

Nº de Estudio	2368	(1)(2)(3)(4)
Nº de Cuestionario		(5)(6)(7)(8)(9)
Comunidad Autónoma		(10)(11)
Provincia		(12)(13)
Entrevistador		(14)(15)(16)(17)
CUESTIONARIO DE TRABAJADOR GENERAL		
	2	(18)
Nº DE LA EMPRESA		(19)(20)(21)(22)
Cuestionario correspondiente al primer trabajador entrevistado	2	(23)
Cuestionario correspondiente al segundo trabajador de la misma empresa	3	

### TIPO DE CONTRATO

#### P.1 ¿Cuál es su relación laboral con esta empresa?

- Asalariado de esta empresa..... 1 (24)
- Asalariado de una contrata o subcontrata trabajando en esta empresa .... 2
- Autónomo..... 3 → Pasar P.6
- Otro. Especificar: ..... 4
- NC..... 9

#### P.2 ¿Cómo es su contrato?

- Indefinido..... 1
- Por obra o servicio..... 2
- Eventual por circunstancias de la producción..... 3 (25)
- Interino ..... 4
- De formación ..... 5
- En prácticas ..... 6
- Trabajador de una empresa de trabajo temporal (ETT)..... 7
- Otro. Especificar: ..... 8
- NC..... 9

P.3 Su contrato es:

- A tiempo completo..... 1
- A tiempo parcial..... 2 (26)
- NC..... 9

P.4 ¿Cuál es el modo de remuneración ?

- Salario fijo..... 1
  - Salario fijo con parte variable por destajo, prima, comisión, etc..... 2
  - Salario fijo con parte variable en función del número de horas..... 3
  - Salario variable (sin parte fija)..... 4 (27)
  - Otros. Especificar:..... 5
- 
- NC ..... 9

P.5 Columnas (28)(29), y de P.6 Columnas (30)(31), anuladas en este cuestionario.

#### TIPO DE TRABAJO

P.6 ¿Cuál es su puesto o función en este centro de trabajo?

(ENTREVISTADOR: Ayude a localizar el puesto al entrevistado mostrando la TARJETA 2. Si no se encuentra el puesto o función que ocupa el trabajador en la Tarjeta, anotar el que cite el entrevistado.)

CNO-94 :   (32)(33)

- 
- NC..... 99

P.7 ¿Cuál de estas situaciones es la habitual en su puesto de trabajo?

- Ocupo siempre el mismo puesto..... 1
- Lo alterno con otro puesto o puestos dentro de la empresa..... 2
- Lo alterno dentro de un grupo de trabajo establecido en la empresa..... 3 (34)
- NC..... 9

P.8 ¿Trabaja Vd. en una cadena de producción o montaje?

- Sí..... 1
- No..... 2 (35)
- NC..... 9

P.9 ¿Cuánto tiempo lleva Vd. trabajando en su empresa actual?

(ENTREVISTADOR: Si se trata de un trabajador de una empresa de trabajo temporal, situar el periodo desde el primer contrato obtenido a través de la ETT)

- N° de años.....   (36)(37)
- N° de meses.....   (38)(39)
- N° de días.....   (40)(41)
- NC..... 99

**P.10** ¿Cuánto tiempo lleva Vd. realizando su trabajo actual?

(ENTREVISTADOR: Aunque las respuestas en las opciones "En su empresa actual" y "En este centro de trabajo" sean iguales, por favor rellene las dos columnas)

	Nº de años	Nº de meses	Nº de días	NC
En su empresa actual	<input type="text"/> <input type="text"/> (42)(43)	<input type="text"/> <input type="text"/> (44)(45)	<input type="text"/> <input type="text"/> (46)(47)	99
En este centro	<input type="text"/> <input type="text"/> (48)(49)	<input type="text"/> <input type="text"/> (50)(51)	<input type="text"/> <input type="text"/> (52)(53)	99
En su vida laboral	<input type="text"/> <input type="text"/> (54)(55)	<input type="text"/> <input type="text"/> (56)(57)	<input type="text"/> <input type="text"/> (58)(59)	99

**ENTREVISTADOR:** No hacer la P.11 si el entrevistado ha señalado en la P.2 que es un trabajador de una empresa de trabajo temporal (ETT) (opción 7).

