

14.2 Cuestionario de condiciones de trabajo, seguridad y salud Perú-CENSOPAS/INS

“Buenos días/tardes/noches, mi nombre es, soy *encuestador* y trabajo para el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud (*mostrar su credencial de identificación*). Estamos desarrollando la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, Seguridad y Salud 2015, con el propósito de conocer las características de trabajo, seguridad y salud en nuestro país, los datos proporcionados serán tratados con carácter estrictamente confidencial.

Su vivienda ha sido seleccionada, por lo que le solicito su amable colaboración, el tiempo de aplicación es de aprox. 20 minutos”.

Explicar tiempo y motivar a que participe, luego realizar las Preguntas filtro:

¿Qué edad tiene usted en años cumplidos?	¿Ha trabajado usted al menos una hora la semana anterior?	Estaba temporalmente ausente de su trabajo por vacaciones, enfermedad, permiso etc.?
Indicar número _____	Si (1) (pase P3) No (2)	Si (1) No (2)

De NO cumplir con los criterios de inclusión, registrar la vivienda en hoja de incidencia, agradecer la participación y retirarse.

De cumplir con los criterios de inclusión, continuar con la encuesta:

Encuestador:			

CODIGO	
Conglomerado	
Nro. de vivienda	

Región	
Provincia	
Distrito	
Zona	

Nro. visita	Fecha de entrevista	Hora inicio	Hora término
1			
2			
3			
4			

Sexo:	Teléfono:	N° DNI
M () F ()		

3. ¿En dónde nació usted?	4. ¿Cuál es el último año, grado o nivel de instrucción que usted aprobó o completó?
Distrito: _____ (Especifique)	Sin nivel [__] (1) Educación inicia [__] (2) Primaria incompleta [__] (3) Primaria completa [__] (4) Secundaria incompleta [__] (5) Secundaria completa [__] (6) Superior no universitaria incompleta [__] (7) Superior no universitaria completa [__] (8) Superior universitaria incompleta [__] (9) Superior universitaria completa [__] (10)
Departamento: _____ (Especifique)	
Otro país: _____ (Especifique)	

Las siguientes preguntas se refieren a su trabajo principal, es decir, al que dedicó más tiempo en los últimos 30 días.

<p>5. ¿A qué se dedica usted en su trabajo? (Ejem: profesor de educación secundaria, abogado, peón agrícola, agricultor, vendedor ambulante de comida, etc.)</p> <p>_____</p> <p><small>(Registrar literalmente lo que diga el entrevistado/a) identificar su puesto o actividad principal</small></p>	<p>5.1 Indíqueme dos funciones o tareas principales que realiza en su trabajo (principales tareas)</p> <p>_____</p> <p><small>(Registrar literalmente lo que diga el entrevistado/a) identificar su puesto o actividad principal</small></p>
<p>6. ¿Cuál es la principal actividad económica de la empresa, organización o institución en la que usted trabaja o a la que usted se dedica? (ejem. confección de vestidos, cultivo de arroz, crianza de ganado vacuno, venta de abarrotes al por mayor, venta de comida, etc.)</p> <p>_____</p> <p><small>(Registrar literalmente lo que diga el entrevistado/a)</small></p>	<p>7. Aproximadamente ¿cuántas personas, incluyéndose usted, trabajan en su empresa?</p> <p>Colocar número _____</p> <p>7.1 Aproximadamente ¿cuántas personas, incluyéndose usted, trabajan en su área de trabajo?</p> <p>Colocar número _____</p>

B. Condiciones de empleo

En su trabajo principal...

