

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Código de Trabajo, Editorial Jurídica Salvadoreña, 16ª edición, junio de 1998. Pág. 5, 100.
- Denton, Keith. “Seguridad industrial, Administración y métodos”. Editorial McGraw Hill, México, 1990. Pág. 53, 345, 346, 350, 401, 402.
- Franklin Fincowsky, Enrique Benjamín. “Organización de Empresas: Análisis, diseño y estructura”. Editorial McGraw Hill, México, 1998, Pág. 143.
- Gómez Ceja, Guillermo. “Planeación y Organización de Empresas”. Editorial McGraw Hill, octava edición, México, 2001, Pág. 221.
- Grimaldi, John V.; Simonds, Rolli. “La seguridad industrial, su administración”. Editorial Alfa-omega, segunda edición, México, 1992, Pág. 78.



- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Colado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. “Metodología de la investigación”. Editorial McGraw Hill, segunda edición, México, 1998. Pág. 57.
- Letayf Acar, Jorge; González Gonzáles, Carlos. “Seguridad, higiene y control ambiental”. Editorial McGraw Hill, México, 1994. Pág. 361,362.
- Ley de Organización y funciones del sector trabajo y Previsión Social. Recopilación de Leyes Laborales. Pág. 137, 142.
- Ramírez Cavaza, César. “Seguridad industrial: un enfoque integral”. Editorial Limusa, quinta reimpresión de la segunda edición, México, 1998. Pág. 23.
- Reglamento General sobre Seguridad e Higiene en los centros de Trabajo. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, 1991. Pág. 2
- [www.desaster.info.desastres.net/chile/index.html](http://www.desaster.info.desastres.net/chile/index.html).
- [www.monografias.com/trabajos/iso9000/iso9000.shtml](http://www.monografias.com/trabajos/iso9000/iso9000.shtml).



## GUIA DE ENTREVISTA

**Objetivo:** Recopilar información para conocer la situación actual de la alcaldía de mejicanos en el área de Higiene y Seguridad Ocupacional

1.- Se les proporciona capacitación a los trabajadores nuevos?

---

---

2.- ¿Se les ha proporcionado capacitación sobre primeros auxilios a los trabajadores?

---

---

3.- Cada cuanto se les proporciona capacitación sobre primeros auxilios, higiene, seguridad Ocupacional, etc.?

---

---

4.- Que equipo de protección se le proporciona al trabajador para realizar su trabajo?

---

---

5.- Cada cuanto tiempo se le proporciona nuevo equipo de protección al trabajador?

---

---

6.- Los trabajadores utilizan el equipo de protección?

---

---

7.- Poseen un plan de mantenimiento para las herramientas que utilizan?

---

---

8.- Que mantenimiento se le dá a la infraestructura del local (referente a pintura, energía eléctrica, etc.)

---

---



9.- Trabajan en condiciones seguras?

---

---

10.- Existe botiquín en esta área?

---

---

11.- Tiene registros de los accidentes y enfermedades ocurridos?

---

---

12.-Cuál es la enfermedad más común que presentan los trabajadores?Cuál es su causa?

---

---

13.-Cuál es el accidente más común, y su causa?

---

---

14.- Que tipo de normativas existen dentro de esta área?

---

---

15.- Existen sanciones en esta área?

---

---

16.- Aplican estas sanciones?

---

---

17.- Ha hecho alguna sugerencia a la gerencia general con respecto al área de Higiene y Seguridad industrial?

---

---

18.- Que disponibilidad tiene usted a la implementación de este tipo de manuales?

---

---



## GUIA DE INSPECCION GENERAL

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

### 1.CONDICIONES DE EDIFICIO Y LOCAL:

Descripción	Bueno	Malo	Regular
Pisos			
Paredes			
Techos			
Salidas de emergencia			

### 2.ORDEN Y LIMPIEZA:

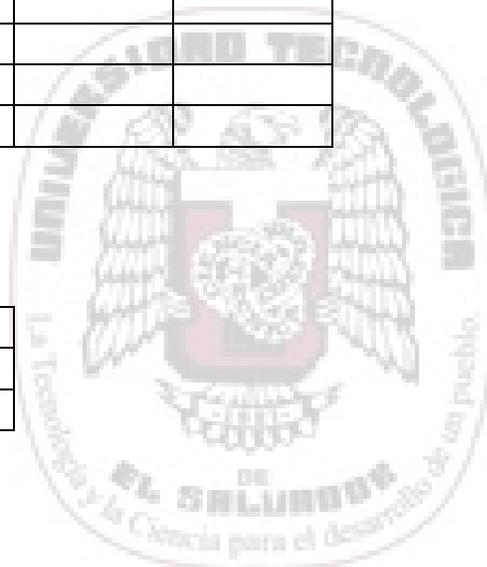
Descripción	Bueno	Malo	Regular
Depósito de basura			
Lugar adecuado del equipo			
Pisos limpios			
Areas delimitadas			

