educativos para adolescentes infractores;
3. Establecimientos policiales, militares, o educativos que cumplan funciones similares;
4. Establecimientos de internación de personas con discapacidades físicas o mentales; adicciones o con capacidades diferentes;
5. Hogares abrigo:
 - a) Niños/as y adolescentes;
 - b) Mayores de edad;
 - c) Adultos mayores;
6. Unidades móviles de detención o aprehensión; y,
7. Lugares de tránsito de inmigrantes;

Y cualquier otro lugar o circunstancia de privación o afectación de la libertad o de albergue, oficial o no, donde se produzcan o se suponga que se producen hechos que caen bajo la jurisdicción del Protocolo Facultativo. Esta relación es meramente enunciativa. (4288/2011, artículo 4)

Informes sobre visitas o monitoreo

Después de cada visita, en un plazo no mayor de ocho días, la Comisión Nacional deberá enviar un informe a las autoridades responsables de los sitios visitados, incluyendo las

recomendaciones y requerimientos necesarios para iniciar y establecer un diálogo constructivo. Las autoridades afectadas están obligadas a cumplir las recomendaciones formuladas. (4288/2011, artículo 11)

II. Estándares de evaluación

Normas paraguayas sobre discapacidad psicosocial

- Constitución Nacional, 1992. Artículos: 4, 5 ¹, 46 ², 58, 68, 69, 70, 153.
- Ley N° 836 (Código sanitario) Capítulo VII, De la salud Mental. Artículos: 43,44, 45, 46, 47,48.
- LeyN°4720-2012 por la cual se crea la SENADIS;
- Ley N° 1160-1997, actualizado/Código penal;
- Ley N° 1286-2012/Código procesal penal.
- LeyN°7018-2022/Salud Mental

Convenciones sobre discapacidad ratificadas por el Paraguay.

- Ley N° 3540/2008: Ley que aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ONU, 2006.
- Ley N° 1925/2002: Convención interamericana para la eliminación de Todas Las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, OEA, 1999.

Principios internacionales y recomendaciones

- Declaración de Caracas. Adoptada en la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, año 1990.
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991).
- Normas Uniformes de la ONU sobre la igualdad de oportunidades para las personas con Discapacidad (1993).
- Recomendaciones de la CIDH sobre Promoción y Protección de Derechos de Personas con Discapacidad Mental, 2001.

¹ Artículo 5. "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. El genocidio y la tortura, así como la desaparición forzosa de personas, el secuestro y el homicidio por razones políticas son imprescriptibles".

² Artículo 46. "Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. no se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien. Las protecciones que se establezcan sobre desigualdades injustas no serán consideradas como factores discriminatorios sino igualitarios."

- Observación general N91 (2014) del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, en el marco de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Otros instrumentos

- Psychiatric Intensive Care Units (PICU): a Literature Review: <https://www.researchgate.net/publication/5542154>

- Guía de intervención mhGAP. Para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. OMS (2017) <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>.

- informe del Relator Especial de Juan E. Méndez a la Asamblea General del 1º de febrero del 2013. (A/HRC/22/53), sobre la aplicación del marco de protección contra la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud o Penas Cruelles, Inhumanos, Degradantes. Juan Méndez.

Contenidos más empleados de los estándares

-El Paraguay ha ratificado instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos,

Incluidas la Convención interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de la OEA, Ley 1925/2002 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU y su Protocolo Facultativo (CDPD) en 2008, Ley No. 3.540/2008.

-La Constitución de la República menciona a las personas con discapacidad en los artículos 6 (calidad de vida), 58 (derechos de las personas excepcionales) y 88 (no discriminación). Además, varias leyes generales se refieren a las personas con discapacidad, como es el caso del Código Civil (Ley 1183/1985), el Código Procesal Civil (Ley 1337/1988) y el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 1680/2001).

- Desde la ratificación de la CDPD se ha avanzado en cambios normativos y en programas de protección y atención a las personas con alguna discapacidad, como la creación del SENADIS (Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, Ley 4720/12).

Sin embargo, los avances son insuficientes para lograr un pleno cumplimiento de la Convención.