<p>8. A la semana ¿Cuántas horas trabaja usted como promedio?</p> <p>Indicar número de horas _____</p> <p><small>(Si el encuestado tiene dificultades en calcular pedirle horas promedio del día, y ayudar a calcular)</small></p>	<p>9. Habitualmente ¿Qué días de la semana trabaja?</p> <p><input type="checkbox"/> (1). Lunes a viernes; <input type="checkbox"/> (2). Lunes a sábado; <input type="checkbox"/> (3). Lunes a Domingo; <input type="checkbox"/> (4). Sólo fines de semana y festivos o feriados; <input type="checkbox"/> (5). Días irregulares o no fijos o movibles</p>					
<p>10. Habitualmente ¿Qué tipo de jornada u horario de trabajo tiene usted?</p> <p><input type="checkbox"/> (1). Jornada mañana y tarde <input type="checkbox"/> (2). Jornada continua, de mañana <input type="checkbox"/> (3). Jornada continua, de tarde-noche <input type="checkbox"/> (5). Turnos rotativos, excepto el turno de noche <input type="checkbox"/> (4). Jornada continua, de noche-madrugada <input type="checkbox"/> (6). Turnos rotativos, incluyendo el turno de noche <input type="checkbox"/> (7). Jornadas irregulares o variables según los días <input type="checkbox"/> (8). Otros (especificar) _____</p>	<p>11. Actualmente, ¿tiene usted descuento, aporta, está afiliado o registrado en algún sistema de jubilación (ONP/AFP)?</p> <p><input type="checkbox"/> (0) No <input type="checkbox"/> (1) Sí, a Oficina de Normalización Previsional (ONP) <input type="checkbox"/> (2) Administradora de fondos de pensiones (AFP) <input type="checkbox"/> (3) otro <input type="checkbox"/> (8) No Sabe <input type="checkbox"/> (9) No Responde</p>	<p>11.1 Actualmente, ¿tiene usted descuento, aporta, está afiliado o registrado en algún sistema de salud (EsSalud, EPS)?</p> <p><input type="checkbox"/> (0) No <input type="checkbox"/> (1) Sí, a EsSalud <input type="checkbox"/> (2) Sí, a Entidades prestadoras de salud (EPS) <input type="checkbox"/> (3) otro <input type="checkbox"/> (8) No Sabe <input type="checkbox"/> (9) No Responde</p>				
<p style="text-align: center;">En su trabajo principal, ¿usted puede ...</p>			Si	No	No sabe	No responde
<p>12. ¿Tomarse vacaciones pagadas sin problema?</p>			1	2	8	9
<p>13. ¿Tomarse los días feriados o de descanso sin problema?</p>			1	2	8	9
<p>14. ¿Tomarse el descanso médico, licencia o reposo sin problema y cuando lo necesita?</p>			1	2	8	9

15. ¿Ir al médico cuando lo necesita sin problema?	1	2	8	9
16. ¿Hacer uso de la licencia o permiso de maternidad o paternidad?	1	2	8	9
17. En su trabajo principal, ¿usted es...?	(Sólo para 17= 3, 4 o 5)			
<input type="checkbox"/> (1) Patrón o empleador (dueño, propietario o socio) (pasa P20) <input type="checkbox"/> (2) Trabajador independiente o por cuenta propia (pasa P20)	18. En su trabajo principal, ¿tiene usted un contrato o acuerdo...?			
	<input type="checkbox"/> (1) Escrito <input type="checkbox"/> (2) Oral o verbal <input type="checkbox"/> (3) No tiene contrato <input type="checkbox"/> (8) No Sabe <input type="checkbox"/> (9) No Responde			
<input type="checkbox"/> (3) Trabajador dependiente o asalariado <input type="checkbox"/> (4) Trabajador del hogar <input type="checkbox"/> (5) Trabajador familiar no remunerado <input type="checkbox"/> (8) No Sabe	19. En su trabajo principal, ¿qué tipo de contrato o acuerdo de trabajo tiene usted?			
	<input type="checkbox"/> (1) Fijo, indefinido o permanente <input type="checkbox"/> (2) Temporal (por periodos o meses) <input type="checkbox"/> (3) Pasantía, beca de estudios o en prácticas <input type="checkbox"/> (8) No Sabe <input type="checkbox"/> (9) No Responde			
20. Además del trabajo principal, ¿tiene otro u otros trabajos remunerados?	21. ¿Cuál ha sido su ingreso promedio <u>mensual</u> durante los últimos 3 meses?			
<input type="checkbox"/> (1) Sí, de manera habitual <input type="checkbox"/> (2) Sí, pero sólo ocasionalmente <input type="checkbox"/> (3) Sí, trabajo de temporada <input type="checkbox"/> (4) No, no tengo otros trabajos	<input type="checkbox"/> (1) Menos de 850 soles <input type="checkbox"/> (3) Entre 1701 a 2550 soles <input type="checkbox"/> (5) Entre 3401 a 4250 soles <input type="checkbox"/> (7) Más de 5101 soles	<input type="checkbox"/> (2) Entre 851 a 1700 soles <input type="checkbox"/> (4) Entre 2551 a 3400 soles <input type="checkbox"/> (6) Entre 4251 a 5100 soles <input type="checkbox"/> (9) No Responde		

C. Condiciones de trabajo

C.1. Condiciones de seguridad

22. En su ocupación principal y en una jornada de trabajo habitual Usted, ¿Con que frecuencia.....	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe	No responde
a. Trabaja en ambientes con suelos o pisos inestables, irregulares y/o resbaladizos, que pueden provocarle una caída?	1	2	3	4	5	8	9
b. Trabaja en ambientes con superficies con huecos, escaleras y/o desniveles que pueden provocarle una caída?	1	2	3	4	5	8	9
c. Utiliza equipos, instrumentos, herramientas y/o máquinas de trabajo que pueden provocarle daños o lesiones como: cortes, golpes, raspones o raspadura, pinchazos, amputaciones, etc.?	1	2	3	4	5	8	9

