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:

_____

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___
d) Gestión administrativa (registros, informes, asistencia) ___
f) Todas las anteriores___

Trabajo

4. ¿Es ustedes madre comunitaria remunerada?

a) Si ____

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 ____

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?
a) Si___
b) 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____

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___

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. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si_____

¿Cuáles?

_____

_____

b) No____

43. ¿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

44.Desde su experiencia, ¿cuál considera que es la principal dificultad que enfrenta en el desarrollo de su trabajo como madre comunitaria? Respuesta abierta:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

45. ¿Durante su actividad de cuidadora considera que está expuesta a otros riesgos adicionales?

a) Si__

¿Cuáles?

_____

_____

b) No____

Elaboró: Marian Johana Carmona López, Laura Marcela Correa Yepes, Claudia Roció Moreno Prieto/ Dirección de Riesgos Laborales/ Ministerio del Trabajo.