-La Ley N° 7018 de Salud Mental fue aprobada en noviembre del año 2022; establece como objeto para el servicio público, y también en forma general como derecho de la población que se beneficie "una atención humanizada, centrada en la persona y en su contexto psicosocial, que no aísle al usuario de medio" (Art 1).

También dice que los organismos pertinentes del Estado ``deberán desarrollar planes de promoción en salud mental y planes específicos de inserción socio laboral para personas con trastorno mental.

Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental" (Art, 6).

- "La atención en salud mental estará centrada en la persona, su entorno, en la rehabilitación para lograr niveles de autonomía, participación e inclusión en el marco de una estrategia promocional y con base en un modelo comunitario" (Art. 9).
- "El proceso de atención debe realizarse preferentemente en un servicio de atención ambulatoria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientara al fortalecimiento, restitución o promoción de los lazos sociales" (Art.10).
- "El Estado debe garantizar y promover la atención de todas las personas a través del Sistema Nacional de Salud y sus diferentes dispositivos" (Art.15).
- "La internación debe ser lo más breve posible en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. En el caso de las personas internadas por un tiempo prolongado deberá- implementar medidas para la desinstitutionalización progresiva" (Art.19).

El concepto de discapacidad planteado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD):

``Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Naciones Unidas, 2006, Artículo 1).

La Convención interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, por su parte, define "discapacidad" como "una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social" (Artículo 1, inc.1).

Ambos documentos, se alejan de la concepción biomédica tradicional que impone una visión de la persona con discapacidad como "receptora" y ``objeto pasivo" del servicio, para pasar a reconocerla como sujeto activo, portador de derechos, participante de su propio proceso y, en consecuencia, de su recuperación. En especial, la CDPCD es el instrumento jurídico que consagra el modelo social y especifica los derechos de las personas con discapacidad.

La Convención ratificada por Paraguay con la Ley No. 3540/2008, establece que el Estado debe adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales (Artículo 4 incisos, 1 al 5).

La ley entiende que, en general:

- Las personas con discapacidad son "titulares" de derechos y no "objeto" de beneficencia o de tratamiento médico.
- El concepto de discapacidad incluye a todas aquellas deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al enfrentarse a diversas actitudes negativas u obstáculos físicos, pueden ver dificultada la plena participación en la sociedad de las personas que se vean afectadas por ella (discapacidad).
- La discapacidad es entonces, el resultado de la interacción entre la personas y su entorno, no es algo que radique en la persona como resultado de alguna deficiencia.

III. Observación realizada en general

A nivel mundial y en esa medida se dirige la ley, es superar el paradigma de asilo de los hospitales psiquiátricos. En general el desarrollo de Eirene tiene su propia historia de estas tendencias. No hay murallas, se impone lo comunitario como establece la ley, el trato es digno, humanitario, está abierto a los problemas de la salud, y a los nuevos conceptos. Así como a aceptar una vida más plena como derecho del usuario.

Sin embargo, la relación entre la Dirección de Salud Mental y Eirene no es óptima. “No encajamos con la ley”, es una opinión vigente en Eirene, donde se valora poco la Ley N°7018-2022 de *Salud Mental*. “¿qué proponen desde el Ministerio de Salud Pública sobre la atención y los cuidados en el lugar, de las personas más afectadas de discapacidades físicas y psicosociales?”.

Como se verá, se trata de una rigidez de la comprensión de los conceptos y de una aplicación rígida de la normativa. En general no se ve a la ley como un avance en prácticas terapéuticas ya vigentes en Eirene previamente a la sanción jurídica. De hecho no fue estudiada en forma sistemática la ley³.

Una ley de este tipo que afecta a la personalidad del usuario, a la sociedad y al derecho de la vida afectada con deficiencias. No es simplemente una normativa, una regulación, ni solo una

³ En la tradición organicista biológica, que no es la del Sanatorio Eirene, la ‘realidad’ sanitaria es la medicamentosa. Enfermo medicamento cura. Entonces, toda crítica al ‘asilo’ es una amenaza de dejar sin atención a los usuarios. Pedir una atención *humanizada y social*, no es renunciar a los medios químicos, es pedir más atención y no prescindir de ella.

pauta disciplinaria. Es la asunción, en la salud mental, de una mirada humanística y de reconocimiento de derechos, así como la superación de prejuicios sanitarios discriminatorios.