**P.11** ¿Cree Vd. que en los próximos doce meses puede perder el empleo o que su contrato no será renovado?

- Lo más probable es que siga en esta empresa..... 1
- Lo probable es que siga en esta empresa..... 2
- Hay probabilidades de que pierda el empleo..... 3 (60)
- Lo más probable es que pierda el empleo..... 4
- NS..... 8
- NC..... 9

**P.12** Para la realización de su trabajo, ¿cuál de los siguientes instrumentos o medios materiales es el fundamental?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 4 y anotar sólo una opción)

- Herramientas manuales..... 01
  - Herramientas portátiles: eléctricas, neumáticas, etc..... 02
  - Vehículos de transporte a motor..... 03 (61)(62)
  - Medios sin motor para el traslado o movimiento de objetos, materiales o personas (camillas, bandejas, carretillas, etc.) ..... 06
  - Máquinas y equipos..... 07
  - Equipos informáticos ..... 08
  - Máquinas de escribir..... 09
  - Paneles e instrumentos de control..... 10
  - Información sobre papel o similar..... 11
  - Teléfono..... 12
  - Otros. Especificar:..... 13
- 
- Ningún instrumento o medio material ..... 77
  - NC..... 99

P.13 ¿Le han proporcionado a Vd. información y adiestramiento para realizar su trabajo?

- Sí, suficiente..... 1
- Sí, pero insuficiente..... 2 (63)
- No, pero me arreglo..... 3
- No y tengo dificultades..... 4
- NC..... 9

**ENTREVISTADOR:** Si el trabajador ocupa varios puestos de trabajo, en las siguientes preguntas relativas a "Ambiente térmico" referirse al puesto que le ocupa más tiempo.

**AMBIENTE TÉRMICO**

P.14 ¿Dónde realiza su trabajo habitual la mayor parte de la jornada?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 6 y anotar sólo una opción.)

- Al aire libre ..... 1 → Pasar a P.16
  - En vehículo: bus, taxi, reparto, etc..... 3
  - En local semicerrado: tinglado, tejavana, etc..... 5 (64)
  - En local cerrado..... 6
  - En otro lugar. Especificar:..... 7
  - \_\_\_\_\_
  - NC..... 9
- ↓

P.15 ¿Cómo considera la temperatura de su puesto de trabajo en verano y en invierno?

(ENTREVISTADOR: La opción "no procede" está destinada a los trabajadores que no hayan realizado su trabajo bien en verano o bien en invierno)

	VERANO	INVIERNO
	(65)	(66)
- Confortable.....	1	1
- Inconfortable por frío.....	2	2
- Inconfortable por calor.....	3	3
- No procede.....	4	4
- NC.....	9	9

P.16 ¿Cómo considera que es su puesto de trabajo en lo relativo a la humedad?

- Muy húmedo..... 1
- Muy seco..... 2 (67)
- En general es bastante adecuado..... 3
- NC..... 9

**ENTREVISTADOR:** Si el trabajador ocupa varios puestos de trabajo, en las siguientes preguntas relativas a "Agentes físicos" referirse al puesto que le ocupa más tiempo.

**AGENTES FÍSICOS**

**P.17** El nivel de ruido en su puesto de trabajo es:

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 8 y anotar sólo una opción)

- Muy bajo, casi no hay ruido..... 1
- No muy elevado pero es molesto..... 2 (68)
- Existe ruido de nivel elevado, que no permite seguir una conversación con otro compañero que esté a 3 metros..... 3
- Existe ruido de nivel muy elevado, que no permite oír a un compañero que esté a 3 metros aunque levante la voz..... 4
- NC..... 9

**P.18** ¿Tiene Vd. vibraciones en su puesto de trabajo?

- Sí, en mano o brazo ..... 1
- Sí, en otras zonas del cuerpo ..... 2
- No ..... 3
- NS ..... 8 (69)
- NC ..... 9

**P.19** Existe en su puesto de trabajo emisión de:

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 9. Respuesta múltiple)

- Luz ultravioleta (soldadura eléctrica al arco, lámparas germicidas, UVA...) .... 1
- Luz infrarroja ..... 1 (70)
- Microondas (hornos de secado, antenas de telefonía móvil...) ..... 1
- Radiofrecuencias (soldadura por radiofrecuencias, calentamiento de baños...) .. 1
- Láser ..... 1
- Rayos X, rayos gamma, radioisótopos (radiodiagnóstico, radioterapia, diagnóstico de soldaduras...) ..... 1
- Ninguna de las anteriores ..... 7
- NS ..... 8
- NC ..... 9

## CONTAMINANTES QUÍMICOS

**P.20** En su puesto de trabajo, ¿manipula Vd. sustancias o productos nocivos o tóxicos?

- |            |   |     |               |
|------------|---|-----|---------------|
| — Sí ..... | 1 |     | (71)          |
| — No ..... | 2 | ] → | Pasará a P.22 |
| — NS ..... | 8 |     |               |
| — NC ..... | 9 |     |               |

**P.21** Estas sustancias o productos, ¿llevan una etiqueta informando de su peligrosidad?

- |                               |   |      |
|-------------------------------|---|------|
| — Sí, todos .....             | 1 |      |
| — Sí, algunos .....           | 2 | (72) |
| — Prácticamente ninguno ..... | 3 |      |
| — NS .....                    | 8 |      |
| — NC .....                    | 9 |      |

**P.22** En su puesto de trabajo, ¿respira Vd. polvos, humos, gases o vapores nocivos o tóxicos? (excluido el humo del tabaco)

- |            |   |      |
|------------|---|------|
| — Sí ..... | 1 |      |
| — No ..... | 2 | (73) |
| — NS ..... | 8 |      |
| — NC ..... | 9 |      |

**ENTREVISTADOR:** Realizar la siguiente p.23 sólo si el entrevistado ha contestado SI en la P.20 ó SI en la P.22.

**P.23** ¿Conoce Vd. los posibles efectos perjudiciales para su salud de la manipulación y/o respiración de esas sustancias nocivas o tóxicas?

- |            |   |      |
|------------|---|------|
| — Sí ..... | 1 |      |
| — No ..... | 2 | (74) |
| — NS ..... | 8 |      |
| — NC ..... | 9 |      |

**P.24** La naturaleza de su trabajo, ¿puede suponer la presencia de agentes biológicos?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 10 y anotar sólo una opción)

- |  |   |      |
|--|---|------|
| — Sí, deben manipularse de forma deliberada o intencionada (laboratorios de diagnóstico microbiológico, trabajo con animales de experimentación, obtención de vacunas, insulina u otros medicamentos, procesos de fermentación, ...) ..... | 1 | (75) |
| — Sí, de manera involuntaria, habitual o esporádica (actividad sanitaria, tratamiento de residuos, trabajo con animales, trabajos subterráneos, ...) .....   | 2 |      |
| — No .....   | 3 |      |
| — NS .....   | 8 |      |
| — NC .....   | 9 |      |

## CONDICIONES DE SEGURIDAD

**P.25** ¿Cuáles son los principales riesgos de accidente que existen en su puesto de trabajo?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 11. Respuesta múltiple.)

- |  |   |      |
|--|---|------|
| - Caídas de personas desde altura .....                                    | 1 | (76) |
| - Caídas de personas al mismo nivel .....                                  | 1 | (77) |
| - Caídas de objetos, materiales o herramientas .....                       | 1 | (78) |
| - Desplomes o derrumbamientos .....  | 1 | (79) |
| - Cortes y pinchazos .....   | 1 | (80) |
| - Golpes .....   | 1 | (81) |
| - Accidentes de tráfico durante la jornada de trabajo .....                | 1 | (82) |
| - Atropellos, vuelcos o golpes con vehículos en el centro de trabajo ..... | 1 | (83) |
| - Proyección de fragmentos o partículas .....                              | 1 | (84) |
| - Atrapamientos .....  | 1 | (85) |
| - Sobreesfuerzos por manipulación manual de cargas pesadas .....           | 1 | (86) |
| - Quemaduras .....   | 1 | (87) |
| - Contactos eléctricos .....   | 1 | (88) |
| - Exposición a radiaciones .....   | 1 | (89) |
| - Explosiones .....  | 1 | (90) |
| - Incendios .....  | 1 | (91) |
| - Atracos u otros actos violentos .....                                    | 1 | (92) |
| - Otros. Especificar: .....  | 1 | (93) |
| _____  |   |      |
| - Ninguno .....  | 7 | (94) |
| - NC .....   | 9 |      |

**ENTREVISTADOR:** Sólo hacer la P.26 y P.27 si el entrevistado ha señalado en la pregunta anterior algún riesgo de accidente.

