

# PLANILLA SEGUIMIENTO DE CAMPAÑAS

## Herramienta para el Abordaje de la Seguridad Psico-Física y la Prevención de las Violencias en el Ámbito Institucional-Marino

El siguiente cuestionario es personal, individual, confidencial y opcional.

- **CAMPAÑA:**
- **BUQUE DE INVESTIGACIÓN/COMERCIAL:**
- **FECHA:**
- **FUNCIÓN DE LA PERSONA EMBARCADA:**
- **NOMBRE Y APELLIDO:**

### RECURSOS MATERIALES

1. ¿La desinfección e higiene de los lugares compartidos se ha cumplimentado satisfactoriamente?:  
*SI / NO*
2. ¿Se identificó alguna condición no amena de habitabilidad en la embarcación? (falta de insumos críticos). Si es así, puede dejarla aquí en su respuesta:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Pudo tener a disposición todos los recursos técnicos (ej. cajones, balanza, elementos necesarios en laboratorios y/o tecnológicos o para llevar a cabo las tareas, y/o acciones de investigación)?  
*SI / NO*

### SEGURIDAD E HIGIENE

---

1. ¿Observó alguna condición insegura que podría provocar un accidente (ej. maquinas/herramientas defectuosas, escaleras en mal estado, superficies sucias y/o resbalosas, mala iluminación u otras) ? Si es así, puede dejarla aquí en su respuesta:

---

---

---

2. ¿Recibió Ud. la información referente a cómo proceder en caso de emergencias? (roles de evacuación, obligaciones/prohibiciones, alarma general del buque, alarma de incendio, silbato del buque, etc)? En caso de ser negativa su respuesta, especifique qué información estuvo ausente.

*SI / NO / NO SABE*

---

---

---

3. ¿Recibió todos los elementos necesarios para la protección y seguridad personal **durante la navegación** (ej. guantes, botas, máscaras con filtros, chalecos salvavidas, casco, traje seco, cabo de vida, otros)? *En caso de que la respuesta sea no. Especifique cuáles:*

*SI / NO*

---

---

---

4. Durante el período embarcado, ¿vivenció algún hecho **de inseguridad** en relación al normal desarrollo del trabajo que crea relevante y le gustaría hacer algún comentario o relatar?

---

---

---

## SALUD

---

1. En caso de haber sufrido un malestar físico a bordo, ¿contó con asistencia médica? ¿De quien la obtuvo?

SI / NO

---

---

---

2. Al haber recibido la asistencia por parte de una/un profesional, ¿pudo la misma/el mismo ejecutar la atención médica con los recursos necesarios (medicación, tensiómetro, elementos, etc)? En caso de que la respuesta sea no. Especifique cuáles:

SI / NO

---

---

---

3. En caso de haber tenido algún tipo de malestar emocional, ¿cómo lo resolvieron? ¿Cree que hay algún tipo de necesidad que se debería cubrir?

---

---

---

4. ¿Ha presenciado alguna situación de exceso de consumo de sustancias psicoactivas tales como alcohol o drogas que **podiera poner en peligro** a Ud. o a algún/a/x compañero/a/x?

SI / NO

5. ¿Cree que se necesita algún tipo de intervención en materia de abuso de sustancias?

SI / NO

---

## COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES

---

1. ¿Tuvo conocimiento de que se haya realizado una reunión pre campaña con el objetivo de comunicar el plan de trabajo correspondiente?

SI / NO

2. ¿Las fechas y horarios de zarpada se han cumplimentado en función de los plazos previamente comunicados? *En caso de que la respuesta sea no, especifique cuáles cree que son las razones y si ha tenido consecuencias que han afectado su vida personal.*

SI / NO

---

---

---

3. ¿Considera que la distribución de tareas y responsabilidades están bien expresadas antes de zarpar y durante la travesía dentro del barco?

SI / NO

4. ¿Ha tenido buena predisposición por parte de sus compañeros/as/xs a bordo del buque para llevar a cabo el trabajo realizado?

SI / NO

5. ¿Cree que las formas, tratos y/o modalidades de comunicación, por parte de superiores y compañeras/os/xs, utilizadas en el buque son respetuosas? *En caso de que la respuesta sea no, especifique la situación vivenciada:*

SI / NO

---

---

---

---

## VIOLENCIA LABORAL Y DISCRIMINACIÓN

---

1. ¿Considera que se ha cometido algún tipo de abuso con cierta/s tarea/s que se le hayan asignado? (exceso de trabajo, descalificación, tareas degradantes y/o por fuera de su rol, otras). *En caso de ser afirmativo, ¿cuáles?*

SI / NO

---

---

---

2. ¿Experimentó algún tipo de desigualdad en torno a la entrega del equipo de trabajo (ropa, guantes, etc), suministro de información o equipos requeridos (recursos) para la realización de su trabajo respecto de sus compañeras/os/xs? *En caso de ser afirmativo, y desear comentarlo, puede hacerlo.*

SI / NO

---

---

---

3. ¿Ha sufrido y/o presenciado violencias verbales (insultos, descalificaciones, amenazas, entre otras) en contra de su trabajo o puesto, por parte de otra persona a bordo? *En caso de ser afirmativo, y desear comentarlo, puede hacerlo.*

SI / NO.

---

---

---

---

## VIOLENCIA DE GÉNERO

---

1. ¿Considera que el entorno laboral es hostil o intimidatorio?, ¿Experimentó y/o presencié algún episodio de hostigamiento u acoso sexual? *En caso de ser afirmativo, y desear comentarlo, puede hacerlo.*

SI / NO

---

---

---

2. ¿Se utilizan términos de naturaleza sexual, chistes o comentarios, escritos u orales, que resulten hostiles, humillantes u ofensivos? Si desea ejemplificar, puede hacerlo:

SI / NO

---

---

---

3. En caso de haber sufrido u observado hostigamiento u acoso sexual ¿Este ha llevado a que se tomen represalias con ud. o las personas afectadas (traslados forzosos, ambientes de trabajo hostiles, cambios en su puesto, reubicación en otro programa o lugar físico, y/o prohibición a embarcar, etc.)? *En caso de ser afirmativo, y desear comentarlo, puede hacerlo.*

SI / NO

---

---

---

4. ¿Ha vivenciado consecuencias físicas y/o psicológicas como estrés, desmotivación laboral, u afecciones en su desempeño que sean consecuencia de presiones por hostigamiento u acoso sexual? *En caso de ser afirmativo, y desear comentarlo, puede hacerlo.*

SI / NO

---

---

---

5. ¿Conoce la existencia de mecanismos Institucionales y/o políticas, para proteger a las personas afectadas del hostigamiento sexual u acoso laboral?

SI / NO