IV. Waldhaus, Casa Del Bosque (Agudos)

El Sanatorio Psiquiátrico Eirene tuvo después de la anterior visita de MNP comunicación con funcionarios del departamento de Salud Mental. El director hizo referencia a los programas comunitarios con pacientes, las fichas de ellos y sobre los equipos interdisciplinarios que se realizan pero no se llevaban registros específicos acerca de esta actividad.

En cambio hay registros del equipo por temas tocados como estudios de casos, seguimientos, alta, participación de los pacientes y enfermeros, formación y otros.

El o la interna/o no se encuentra de ninguna manera desatendido/a. Hay un riguroso proyecto y práctica, donde están incluidos, desde las reuniones frecuentes con los psicólogos, psiquiatras y consultores, hasta reuniones grupales y terapia ocupacional. Una rutina de vida que es estructurante de la personalidad. El uso de todos los métodos disponibles.

También se hizo referencia al *reglamento* que tiene ciertas limitaciones. Ya que restringe la comunicación en general. Eso corresponde a situaciones específicas- Para los grupos terapéuticos, esto dificulta estimular vínculos que deben incentivar la autonomía y la comunicación.

Así como, en general, baja atención a distancia que en una sociedad con baja densidad urbana y demográfica podrían ser de utilidad.

La enfermera jefe de los adultos informó que agentes del HE, enfermería, van a las colonias, apoyando a los servicios del lugar, dentro del campo de la salud mental. Van a Campo 9, en San Pedro, a las colonias Volendam (Otra colonia importante en la zona noreste de Paraguay), Friesland (Una de las primeras colonias, fundada en 1937 en el departamento de San Pedro) y otras.

Se realizan charlas de concienciación, apoyo a las iglesias y a los grupos de solteros, visitas a hogares a personas con capacidades diferentes. Cada dos meses se encuentran los consejeros. También realizan trabajos en las comunidades indígenas.

También se describe una interna menor de edad, que es usuaria. Pero con un régimen especial de tal manera que puede asistir al colegio. Es una u internación voluntaria. Esta medicada y con varias entrevistas frecuentes y medicación.

V. Chacoheim, Hogar Chaqueño (Crónicos)

El diferendo se relaciona con el *Artículo 19*:

"La internación debe ser lo más breve posible en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. En el caso de las personas internadas por un tiempo prolongado deberá- implementar medidas para la desinstitucionalización progresiva".

Y al *Artículo 8*, en especial *a)*, al derecho a la persona con discapacidad psíco-social a

“Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud”.

En la tradición del *Hospital Psiquiátrico de Asunción*, que es una entidad pública, la más antiguo de las existentes. Los denominados usuarios ‘*agudos*’ internados, eran medicados, luego, en el caso de no remitirse los síntomas con esta medicación, eran sometidos al electrochoque. Y, en forma ulterior, en el caso de no lograrse una remisión de síntomas esperada, se calificaba al usuario como un ‘*crónico*’. Se lo mantenía internado por tiempo indeterminado, sin esfuerzo terapéutico ulterior. Situación que la ley 7018 califica y critica como una situación de *asilo*. (Peyorativamente un ‘depósito’ de personas incurables). Esa práctica violaba el derecho muchos usuarios a recibir todo el esfuerzo asistencial posible y de los medios de atención e interdisciplinarios requeridos, lo que constituye una violación de los derechos de los pacientes.

Pero esto no corresponde a la práctica clínica del Sanatorio Eirene.

En primero lugar, no puede pedirse a un hospital privado la atención que corresponde al Estado; Eirene no dispone de los medios para atender a todos los pacientes que lo que requieran. Se provee con fondos cooperativos. En segundo lugar, ni en *Waldhaus* ni en *Chacoheim*, se ejerce la práctica clínica criticada por la ley. Los usuarios de la Casa del Bosque y de Hogar Chaqueño están atendidos en función de ‘criterios terapéuticos interdisciplinarios’.