### 3.ELECTRICIDAD:

Descripción	Buena	Malo	Regular
Cajas de Switch			
Conexiones			
Fusibles			
Extensiones			
Tableros			

### 4.ILUMINACION:

Poca	
Mucha	
Regular	



5. RUIDO:

Nomal	
Excesivo	

6. VENTILACION:

Buena	
Mala	
Regular	

7. EXISTENCIA DE BODEGAS PARA ALMACENAR:

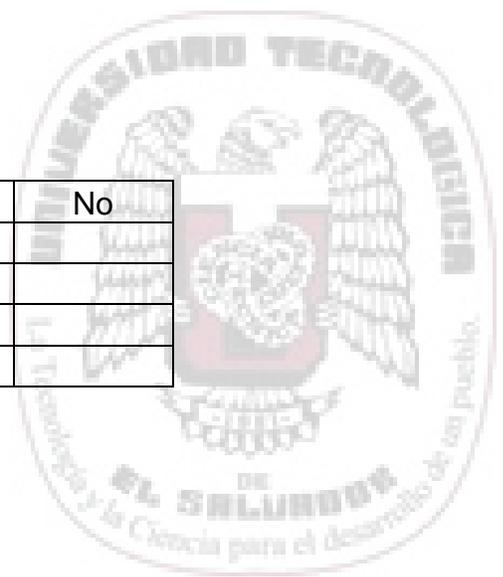
Sí	No

8. EQUIPO:

Descripción.	Bueno	Malo	Regular
Mantenimiento			
Defectos			
Defensas			
Protecciones			
Acceso			

9. USO DE EQUIPOS DE PROTECCION:

Descripción	Sí	No
Uniformes		
Guantes		
Mascarillas		
Botas		



10.ESPACIO:

Amplio	
Reducido	



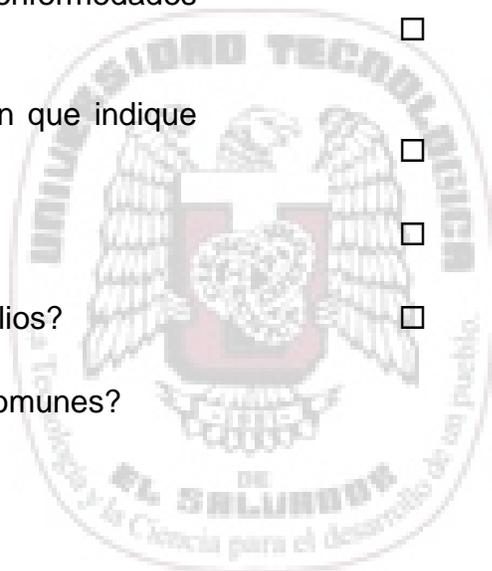
## CUESTIONARIO PARA PERSONAL OPERATIVO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL DE MEJICANOS

### Objetivo

Conocer la problemática que a su juicio resulta riesgosa para su salud.

**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON LA  
MAYOR SINCERIDAD POSIBLE.**

	Sí	No
1. ¿Cuenta con equipo de protección para realizar su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Considera que el equipo de protección está en óptimas condiciones y disponible para su uso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Utiliza el equipo de protección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Considera que las condiciones de trabajo son seguras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Existe preocupación por mantener en óptimas condiciones el lugar de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Están en óptimas condiciones las herramientas que utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Existen o se han dado casos de enfermedades causadas por el ambiente de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Existe en su área de trabajo señalización que indique peligro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cuenta con botiquín de primeros auxilios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha recibido capacitación de primeros auxilios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Cuáles son los tipos de accidentes más comunes?		



- a) Caídas
- b) Heridas
- c) Rasguños
- d) Golpes
- e) Lumbagos

12. ¿Cuáles son las causas de los accidentes?

- a) Falta de equipo de protección
- b) Herramientas de trabajo en mal estado
- c) Ambiente de trabajo inseguro
- d) Distracción o descuido
- e) Bromas

13. ¿Qué equipo de protección ha recibido?

- a) Guantes
- b) Botas
- c) Mascarillas
- d) Lentes de protección
- e) Casco
- f) Cinturón (para levantar cargas pesadas)
- g) Cinturón de seguridad
- h) Chalecos

14. Si usted no utiliza el equipo de protección diga ¿por qué?

- a) Le causa incomodidad al trabajar
- b) No es del tamaño o talla adecuada
- c) No le gusta
- d) No es necesario
- e) Le causa alguna alergia, irritación o sofocación



15. ¿Sabe cuántos accidentes han ocurrido en el presente año en su lugar de trabajo?

- a) Entre 00 - 05
- b) Entre 05 - 10
- c) Entre 10 – 20
- d) Más de 20
- e) No tiene idea de cuántos han ocurrido

16. ¿Cuáles son los factores que más le afectan para realizar su trabajo?

