



GUIA DE SALUT LABORAL 8

Confederació General del Treball (CGT)

Federació de Catalunya de Banca, Borsa, Estalvi i Entitats de Crèdit i Assegurances

Guia de Salut Laboral 8

CONDICIONES DE TRABAJO: AUTO EVALUACIÓN

INTRODUCCIÓN

El cuestionario que tiene en las manos, y que animamos a su contestación, recoge diversos aspectos, del día a día, relacionadas con las condiciones de trabajo.

Las preguntas, todas ellas, se han recopilado de cuestionarios confeccionados por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, organismo oficial dependiente del Ministerio de Trabajo, acordes con la normativa europea y española.

Con este cuestionario se pretende conocer de la forma más fiable posible, toda aquella información relacionada con las condiciones de trabajo y que de alguna manera pudiera estar relacionada o implicada en la manifestación de molestias e incluso en la aparición de alteraciones de la salud.

Otro de los objetivos perseguidos con este cuestionario, es que la información en él recogida, permita establecer una primera aproximación a la magnitud de la problemática planteada, por ello sugerimos que nos sea devuelta, después de ser contestada.

La aparición de una nueva normativa en relación a la Salud Laboral, obliga a las empresas a llevar a cabo la Evaluación de Riesgos.

La Evaluación debería permitir conocer cuáles son los riesgos existentes o potenciales de cada centro de trabajo y más concretamente de cada puesto de trabajo, vinculados a las condiciones específicas del sector en que se realiza.

Este cuestionario, llena el vacío dejado por las Evaluaciones previstas de llevarse a cabo en el sector.

No se puede obviar, que una parte importante de nuestra vida diaria tiene que ver con el trabajo, con nuestra presencia en una oficina.

Conocer los aspectos que se vinculan a nuestro trabajo diario, es de suma importancia, porque de ello, dependerá la salud de hoy y, sin lugar a dudas, la futura.

Participa en este proyecto.

EQUIPO DE TRABAJO *

1. ¿Puede elegir entre polaridad positiva o negativa de la pantalla? (Ver figura).



PANTALLA POSITIVA PANTALLA NEGATIVA

SI

NO

2. ¿Puede regular la altura de su pantalla, sin tener que recurrir a la utilización de objetos?

SI

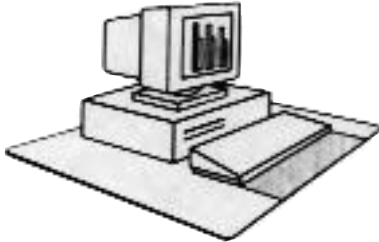
NO

3. ¿Se puede ajustar fácilmente la distancia de la pantalla (moviéndola en profundidad) para conseguir una distancia de visión adecuada a sus necesidades?

SI

NO

4. ¿Existe espacio suficiente para apoyar las manos y/o antebrazos del teclado? (Ver figura).



SI

NO

5. ¿El diseño del "ratón", se adapta a la curva de la mano, permitiéndole un accionamiento cómodo?

SI

NO

SUPERFICIE DE TRABAJO

6. ¿Las dimensiones de la superficie de trabajo son suficientes para situar cómodamente todos los elementos : pantalla, teclado, documentos, material accesorio..?

SI

NO

7. ¿Las aristas y esquinas del mobiliario ¿están adecuadamente redondeadas?

SI

NO

8. ¿Puede ajustar la altura de la mesa con arreglo a sus necesidades?

SI

NO

9. ¿Su silla de trabajo le permite una posición estable (exenta de desplazamientos involuntarios, balanceos, riesgo de caídas, etc.)

SI

NO

10. ¿Puede apoyar la espalda completamente en el respaldo sin que el borde del asiento le presione la parte posterior de las piernas? (Ver figura).



SI

NO

11. En el caso de necesitar un reposapiés ¿dispone de uno?

SI

NO

ENTORNO DE TRABAJO

12. ¿Dispone de espacio suficiente en torno a su puesto de trabajo para acceder al mismo, así como para levantarse y sentarse sin dificultad?

SI

NO

13. ¿La luz disponible en su puesto de trabajo le resulta suficiente para leer sin dificultad los documentos?

SI

NO

14. ¿La luminosidad de los documentos u otros elementos del entorno es mucho mayor que la de su pantalla encendida? (Ver figura).



SI

NO

* Instrucciones : Marque con una (X) la casilla de la respuesta que considere adecuada

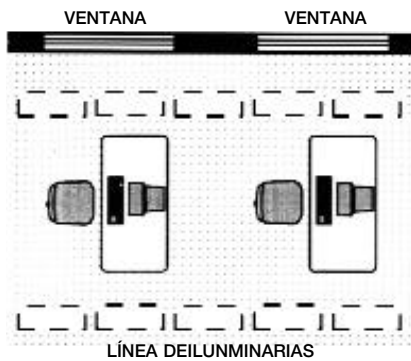
15. Alguna luminaria (lámparas, fluorescentes, ventana, u otros elementos brillantes del entorno ¿le provocan reflejos molestos en uno o más de los siguientes elementos del puesto?

- pantalla
 - teclado
 - mesa o superficie de trabajo
 - cualquier otro elemento del puesto (indicar)
-

16. Caso de existir ventanas, ¿dispone de persianas, cortinas o “estores” mediante los cuales pueda Ud. atenuar eficazmente la luz del día que llega al puesto?

SI NO

17. ¿Está orientado su puesto correctamente respecto a las ventanas? (ni de frente ni de espaldas a ellas). (Ver figura).



SI NO

18. ¿El nivel de ruido ambiental existente le dificulta la comunicación o la atención en su trabajo?

SI NO

18 a) En caso afirmativo, señale cuáles son las principales fuentes de ruido que le perturban:

- equipos de la oficina (impresora, ordenador, teléfono, cajero...)
 - sistema de ventilación
 - conversaciones
 - otros (especificar)
-

19. ¿Durante muchos días del año le resulta desagradable la temperatura existente en su puesto de trabajo?

SI NO

19.a) En caso afirmativo, señale cuáles son las principales fuentes que le perturban:

- demasiado calor
- demasiado frío
- demasiada humedad
- demasiada sequedad
- otros (especificar)

20. ¿La ventilación, le produce molestias?

SI NO

20 a) En caso afirmativo, señale cuáles son las principales fuentes que le perturban:

- corrientes de aire
 - falta de ventilación/estancamiento de aire
 - otros (especificar)
-

21. ¿Siente Ud. molestias debidas al calor desprendido por los equipos de trabajo existentes en el local?

SI NO

22. ¿Nota Ud. habitualmente sequedad en el ambiente?

SI NO

23. ¿Se acostumbran a percibir olores?

SI NO

23. a) En caso afirmativo, cuáles son las principales causas que lo provocan:

- humo del tabaco
 - ambientadores
 - humedad
 - fotocopiadora
 - otros (especificar)
-

24. En el área de trabajo le molesta, alguno de los siguientes elementos:

- decoración
 - compartimentación
 - moqueta en el suelo y/o paredes
 - falta de limpieza
 - otros (especificar)
-

no le molestan estos aspectos

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

25. ¿Se encuentra sometido habitualmente a una presión excesiva de tiempos en la realización de su tarea?

SI NO

26. ¿El ritmo de trabajo obliga a trabajar con demasiada prisa?

SI NO

27. El ritmo de trabajo está determinado por:

- el ritmo del ordenador
- el ritmo de otros compañeros

causas externas (público, clientes...)
objetivos que hay que alcanzar, primas
no hay un ritmo prefijado

28. En general, el nivel de atención que debe mantener para realizar su trabajo es:

alto
medio
bajo

29. ¿Considera que la tarea es repetitiva?

SI NO

29. a) En caso afirmativo ¿le provoca aburrimiento e insatisfacción?

SI NO

30. ¿El trabajo que realiza habitualmente, le produce situaciones de sobrecarga y de fatiga mental, visual o postural?

SI NO

31. ¿Existe algún obstáculo que dificulte la comunicación con sus compañeros?

SI NO

32. ¿Realiza su trabajo con pocas posibilidades de contacto con otras personas?

Aislamiento
falta de intimidad
visitas
perturbaciones/distracciones
sentimiento de encierro
otros (especificar)

33. ¿Tiene Ud. más responsabilidades de las que quisiera?

SI NO

34. ¿Considera que tiene que realizar tareas que no le corresponden?

SI NO

35. ¿Hasta que punto puede tomar parte en decisiones que le afectan?

Siempre
algunas veces
nunca

36. ¿La empresa le ha facilitado una formación específica para la tarea que realiza en la actualidad?

SI NO

37. ¿La empresa le ha proporcionado información o formación sobre la forma de utilizar correctamente el equipo y mobiliario existente en su puesto de trabajo?

SI NO

Considera que se tendría que incluir alguna pregunta más, ¿cuál?:

Que aspectos considera importante y no han quedado recogidos en ninguna de las preguntas planteadas:

Desea información de los resultados de la encuesta

SI NO

Recibir la visita de un delegado/a en Salud Laboral

SI NO

En caso afirmativo, indique los siguientes datos:

■ Nombre y apellidos: _____

■ Entidad: _____

■ Oficina: _____

■ Teléfono de contacto: _____

Datos de la empresa: _____

Entidad: _____

Oficina: _____

Dirección: _____

Población: _____

Envía el resultado del cuestionario a:

**Federació de Catalunya
de Banca, Borsa, Estalvi
i Assegurances**

Via Laietana, 18 9^a
08003 Barcelona
Tel.: 93.3103362