Aplicar a Eirene las prácticas del Hospital Psiquiátrico de Asunción no es correcto. En muchos casos hay usuarios con discapacidad psico-social ‘de larga estancia’, que pueden estar en estado agudo o des compensados, con impulsos hostiles circunstanciales. Por ejemplo, en muchos casos, hay usuarios internados como ‘agudos’ --de estadía predeciblemente corta--, pueden tener recaídas u otros rasgos de cronicidad, o secuelas. El Sanatorio Eirene no debe ser mal interpretado. Pero tampoco deberían encerrarse en palaras que expresan dicotomías estrechas. No hay solo situaciones binarias: por un lado *crónicos* que responden en forma más directa a la terapéutica, que es curativa, vs.: los que son en mayor medidas menos ‘curables’, con tratamiento paliativos, que podrían estar en Hogares, porque sus usuarios no pueden recuperar autonomía. La terminología de *crónicos* y *agudos* no es precisa ni univoca⁴.

Un caso o limítrofe se verifica en la siguiente usuaria,

⁴ Pacientes de tercera edad, con problemas *múltiples*, movilidad, visión, audición requieren una asistencia permanente que las familias no les pueden dar. Si ellos cuentan con medios y pueden delegar su cuidado en una institución con capacidad de hacerlo, esto valora la vida de los usuarios. Cierta *cronicidad* o secuelas de ciertas dolencias tampoco implica que no sean tratables. Es el caso de muchas discapacidades psicosociales, por ejemplo en personalidades ciclotímicas, que pueden tener ‘recaídas’.

... (es) una entrevista no estructurada, considerando que la señora necesita hablar... Se observa que está muy bien vestida, peinada, incluso con una joya en el cuello; se desplaza sin ninguna dificultad y su lenguaje oral es fluido, con buena pronunciación, manejo del tono de voz y lógica... cuenta que la habían llevado a un 'vagón' oscuro anteriormente por 3 horas, y le dieron de tomar remedios de la noche. --En el vagón yo rezaba con mi rosario de la Inmaculada Concepción a la mañana y a la tardecita--. Interrumpe la conversación para hablar en voz bien alta, con intencionalidad que la escuchen las personas que pasan por el recinto, un salón abierto con un pasillo, por donde circulan profesionales del cuidado- "Dentro de un mes voy a salir, quieran o no quieran...", ella incluso hace trabajos de apoyo en Eirene, pues cuida a 'GF... (Una viejita internada en el mismo lugar, a quien ella le presta cuidados). Que hay pyragues mandados por el doctor y la enfermera jefe (esto lo dice con voz baja, como indicando la peligrosidad de la situación). Luego repite lo que había dicho anteriormente "En un mes salgo de acá. Este lugar es para suicidarse. Es para salir más loco de lo que uno viene". Luego se queja de que aquí no tiene celular... "Hasta el 2 de setiembre nomás me quedo, cuando hablo con celular con mi hermana, a dos metros esta la enfermera. No tengo privacidad. Esto es un infierno"... "Y ríase nomás enfermera jefa, que después va a llorar"...

La usuaria no está conforme con la terapia, como casi totalidad de los de las personas de la Casa Del Bosque. Tampoco tiene esa falta de autonomía grave de la mayoría de los internados en el Hogar Chaqueño. Habría que considerar situaciones que, siguiendo criterios terapéuticos interdisciplinarios, no están enumerados explícitamente en la ley. Como es el caso de los Hogares de Adultos Mayores y los Hogares de Tránsito, que no son hospitales, pero tampoco asumen que las personas usuarias puedan adquirir una autonomía suficiente como para una vida cotidiana sin ayuda. Estas personas necesitan apoyo (holding) --como ocurre también con ciertas personas con discapacidad orgánica que pueden tener una vida activa, no hospitalaria, pero con apoyo--.

En las entrevistas mantenidas se vio que las actitudes de los agentes de salud eran respetuosas, comprometidas, abiertas a la comunicación.

