

PAUTA DE ENTREVISTA INTERNOS E INTERNAS

Realizar al menos una entrevista por módulo visitado en la unidad penal. Esta entrevista es confidencial y anónima. Si se requiere realizar una denuncia por Tortura o malos tratos, utilizar pautas 900 y 901.

NOMBRE DEL RECINTO:		FECHA:	
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR/A:			

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ENTREVISTADA (Marque todas las que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Imputados/as	<input type="checkbox"/> Evangélico/a	<input type="checkbox"/> Católico/a
<input type="checkbox"/> Condenados/as	<input type="checkbox"/> Trabajador/a para la unidad penal	<input type="checkbox"/> Trabajador/a CET
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Juvenil	<input type="checkbox"/> Adultos mayores
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Pueblo Originario (Pauta 3.1.4)	<input type="checkbox"/> Extranjeros/as (Pauta 3.1.3)
<input type="checkbox"/> LGTBI+ (Pauta 3.1.2)	<input type="checkbox"/> Madre con hijo/a menor de dos años viviendo en la unidad penal	<input type="checkbox"/> Embarazada (Pauta 16.1)
Nombre del módulo dónde habita normalmente:		

A. COMUNICACIONES			
A.1 COMUNICACIÓN CON EXTERIOR - TELEFONO			
¿Hay teléfonos públicos en la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase al siguiente) <input type="checkbox"/> N/A		
¿Pueden acceder libremente a los teléfonos públicos (sin turnos, pedir permiso o "listas de espera")?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Puede comunicarse libremente vía telefónica con su abogado/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Puede comunicarse libremente con su representante diplomático? (solo en caso de ser extranjero/a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Puede comunicarse libremente vía telefónica con sus familiares/cercanos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Puede comunicarse libremente vía telefónica con sus familiares/cercanos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
A.2 COMUNICACIÓN CON EXTERIOR - VISITAS			
¿Puede recibir visitas de familiares/cercanos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	No ¿Por qué? Pase al punto siguiente	
¿Puede acceder a visitas íntimas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿Cómo califica el trato de los funcionarios/as a las visitas durante la revisión?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo		
¿Tiene conocimiento de si se obliga a cambiar toalla higiénica a mujeres en la revisión de visitas?	<input type="checkbox"/> Sí se hace <input type="checkbox"/> No se hace <input type="checkbox"/> No sabe		
¿Tiene conocimiento de si se revisa por medios tecnológicos (paletas, silla boss) a las visitas?	<input type="checkbox"/> Sí se hace <input type="checkbox"/> No se hace <input type="checkbox"/> No sabe		
¿Tiene conocimiento de si se realiza desnudamiento total o parcial a las visitas como condición de ingreso?	<input type="checkbox"/> Sí se hace <input type="checkbox"/> No se hace <input type="checkbox"/> No sabe		

¿Tiene conocimiento de si se le revisa el cuerpo a las visitas durante la revisión? (tocaciones)	<input type="checkbox"/> Sí se hace <input type="checkbox"/> No se hace <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Tiene conocimiento de si se obliga a realizar sentadillas a las visitas durante la revisión?	<input type="checkbox"/> Sí se hace <input type="checkbox"/> No se hace <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Tiene conocimiento de si se desnuda a niños y niñas durante la revisión?	<input type="checkbox"/> Sí se hace <input type="checkbox"/> No se hace <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Tiene conocimiento de si se obliga a cambiar pañales a niños/as durante la revisión de visitas?	<input type="checkbox"/> Sí se hace <input type="checkbox"/> No se hace <input type="checkbox"/> No sabe	

B. REGIMEN DE VIDA				
B.1 ORGANIZACIÓN DEL DÍA A DÍA EN LA UNIDAD PENAL				Observaciones (solo si es necesario)
Hora de desencierro		Hora de encierro		
¿Los funcionarios/as respetan el horario establecido de desencierro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Tienen acceso a patio durante desencierro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Cuántas horas diarias tienen acceso al patio?		horas diarias		
Indique si alguno de estos grupos no tiene acceso a patio: jóvenes, mujeres condenadas o imputadas, indígenas, extranjeros/as, adultos mayores, embarazadas, LGBTI+ u otro				
B.2 CONVIVENCIA INTERNA EN LA UNIDAD PENAL				Observaciones (solo si es necesario)
¿Cómo es la relación entre internos/as?	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala	
¿Cómo es el trato del personal civil hacia internos/as?	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo	
¿Cómo es el trato del personal uniformado hacia internos/as?	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo	
B.3 ALIMENTACIÓN Y COMIDA				Observaciones (solo si es necesario)
Hora de la entrega de la primera comida del día (desayuno)		Hora de la entrega del almuerzo		
Hora de la entrega de la cena		Hora de la entrega de la colación (si la hay)		Cantidad de horas entre la última comida del día y la primera del día siguiente
¿Reciben desde Gendarmería cubiertos para comer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Señale con qué comen) <input type="checkbox"/> N/A			
¿Reciben desde Gendarmería platos o bandejas para comer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Señale con qué comen) <input type="checkbox"/> N/A			
¿Considera que la cantidad de comida repartida a los internos/as es similar entre sí?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Considera que la distribución de la comida es limpia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿La comida que llega a su módulo todavía tiene una buena temperatura (comida caliente)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Hay comedor que se use como tal (central o módulo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Indique dónde comen) <input type="checkbox"/> N/A			
¿La calidad de la comida que recibe es?	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala	

¿La cantidad de la comida que recibe es:?	<input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente	
Si lo requiere: ¿Le entregan dietas especiales por motivos de salud (diabéticos, hipertensos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
Si lo requiere: ¿Le entregan dietas especiales por motivos culturales indígenas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
Si lo requiere: ¿Le entregan dietas especiales por otros motivos culturales (veganos, vegetarianos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
B.4 ECONOMATO		Observaciones (solo si es necesario)
¿Hay economato?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Considera que los precios de los productos que venden en el economato son más altos, iguales o más bajos que en el exterior?	<input type="checkbox"/> Más altos <input type="checkbox"/> Iguales <input type="checkbox"/> Más bajos	
¿Considera que la variedad de productos que venden en el economato es suficiente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
B.5 HIGIENE Y ACCESO A AGUA Y BAÑO		Observaciones (solo si es necesario)
¿Recibe desde Gendarmería artículos de limpieza para la celda (ej.: escoba, cloro, trapos, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Gendarmería le proporciona papel higiénico y jabón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Tiene acceso libre a agua las 24 horas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Tiene acceso libre al baño las 24 horas? (sin barreras, sin tener que pedir permiso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
B.6 ROPA DE CAMA		Observaciones (solo si es necesario)
¿Gendarmería le proporciona frazadas, mantas o cubrecamas para su cama?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Gendarmería le proporciona sábanas para su cama?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
B.7 PREVENCIÓN DE RIESGOS		Observaciones (solo si es necesario)
¿Le han realizado alguna capacitación sobre cómo usar los extintores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Conoce las vías de evacuación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Sabe dónde se ubica la zona de seguridad de la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Conoce los protocolos para casos de catástrofe (incendios, terremotos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Ha participado en algún simulacro de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
B.8 INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS INTRAPENITENCIARIOS DE SALIDA (APLICAR SOLO A CONDENADOS/AS)		Observaciones (solo si es necesario)
¿Conoce los requisitos para postular a beneficios intrapenitenciarios de salida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Le informan sobre el proceso de postulaciones a beneficios intrapenitenciarios de salida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Quién le ha informado sobre las postulaciones a beneficios intrapenitenciarios de salida?	<input type="checkbox"/> Funcionarios uniformados <input type="checkbox"/> Familiares/cercanos	<input type="checkbox"/> Otros (¿Cuáles?)
¿A través de qué formas le informan los funcionarios sobre las postulaciones a beneficios intrapenitenciarios de salida?	<input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Conversaciones informales	<input type="checkbox"/> Reuniones <input type="checkbox"/> Otros (¿Cuáles?)

C. REINSERCIÓN Y ACCESO IGUALITARIO			
C.1 ACTIVIDADES LABORALES DE LOS INTERNOS/AS			Observaciones (solo si es necesario)
¿Usted trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Usted trabaja para la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Tipo de trabajo que realiza	<input type="checkbox"/> En CET		<input type="checkbox"/> En mantenimiento/aseo
	<input type="checkbox"/> En cocina de internos/as		<input type="checkbox"/> En cocina de funcionarios/as
	<input type="checkbox"/> Otro (¿Cuál?)		
Cantidad de días de trabajo a la semana		Cantidad horas de trabajo diario	
C.2 TRABAJADORES/AS POR CUENTA PROPIA (SOLO PARA QUIENES TRABAJAN POR CUENTA PROPIA)			Observaciones (solo si es necesario)
¿Usted trabaja por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Tipo de trabajo que realiza	<input type="checkbox"/> Como artesano/a <input type="checkbox"/> Otro		¿Cuál?
¿Tiene acceso a un taller para trabajar por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Tiene algún inconveniente para trabajar por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Puede ingresar materiales y herramientas de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿A través de qué medio vende sus productos?	<input type="checkbox"/> funcionarios uniformados		<input type="checkbox"/> funcionarios civiles
	<input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> cercanos		<input type="checkbox"/> Otros (¿Cuáles?)
¿Los funcionarios/as le han cobrado por vender sus productos en el exterior? (Cobro ilegal, fuera de regla)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
C.3 ACTIVIDADES RECREATIVAS			Observaciones (solo si es necesario)
¿Se desarrollan talleres de deportes en la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Usted asiste a estos talleres de deportes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Indique 2 ejemplos de talleres deportivos recientes que se hayan impartido en la unidad penal	Ejemplo 1		
	Ejemplo 2		
¿Se desarrollan talleres recreativos en la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Usted asiste a estos talleres recreativos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Indique 2 ejemplos de talleres recreativos recientes que se hayan impartido en la unidad penal	Ejemplo 1		
	Ejemplo 2		
C.4 ESCUELA Y EDUCACIÓN			Observaciones (solo si es necesario)
¿Usted asiste a la escuela penal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Ha tenido problemas para ir a la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Lo/la han amenazado alguna vez con no dejarle asistir a la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Le han prohibido ir a clases? (como castigo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
¿Cómo califica el trato de los profesores y profesoras a los estudiantes?	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo

C.5 SALUD: En la unidad penal:			Observaciones (solo si es necesario)
¿Cuándo ha necesitado atención en la Enfermería, la ha recibido rápidamente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Ha servido para su recuperación la atención prestada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Cómo califica el trato del personal de la Enfermería (médicos, paramédicos/as, enfermeros/as)?	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo	
¿La consulta médica es privada entre el personal de salud y el/la paciente (sin gendarmes presentes)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Le informan de forma verbal y escrita sobre sus enfermedades, tratamiento y atenciones realizadas?	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Escrita	
	<input type="checkbox"/> No le informan	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Le entregan medicamentos suficientes para el tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Le autorizan ingresar medicamentos para su enfermedad con sus visitas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Pueden acceder a consulta con médico general de la Unidad Penal? (No paramédico)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Pueden acceder a consulta con médico especialista de la Unidad Penal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Pueden acceder a consulta con dentista de la unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Puede hacerse exámenes médicos periódicos? (exámenes de sangre, radiografías, etc.) (dentro o fuera de la unidad penal)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Puede ver su propia ficha clínica en la Enfermería de la Unidad Penal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Cómo califica la calidad de la atención en salud de la Unidad Penal?	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	
	<input type="checkbox"/> Mala		
¿Puede acceder a atención de salud propia de su cultura y pueblo originario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
C.6 SALUD DE MUJERES (APLICAR SOLO A MUJERES)			Observaciones (solo si es necesario)
¿Le entregan anticonceptivos cuando los ha pedido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Tiene acceso a servicios de salud ginecológica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
¿Sabe si se utilizan esposas o grilletes en traslados de mujeres embarazadas?	<input type="checkbox"/> Sí se hace	<input type="checkbox"/> No se hace	
	<input type="checkbox"/> No sabe		
C.7 MÓDULO DE MUJERES CON HIJOS O EMBARAZADAS (Preguntas sólo para internas en unidades penales donde hay Módulo de mujeres con hijos o embarazadas)			Observaciones (solo si es necesario)
¿Usted vive o ha vivido en el módulo de mujeres con hijos o embarazadas?	<input type="checkbox"/> Sí (Aplique pauta de entrevista mujeres con hijos o embarazadas)	<input type="checkbox"/> No (Continúe a punto siguiente)	

D. USO DE LA FUERZA				
D.1 ALLANAMIENTOS A LOS MÓDULOS O CELDAS DE LOS INTERNOS/AS			Observaciones (solo si es necesario)	
¿Hacen allanamientos a las celdas o módulos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	No: Pase a punto siguiente
¿Los/as funcionarios/as golpean a internos/as durante allanamientos a las celdas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/as funcionarios/as insultan a internos/as durante allanamientos a las celdas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/as funcionarios/as destruyen pertenencias de los internos/as durante allanamientos a las celdas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/as funcionarios/as utilizan elementos como gas pimienta, esposas o grilletes durante allanamientos a las celdas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/as funcionarios/as obligan a los internos/as a desnudarse revisan durante allanamientos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/as funcionarios/as han buscado objetos en su cuerpo o en el de otros internos/as por medios tecnológicos durante los allanamientos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Los/as funcionarios/as han buscado objetos en su cuerpo o en el de otros internos/as por medios manuales durante los allanamientos? (tocaciones)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Has sido testigo de malos tratos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Has padecido de agresiones físicas en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Realizaste la denuncia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Sabes el estado actual de la denuncia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Quisieras realizar ahora una denuncia por tortura o malos tratos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	Si la respuesta es sí, ocupar pautas 900 y 901.
D.2 CASTIGOS EXTRARREGLAMENTARIOS			Observaciones (solo si es necesario)	
¿Lo/la han trasladado como castigo dentro de esta unidad penal? (a usted o a otro/a interno/a)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Lo han amenazado con trasladarlo a otra unidad penal como castigo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Han trasladado a sus compañeros/as a otra unidad penal como castigo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Se realiza práctica de "pago al contado" (golpes y/o ejercicios físicos)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A	
¿Qué tipo de prácticas?				
D.3 CELDAS DE CASTIGO/AISLAMIENTO			Observaciones (solo si es necesario)	
¿Ha estado recluido/a en celda de aislamiento o castigo en esta unidad penal?	<input type="checkbox"/> Sí (Aplique pauta de entrevista de reclusión en celda de aislamiento o castigo según corresponda)			
	<input type="checkbox"/> No (Fin de entrevista)			
OBSERVACIONES:				