



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

Instrumento de relevamiento de **SECTORES PARA VISITANTES**

(Completar con Anexo nro. 1 Seguridad, Higiene y Mantenimiento)

Fecha:	
Hora de ingreso:	
Hora de salida:	
Unidad:	
UR/Módulo:	
Nombre de observador/asesor:	
Cantidad de alojado/as en la Unidad:	

**1. ESPACIOS DE ESPERA**

Dimensiones en m <sup>2</sup> (lado x lado):	
Acceso para movilidad reducida: (rampas, barandas, acceso sillas de ruedas, baños discapacitados)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

**1.A Estructura**

¿Es cerrado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Es abierto?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Si son abiertos. ¿Están techados?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿El piso está pavimentado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Posee juegos y/o recreación para niño/as?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay una zona de espera con asientos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay taquillas o lockers para guardado de pertenencias de las vistas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Tienen llave las taquillas o lockers?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

**1.B Sanitarios**

¿Hay sanitarios exclusivos para el sector?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Si no hay ¿Qué sanitario se usa?:				
Cantidad de inodoros:				
¿Cuántos funcionan?:				
¿Los inodoros tienen tapa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay papel higiénico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Cantidad de mingitorios:				
¿Cuántos funcionan?:				
Cantidad de letrinas:				
¿Cuántos funcionan?:				
¿Los inodoros/mingitorios y letrinas tienen tabiques y puertas que resguarden la intimidad?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Cantidad de lavatorios:				
¿Cuántos funcionan?:				
¿Hay sanitarios adaptados para niño/as? (lavatorios e inodoros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay acceso al agua?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay agua caliente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay jabón u otro elemento para higienizarse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay cambiador de bebés?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay espejo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay iluminación artificial?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

¿Las instalaciones eléctricas son seguras? (sin cableado aéreo, sin instalación clandestina, con tomacorriente, interruptor y portalámpara)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay tacho de basura?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay basura en el suelo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay desechos biológicos? (heces, orina, lixiviado, otros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>
¿Se percibe mal olor?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay insectos/ratas u otros vectores? (observables)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay agua estancada en el suelo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay azulejos rotos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las paredes está en buen estado general (sin revoque desprendido, filtraciones, escritura, machas)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies? (hongos y/o agua)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		N/A <input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES/NOTAS DE CAMPO:**

.....  
.....  
.....  
.....



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

Instrumento de relevamiento de **SECTORES PARA VISITANTES**

(Completar uno por cada salón de visitas y complementar con Anexo nro. 1)

Fecha:	
Hora de ingreso:	
Hora de salida:	
Unidad:	
UR/Módulo:	
Nombre de observador/asesor:	
Cantidad de alojado/as en la UR/Módulo (para los complejos):	

**SALONES DE VISITAS**

Cantidad de salones:	
Acceso para movilidad reducida: (rampas, barandas, acceso sillas de ruedas, baños discapacitados)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

**1.A. Estructura**

**1.A.1 Área cubierta**

Dimensiones en m <sup>2</sup> (lado x lado):	
Cantidad de mesas:	
Cantidad de sillas:	
¿Las mesas son móviles?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Las mesas se encuentran en buen estado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Las mesas son suficientes teniendo en cuenta la cantidad de visitantes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Las sillas son móviles?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Las sillas se encuentran en buen estado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>



### Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

¿Las sillas son suficientes teniendo en cuenta la cantidad de visitantes?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay juego y/o recreación para niño/as?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay artefactos para calentar alimentos y/o agua?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay artefactos para refrigerar alimentos y/o agua?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay acceso al agua en el sector?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿El agua es potable?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

#### 1.A.2 Área al aire libre

¿Existe un área al aire libre?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Dimensiones en m <sup>2</sup> (lado x lado):				
Cantidad de mesas:				
Cantidad de sillas:				
¿Las mesas son móviles?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunas <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las mesas se encuentran en buen estado?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunas <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las mesas son suficientes teniendo en cuenta la cantidad de visitantes?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Las sillas son móviles?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las sillas se encuentran en buen estado?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las sillas son suficientes teniendo en cuenta la cantidad de visitantes?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿El piso está pavimentado?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay juego y/o recreación para niño/as?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay tacho de basura?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay basura en el suelo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