- a) Malos olores
- b) Sol
- c) Lluvia
- d) Polvo
- e) Falta de herramientas de trabajo

17. Escriba sus sugerencias y comentarios \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gracias por su colaboración.**



## CUESTIONARIO PARA PERSONAL OPERATIVO DE SERVICIOS GENERALES DE MEJICANOS

### Objetivo

Conocer la problemática que a su juicio resulta riesgosa para su salud.

**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON LA  
MAYOR SINCERIDAD POSIBLE.**

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Cuenta con equipo de protección para realizar su trabajo?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Considera que el equipo de protección está en óptimas condiciones y disponible para su uso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Utiliza el equipo de protección?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Considera que las condiciones de trabajo son seguras?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Existe preocupación por mantener en óptimas condiciones el lugar de trabajo?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Están en óptimas condiciones las herramientas que utiliza?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Existen o se han dado casos de enfermedades causadas por el ambiente de trabajo?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Existe en su área de trabajo señalización que indique peligro?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



9. ¿Cuenta con botiquín de primeros auxilios?

10. ¿Ha recibido capacitación de primeros auxilios?

11. ¿Cuáles son los tipos de accidentes más comunes?

- a. Caídas
- b. Heridas
- c. Rasguños
- d. Quemaduras con ácido
- e. Golpes
- f. Lumbagos
- g. Golpes de corriente eléctrica
- h. Daños en la piel a causa de cemento

12. ¿Cuáles son las causas de los accidentes?

- a. Falta de equipo de protección
- b. Herramientas de trabajo en mal estado
- c. Ambiente de trabajo inseguro
- d. Distracción o descuido
- e. Bromas

13. ¿Qué equipo de protección ha recibido?

- a. Guantes
- b. Botas
- c. Mascarillas
- d. Lentes de protección
- e. Casco
- f. Cinturón (para levantar cargas pesadas)
- g. Cinturón de seguridad
- h. Chalecos



14. Si usted no utiliza el equipo de protección diga ¿por qué?

- a. Le causa incomodidad al trabajar
- b. No es del tamaño o talla adecuada
- c. No le gusta
- d. No es necesario
- e. Le causa alguna alergia, irritación o sofocación

15. ¿Sabe cuántos accidentes han ocurrido en el presente año en su lugar de trabajo?

- a. Entre 00 - 05
- b. Entre 05 - 10
- c. Entre 10 – 20
- d. Más de 20
- e. No tiene idea de cuántos han ocurrido

16. ¿Cuáles son los factores que más le afectan para realizar su trabajo?

- a. Malos olores
- b. Sol
- c. Lluvia
- d. Polvo
- e. Falta de herramientas de trabajo
- f. Herramientas en mal estado

17. Escriba sus sugerencias y comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gracias por su colaboración.**



## CUESTIONARIO PARA PERSONAL OPERATIVO DEL RASTRO MUNICIPAL DE MEJICANOS

### Objetivo

Conocer la problemática que a su juicio resulta riesgosa para su salud.

**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON LA  
MAYOR SINCERIDAD POSIBLE.**

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Cuenta con equipo de protección para realizar su trabajo?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Considera que el equipo de protección está en óptimas condiciones y disponible para su uso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Utiliza el equipo de protección?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Considera que las condiciones de trabajo son seguras?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Existe preocupación por mantener en óptimas condiciones el lugar de trabajo?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Están en óptimas condiciones las herramientas que utiliza?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Existen o se han dado casos de enfermedades causadas por el ambiente de trabajo?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Existe en su área de trabajo señalización que indique peligro?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



9. ¿Cuenta con botiquín de primeros auxilios?

10. ¿Ha recibido capacitación de primeros auxilios?

11. ¿Cuáles son los tipos de accidentes más comunes?

- a. Caídas
- b. Heridas
- c. Rasguños
- d. Quemaduras con ácido
- e. Golpes
- f. Lumbagos

12. ¿Cuáles son las causas de los accidentes?

- a. Falta de equipo de protección
- b. Herramientas de trabajo en mal estado
- c. Ambiente de trabajo inseguro
- d. Distracción o descuido
- e. Bromas

13. ¿Qué equipo de protección ha recibido?

- a. Guantes
- b. Botas
- c. Mascarillas
- d. Lentes de protección
- e. Casco

14. Si usted no utiliza el equipo de protección diga ¿por qué?

- a. Le causa incomodidad al trabajar
- b. No es del tamaño o talla adecuada



- c. No le gusta
- d. No es necesario
- e. Le causa alguna alergia, irritación o sofocación

15. ¿Sabe cuántos accidentes han ocurrido en el presente año en su lugar de trabajo?

- a. Entre 00 - 05
- b. Entre 05 - 10
- c. Entre 10 – 20
- d. Más de 20
- e. No tiene idea de cuántos han ocurrido

16. ¿Cuáles son los factores que más le afectan para realizar su trabajo?

- a. Malos olores
- b. Sol
- c. Grasa en el piso
- d. Desorden de parte de los que destazan
- e. Falta de herramientas de trabajo

17. Escriba sus sugerencias y comentarios \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gracias por su colaboración.**