VI. Aislamiento

Las celdas de aislamiento son instalaciones de extrema protección que resultan poco o nada usadas. Con el entrenamiento del personal de salud disponible (enfermería, psicología y psiquiatría) y con las medicación disponibles, las situaciones de crisis que exigen menos control físico

VII. Conclusión y hallazgos

1. El Sanatorio Eirene tiene una práctica moderna y humanitaria, que no contradice a la Ley de Salud mental.
1. También hay buena relación con el medio familiar y comunitario del usuario, que en la mayoría pertenecen a miembros de colonias menonitas. El Sanatorio Eirene es parte de cooperativas y de una comunidad integrada.
2. No hay práctica de asilo (institucionalización negativa, segregación)

3. No hay un estudio suficiente del texto de la ley de Salud Mental en el S. Eirene.
4. Hay una rígida interpretación de la Ley, en Salud Mental. Y posiblemente también en el S. E.
5. La privacidad es sin duda una condición de la confianza y del mantenimiento del vínculo terapéutico. Rumores y ‘chismes’ son su ruptura. Pero si se busca que, no solo sean ‘curativos’ los agentes de salud sino todos los usuarios, es fundamental implantar esa ética entre los usuarios. Los grupos terapéuticos deben basarse en la sinceridad y confidencia. Eso no autorizan los reglamentos.
6. Hay un avance contra la mala estima asociada a personas con deficiencia psico-social. También hay un rasgo cultural que valora la autonomía, que, si en general es positivo, en ocasiones no lo es.
7. La participación de todo el personal, en la medida de lo posible, en las reuniones clínicas, forma a las personas y también fortalece la actitud solidaridad, empatía, con el usuario.
8. Los vínculos externos, de usuarios del S.E. siguen desarrollándose.

VIII. Recomendaciones

AL SANATORIO PSIQUIATICO EIRENE

1. Es muy importante el estudio de la Ley de Salud mental por parte de los agentes sanitarios, y apropiarse de ella superando las interpretaciones restrictivas. Remover las diferencias que son mal entendidos.
2. En el largo plazo, el S.E. en lo posible, podría plantearse el problema de la prevención, y menos largo plazo fortalecer los vínculos horizontales en el hospital.
3. La diferencia entre *Waldhaus* y *Chacoheim*, en muchos casos debería ser disminuida. De hecho, en Chacoheim hay personas diferentes, algunas más mejorables y otras que ya no tienen sino atención paliativas. En Waldhaus aparte del Aislamiento hay habitaciones para personas inquietas.
4. La terapia grupal –por ejemplo– es un complemento del proceso terapéutico, y reclama un vínculo de franqueza y confianza entre los usuarios (artículo 9). Un vínculo que la ley llama comunitario. El reglamento vigente en el 2024 restringía el vínculo comunicativo entre pares.
5. Aunque sean poco numerosos/as, HE debe hacer un protocolo para los/as menores. Artículo 32 de la Ley N° 7018.
6. Las fichas individuales de cada paciente, se enriquecerían si --además de las fichas de los encargados-- pudieran haber fichas de las discusiones interdisciplinarias, incluyendo participación de usuarios/as.
7. Estimular el avance contra la cultura de estigmatización de deficiencias psicosociales.
8. Aumentar en lo posible la participación del personal asistencial en reuniones clínicas adonde todos puedan hacer aportes.

A LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL

1. La DSM debería organizar jornadas, con el objetivo de discutir la ley 7018, con el S. E. Mejor sin las autoridades del DSM para una discusión lo más libre posible de un mal entendido que debe ser encarado.

2. La DSM por su parte deberá considerar que, siendo un Hospital privado, el S. Eirene está provisto fundamentalmente por aportes cooperativos y no tiene los medios para proveer servicios diversificados que está desarrollando el Ministerio por indicación de la 7018.




José Carlos Rodríguez
Comisionado Nacional
Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura

ANEXO FOTOGRAFICO



Reunión de trabajo y presentación del plan de visita a la autoridad del Sanatorio



El Comisionado Nacional, Escabina y Equipo Técnico de Monitoreo realizaron observación de las instalaciones del Sanatorio; patio y jardín, senderos de sector a sector.

Entrevistas individuales y grupales realizadas



Reunión de Trabajo y entrevistas a las trabajadoras del sector Waldhaus



Entrevista individual a una persona usuaria internada

**Registro fotográficos de la observación directa realizada a las instalaciones físicas del
Sanatorio Psiquiátrico Eirene**



Sala de tipo domiciliario en el sector de Chacoheim



Cocina-comedor del sector Chacoheim



Sanitarios de las habitaciones de alojamiento en el sector de Chacoheim



Sector de Terapia Ocupacional



Sector de Terapia Ocupacional



Sector de Terapia Ocupacional



José Carlos Rodríguez
Comisionado Nacional
Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura