Trabajo

ENCUESTA DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Ministerio del Trabajo, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré en esta encuesta, con el fin de identificar riesgos y determinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población de madres comunitarias.

CONTROL E IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

Fecha de diligenciamiento de la encuesta (DD/MM/AA) _____

Departamento: _____

Municipio: _____

Lugar de realización de la encuesta_____

1.SECCIÓN INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA:

Nombre y apellido de la Madre Comunitaria: _____

Identificación_____

Teléfono: _____

Edad: _____

SECCIÓN DE CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD COMO MADRE COMUNITARIA:

1. ¿Cuántos años lleva desempeñándose como madre comunitaria?
   a) Menos de 1 año ___
   b) Entre 1 y 5 años ___
   c) Entre 6 y 10 años ___
   d) Más de 10 años ___

2. ¿Cuántos niños o niñas atiende actualmente en el hogar comunitario?
   a) Menos de 10 ___
   b) Entre 10 y 14 ___
   c) Entre 15 y 20 ___
   d) Más de 20 ___

3. ¿Cuáles de estas actividades realiza en el Hogar Comunitario?
   a) Cuidado y supervisión de los niños y niñas___
   b) Preparación y suministro de alimentos___
   c) Actividades pedagógicas y recreativas___
   d) Limpieza y desinfección de las instalaciones___
   e) Atención a padres de familia o acudientes___
   f) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) ___
   g) Todas las anteriores

Trabajo

4. Es ustedes madre comunitaria remunerada?
   a) Si ____
   b) b) No____

5. ¿Cuál es su jornada laboral?
   a) Mañana ___
   b) Tarde ____
   c) Mañana y tarde_____

SECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL:

6. A qué régimen de salud pertenece:

   a) Subsidiado (Sisbén) ___
   b) Contributivo cotizante (EPS) ___
   c) Contributivo beneficiario (EPS) __
   d) Vinculado ___
   e) No sabe ___

7. ¿Está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (ARL)?

   a) Si ___
   b) No ___

8. ¿Se encuentra cubierto en algún programa de protección para la vejez?
   a) Pensiones ___
   b) BEPS ___
   c) Programa Colombia Mayor ___
   d) Ninguno ___

SECCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD Y AUTOCUIDADO:

9. ¿Su estado de salud en general es?
   a) Muy bueno____
   b) Bueno___
   c) Regular___
   d) Malo____

10. ¿Con qué frecuencia experimenta situaciones de estrés o agotamiento relacionadas con su trabajo?

    a) Nunca ____
    b) Algunas veces ____
    c) Frecuentemente ____
    d) Siempre ____

11. ¿Se alimenta adecuadamente durante la jornada laboral?

    a) Siempre ___
    b) Casi siempre ____
    c) Algunas veces ____
    d) Nunca ____

12. ¿Reconoce cuándo necesita descanso?

    a) Siempre ____
    b) Casi siempre ____
    c) Algunas veces ____
    d) Nunca ____

13. ¿Solicita ayuda cuando se siente sobrecargada?

    a) Siempre ____
    b) Casi siempre ____
    c) Algunas veces ____
    d) Nunca ____

14. ¿Considera su bienestar una prioridad?

    a) Siempre ____
    b) Casi siempre ____
    c) Algunas veces ____
    d) Nunca ____

Trabajo

RIESGO ERGONÓMICO

15. ¿Su trabajo le exige la adopción de posturas o movimientos forzados?

    a) Si___
    b) No____

16. ¿Su trabajo le exige la realización de movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo?

    a) Si ___
    b) No ___

17. ¿Realiza pausas (de descanso) durante su jornada laboral?

    a) Si ___
    b) No ___

18. ¿Su trabajo le exige levantar, trasladar o arrastrar cargas, personas, u otros objetos pesados?

    a) Si ___
    b) No ___

19. ¿Ha presentado molestias físicas relacionadas con su trabajo? (dolor de espalda, cuello, brazos, piernas u otros)

    a) No ___
    b) Sí, ocasionalmente ___
    c) Sí, con frecuencia ___

RIESGOS FÍSICOS:

20. ¿Cómo considera la iluminación en su lugar de trabajo para el desarrollo de sus tareas?

    a) Suficiente ___
    b) Excesiva ____
    c) Insuficiente ___

21. ¿En su lugar de trabajo hay ruidos tan altos, que no permiten seguir una conversación a un metro de distancia, sin elevar la voz?

    c) Si___
    d) No____

22. ¿En su lugar de trabajo la temperatura es no confortable por mucho frío o mucho calor?

    a) Si___
    b) No____

23. ¿En su trabajo está expuesto a radiación solar?

    a) Si ___
    b) No ___

RIESGOS QUÍMICOS:

24. ¿Utiliza productos químicos?

    a) Si___
    b) No____

25. ¿Los empaques de los productos químicos que usa contienen información sobre los peligros de esas sustancias que pueden afectar su salud?

    a) Si___
    b) No____

Trabajo

26. En el desarrollo de su actividad se expone a gases y vapores:

a) Si ____
b) No ____

27. ¿En su lugar de trabajo las actividades que realiza generan humos o polvos?

a) Si ___
b) No ____

RIESGO PISCOSOCIAL:

28. ¿Ha estado expuesta alguna de las siguientes situaciones de violencia en el lugar donde realiza su actividad: Insultos, apodos, comentarios dolorosos, burlas por su apariencia, golpes, empujones, ¿u otros?

a) Si___
b) No____

29. ¿Se siente satisfecha con el trabajo que realiza?

a) Si___
b) No____

30. ¿Con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada al finalizar su jornada laboral?

a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca __

31. ¿Siente que las responsabilidades de su trabajo son demasiado exigentes?

a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

32. ¿Siente presión por cumplir con todas las actividades asignadas?

a) Siempre ___
b) Casi siempre ___
c) Algunas veces ___
d) Nunca ____

33. ¿El trabajo afecta su estado de ánimo fuera de la jornada laboral?
a) Siempre ____
b) Casi siempre ____
c) Algunas veces ___
d) Nunca ___

34. En su labor como madre comunitaria, ¿con qué frecuencia se siente emocionalmente agotada o sobrecargada por las responsabilidades del cuidado de los niños y niñas?

a) Nunca
b) Rara vez
c) A veces
d) Frecuentemente

35. Considera que cuenta con el apoyo suficiente (institucional, familiar o comunitario) para afrontar las situaciones difíciles que se presentan en su labor?

a)Si. b) No

_____

Trabajo

RIESGOS LOCATIVOS:

36. ¿Considera que se encuentra expuesta a superficies irregulares o resbalosas?
    a) Si ____
    b) No ____

37. ¿Tiene un lugar dispuesto para el almacenamiento de materiales, juguetes y elementos de trabajo?

    a) Si ____
    b) No ____

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES DE TRABAJO:

38. ¿Creé que su trabajo afecta su salud?
    a) Si ____
    b) No ____

39. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el trabajo?
    a) Si _____
    b) No _____

40. ¿Ha sufrido algún accidente durante su actividad?
    a) Si ___
    b) No ____

    _____

41. ¿Ha recibido capacitación u orientación sobre seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de su labor?
    a) Sí
    b) No

42. ¿A quién recurre principalmente cuando tiene dificultades o inquietudes relacionadas con su labor?
    a) Coordinación del ICBF
    b) Otras madres comunitarias
    c) Entidad territorial / institucional
    d) No suelo acudir a nadie

43. Desde su experiencia, ¿cuál considera que es el principal riesgo o dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? (Respuesta abierta)

Elaboro: xxxxxxxxx
Dirección de Riesgos Laborales/
Ministerio del Trabajo.