¿Hay desechos biológicos? (heces, orina, lixiviado, otros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Se percibe mal olor?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay insectos/ratas u otros vectores? (observables)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay agua estancada en el suelo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

**1.B Sanitarios**

¿Hay sanitarios exclusivos para el sector?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Si no hay ¿Qué sanitario se usa?:				
Cantidad de inodoros:				
¿Cuántos funcionan?:				
¿Los inodoros tienen tapa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay papel higiénico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
Cantidad de mingitorios:				
¿Cuántos funcionan?:				
Cantidad de letrinas:				
¿Cuántos funcionan?:				
¿Los inodoros/mingitorios y letrinas tienen tabiques y puertas que resguarden la intimidad?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Cantidad de lavatorios:				
¿Cuántos funcionan?:				
¿Hay sanitarios adaptados para niño/as? (lavatorios e inodoros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay acceso al agua?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay agua caliente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

¿Hay jabón u otro elemento para higienizarse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay cambiador de bebés?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay espejo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay iluminación artificial?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Las instalaciones eléctricas son seguras? (sin cableado aéreo, sin instalación clandestina, con tomacorriente, interruptor y portalámpara)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunas <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay tacho de basura?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay basura en el suelo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay desechos biológicos? (heces, orina, lixiviado, otros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Se percibe mal olor?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay insectos/ratas u otros vectores? (observables)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay agua estancada en el suelo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay azulejos rotos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las paredes está en buen estado general? (sin revoque desprendido, filtraciones, escritura, machas)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies? (hongos y/o agua)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	

**OBSERVACIONES/NOTAS DE CAMPO:**

.....  
.....  
.....  
.....



## Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

Instrumento de relevamiento de **SECTORES PARA VISITANTES**  
(Completar uno por cada habitación y complementar con Anexo nro. 1)

Fecha:	
Hora de ingreso:	
Hora de salida:	
Unidad:	
UR/Módulo:	
Nombre de observador/asesor:	
Cantidad de alojado/as en la UR/Módulo (para los complejos):	

### 1. HABITACIONES DE VISITAS ÍNTIMAS

Cantidad de habitaciones:	
Cantidad de habitaciones en uso:	
Cantidad de habitaciones clausuras:	

### 2.A Estructura

Dimensiones en m <sup>2</sup> (lado x lado):	
Acceso para movilidad reducida: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> N/A (rampas, barandas, acceso sillas de ruedas, baños discapacitados)	
¿Hay privacidad? (puerta, lejos de sectores de transito)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay acceso a preservativos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay cama dos plazas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿La cama tiene cobertor impermeable?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>





### Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

¿Hay mesa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay sillas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Cantidad de sillas:			
¿Hay perchero u otro mobiliario para guardado de pertenencias (taquillas)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay timbre de emergencia?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

#### 2.B Sanitarios

¿Hay sanitario exclusivo en la habitación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Si no hay ¿Qué sanitario se usa?			
¿El sanitario se encuentra diferenciado de la habitación en forma virtual o física?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Funciona el inodoro?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿El inodoro tiene tapa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay papel higiénico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Funciona el lavatorio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay ducha?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿La ducha tiene cortina?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay acceso al agua?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay agua caliente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay jabón u otro elemento para higienizarse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay espejo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay iluminación artificial?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las instalaciones eléctricas son seguras? (sin cableado aéreo, sin instalación clandestina, con tomacorriente, interruptor y portalámpara)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

¿Hay tacho de basura?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay basura en el suelo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay desechos biológicos? (heces, orina, lixiviado, otros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Se percibe mal olor?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay insectos/ratas u otros vectores? (observables)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay agua estancada en el suelo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay azulejos rotos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las paredes está en buen estado general? (sin revoque desprendido, filtraciones, escritura, machas)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies? (hongos y/o agua)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES/NOTAS DE CAMPO:**

.....

.....

.....

.....