C.2. Condiciones higiénicas

23. En su ocupación principal y en una jornada laboral habitual, Usted, ¿Con qué frecuencia	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe	No responde
a. Está expuesto a un nivel de ruido que le obliga a elevar el volumen de la voz para conversar con otra persona?	1	2	3	4	5	8	9
b. Aplica o manipula o su piel está en contacto con sustancias químicas nocivas/tóxicas como: solventes, pesticidas, bencina, cloro, colorantes, pintura, entre otros							
23. En su ocupación principal y en una jornada laboral habitual, Usted, ¿Con qué frecuencia	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe	No responde
c. Respira sustancias químicas en forma de polvo, humos, aerosoles, vapores, gases y/o niebla? No incluye el humo de tabaco	1	2	3	4	5	8	9
d. Manipula o está en contacto con, animales o personas que pueden estar infectados o materiales contaminados como: basura, fluidos corporales, material de laboratorio, etc.?	1	2	3	4	5	8	9
e. Está expuesto directamente a los rayos del sol o radiación por un periodo mínimo de 1 hora diaria? (En caso de contestar 4,5,8 o 9, pasar a la 24)	1	2	3	4	5	8	9
(Sólo para e= 1, 2 o 3)							

f. En que horario durante el día se expone directamente a los rayos del sol durante su jornada laboral

(1) Mañana (antes de las 10 am.) (2) Medio día (10 am a 2pm) (3) Tarde (después de las 2pm)

C.3. Condiciones ergonómicas

24. En su ocupación principal, en una jornada laboral habitual, Usted, ¿Con qué frecuencia”	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe	No responde
a. Realiza tareas que le obligan a mantener posturas (posiciones) incómodas o forzadas?	1	2	3	4	5	8	9
b. Levanta, traslada, empuja o arrastra cargas, personas, animales u otros objetos pesados?	1	2	3	4	5	8	9
c. Hace tareas que le obligan a realizar movimientos repetitivos?	1	2	3	4	5	8	9

C.4. Condiciones psicosociales

25. En su ocupación principal, en una jornada laboral habitual, usted, ¿Con qué frecuencia”	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe	No responde
a. Tiene que trabajar muy rápido?	1	2	3	4	5	8	9
b. Su trabajo exige que tenga que controlar muchas cosas a la vez?	1	2	3	4	5	8	9
c. Su trabajo exige que esconda sus emociones o sentimientos?	1	2	3	4	5	8	9
d. Su trabajo le permite aplicar sus conocimientos y/o habilidades?	1	2	3	4	5	8	9
e. Su trabajo le permite aprender cosas nuevas?	1	2	3	4	5	8	9
f. Puede influir sobre la cantidad de trabajo que le dan?	1	2	3	4	5	8	9
g. Recibe ayuda de sus superiores o jefes inmediatos para realizar su trabajo?	1	2	3	4	5	8	9
h. Recibe ayuda de sus compañeros para realizar sus tareas?	1	2	3	4	5	8	9
i. Piensa en todo el trabajo y esfuerzo que realiza ¿el reconocimiento que recibe en su trabajo le parece adecuado?	1	2	3	4	5	8	9

26. ¿Está preocupado/a por lo difícil que sería encontrar otro trabajo en caso que se quedara desempleado?

(1) Nada preocupado (2) Poco preocupado (3) Más o menos preocupado (4) Bastante preocupado
 (5) Muy preocupado (8) No Sabe (9) No Responde

D. Salud

27. En las últimas dos semanas, dígame Usted en general, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera que se encuentra su estado de salud:

(1) Muy buena? (2) Buena? (3) Regular?
 (4) Mala? (5) Muy mala? (8) No Sabe (9) No Responde

28. En el último mes _____, ¿Con qué frecuencia Usted:	Más que lo habitual	Igual de lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	No sabe
a. Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida	4	3	2	1	8
b. Se ha sentido capaz de tomar decisiones	4	3	2	1	8
c. Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades diarias	4	3	2	1	8
d. Ha sido capaz de enfrentar sus problemas	4	3	2	1	8
e. Se siente razonablemente feliz considerando todas las cosas de su vida	4	3	2	1	8
	Mucho más que habitual	Algo más que habitual	No más que lo habitual	No en absoluto	No sabe
f. Ha perdido mucho el sueño por sus preocupaciones	4	3	2	1	8
g. Se ha sentido constantemente bajo presión	4	3	2	1	8
h. Ha sentido que no puede superar sus dificultades	4	3	2	1	8
i. Se ha sentido triste o deprimido/a	4	3	2	1	8
j. Ha perdido confianza en sí mismo/a	4	3	2	1	8
k. Ha estado pensando que usted no vale nada	4	3	2	1	8
l. Ha podido concentrarse bien en lo que hace	4	3	2	1	8
Durante los últimos 12 meses, usted...	Si	No	No sabe	No responde	
29. ¿Ha sufrido alguna lesión o daño debido a un accidente de trabajo?	1	2	8	9	

30. ¿Ha sufrido una o más enfermedades diagnosticadas por un médico que han sido causadas por el trabajo?	1	2	8	9
31. En los últimos 12 meses ¿cuantos días ha perdido por estar con descanso médico a causa de un accidente o una enfermedad relacionada o no con el trabajo?				
Colocar número _____				
32. Tiene usted alguna discapacidad permanente registrada al CONADIS	33. Qué tipo de Discapacidad tiene:			
<input type="checkbox"/> (1) Sí <input type="checkbox"/> (2) No (pasar a pregunta 34) <input type="checkbox"/> (8) No Sabe <input type="checkbox"/> (9) No Responde				

E. Recursos y actividades preventivas

En su ocupación principal...

34. ¿Está informado respecto a los riesgos para su salud y seguridad relacionadas con su trabajo?					
<input type="checkbox"/> (1) Muy bien informado/a		<input type="checkbox"/> (2) Bien informado/a		<input type="checkbox"/> (3) Mal informado/a	
<input type="checkbox"/> (4) Muy mal informado/a		<input type="checkbox"/> (5) No está informado/a		<input type="checkbox"/> (8) No sabe <input type="checkbox"/> (9) No responde	
	Si	No	No sabe	No responde	No aplica
35. Para el desarrollo de su trabajo, usted requiere el uso de equipos de protección personal (como por ejemplo: casco, guantes, botas, lentes, taponos auditivos, respiradores, etc...) (En caso de contestar 2,8,9 o 10, pasar a la 38)	1	2	8	9	10
(Sólo para 35= 1)					
36. ¿Dispone de equipos de protección personal como por ejemplo: casco, guantes, botas, lentes, taponos auditivos, respiradores, etc., obligatorios para sus tareas?	1	2	8	9	10
(Sólo para 36= 1)					
37. Recibió capacitación para el adecuado uso	1	2	8	9	10
38. En su puesto de trabajo, ¿sabe si se han realizado evaluaciones, mediciones o controles de los posibles riesgos para la salud en los últimos 12 meses?	1	2	8	9	10
39. En su centro de trabajo, ¿tiene acceso a un servicio o área de salud ocupacional?	1	2	8	9	10
40. En su centro de trabajo, ¿existe delegado, supervisor, comité de salud y seguridad o higiene en el trabajo?	1	2	8	9	10
41. En su centro de trabajo, en los últimos 24 meses ¿le han realizado el examen médico ocupacional de ingreso, periódico o retiro?	1	2	8	9	10
42. En su centro de trabajo, ¿se realizan reuniones periódicas en las que los empleados pueden manifestar sus puntos de vista sobre lo que está ocurriendo en la organización o empresa en relación a la salud y seguridad en el trabajo?	1	2	8	9	10
43. En su centro de trabajo:	Si	No	No sabe	No responde	
a. ¿Cuenta con agua tratada (potabilizada)?	1	2	8	9	
b. ¿Cuenta con servicios higiénicos?	1	2	8	9	
c. ¿Cuenta con un ambiente adecuado para ingerir sus alimentos: como comedor, cafetín y/o cafetería?	1	2	8	9	

F. Conciliación de la vida laboral y personal

44. ¿Cuál es su estado civil?		45. ¿Cuántas persona conforman su núcleo familiar?						
<input type="checkbox"/> (1) Soltero/a <input type="checkbox"/> (2) Casado/a o convive <input type="checkbox"/> (3) Separado/a <input type="checkbox"/> (4) Divorciado/a <input type="checkbox"/> (5) Viudo/a <input type="checkbox"/> (9) No responde		Colocar número _____						
		46. Cuantas personas aportan económicamente a su núcleo familiar?						
		Colocar número _____						
		47. ¿Cuántas personas menores de 14 años habitan en su núcleo familiar u hogar?						
		Colocar número _____						
48. Habitualmente, ¿Con qué frecuencia realiza cada una de las siguientes actividades fuera o aparte de su trabajo:	Diario	Inter-diario	Algunas veces al mes	Otro (Especifique)	Nunca	NS	NR	49. Habitualmente ¿Cuántas horas al día dedica en promedio a cada actividad? (Indicar número)
a. Estudiar?	1	2	3	4	5	8	9	
b. Cuidado y educación de sus hijos o nietos u otros familiares menores?	1	2	3	4	5	8	9	
c. Realizar el trabajo doméstico	1	2	3	4	5	8	9	

d. Cuidado de familiares ancianos o con alguna discapacidad?	1	2	3	4	5	8	9	
---	---	---	---	---	---	---	---	--