**P.26** ¿Cuáles son las principales causas de estos riesgos de accidente ?

(ENTREVISTADOR: Anotar, como máximo, tres causas)

- |            |           |
|------------|-----------|
| _____      | (95)(96)  |
| _____      | (97)(98)  |
| _____      | (99)(100) |
| - NS ..... | 98        |
| - NC ..... | 99        |

**P.27** De la siguiente relación, ¿cuáles son las tres principales causas de estos riesgos de accidente?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 12 y anotar los códigos de, como máximo, tres causas.)

- |  |                          |            |
|--|--------------------------|------------|
| 01. El lugar de trabajo está en malas condiciones              |                          |            |
| 02. Los accesos al lugar de trabajo están en malas condiciones |                          |            |
| 03. La máquina está insuficientemente protegida                |                          |            |
| 04. El área de trabajo o superficie es insegura                | <input type="checkbox"/> | (101)(102) |
| 05. Las instalaciones son viejas                               |                          |            |
| 06. Hay que sacar la producción por encima de todo             | <input type="checkbox"/> | (103)(104) |
| 07. Por falta de medios o herramientas adecuadas               |                          |            |
| 08. El trabajo obliga a realizar operaciones peligrosas        | <input type="checkbox"/> | (105)(106) |
| 09. Por esfuerzos o posturas forzadas                          |                          |            |
| 10. Falta o inadecuación de equipos de protección individual   |                          |            |
| 11. Por cansancio o fatiga                                     |                          |            |
| 12. Por exceso de confianza o de costumbre                     |                          |            |
| 13. El puesto de trabajo está mal diseñado                     |                          |            |
| 14. Se trabaja sin la formación suficiente                     |                          |            |
| 15. Falta de espacio   |                          |            |
| 16. Falta de experiencia en el trabajo                         |                          |            |
| 17. Por causas relacionadas con el tráfico                     |                          |            |
| 98. NS   |                          |            |
| 99. NC   |                          |            |

#### DISEÑO DEL PUESTO

**P.28** Indique si en su puesto de trabajo son frecuentes algunas de las siguientes situaciones:

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 13. Respuesta múltiple.)

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| - Disponer de muy poco espacio para trabajar con comodidad .....  | 1 | (107) |
| - Tener que alcanzar herramientas, elementos u objetos de trabajo situados muy altos o muy bajos, o que obliguen a estirar mucho el brazo ..... | 1 | (108) |
| - Trabajar en zonas de muy difícil acceso para las manos .....  | 1 | (109) |
| - Disponer de una silla de trabajo muy incómoda .....   | 1 | (110) |
| - Iluminación inadecuada para el trabajo que realiza .....  | 1 | (111) |
| - Trabajar sobre superficies inestables o irregulares .....   | 1 | (112) |
| - Ninguna .....   | 7 | (113) |
| - NC .....  | 9 |       |

#### CARGA DE TRABAJO

**P.29** ¿Cuál es su postura habitual de trabajo?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 14 y anotar sólo una opción.)

- |   |    |            |
|---|----|------------|
| - De pie sin andar apenas .....                         | 01 | (114)(115) |
| - De pie andando frecuentemente .....                   | 02 |            |
| - De pie con las rodillas ligeramente flexionadas ..... | 03 |            |
| - Sentado, sin levantarse casi nunca .....              | 04 |            |
| - Sentado, levantándose con frecuencia .....            | 05 |            |
| - Arrodillado .....                                     | 06 |            |
| - En cuclillas .....                                    | 07 |            |
| - Tumbado .....   | 08 |            |
| - Otra. Especificar: .....                              | 09 |            |
| - NC .....  | 99 |            |



**P.30** Su trabajo le obliga a:

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 15)

	Más de la ½ jornada	Entre la ½ y la ¼ parte de la jornada	Menos de la ¼ parte de la jornada	Nunca	NC	
Permanecer en posturas dolorosas o fatigantes	1	2	3	4	9	(116)
Mantener una misma postura	1	2	3	4	9	(117)
Levantar o desplazar cargas pesadas	1	2	3	4	9	(118)
Realizar una fuerza importante	1	2	3	4	9	(119)
Realizar movimientos de manos o brazos muy repetitivos	1	2	3	4	9	(120)

**P.31** Indique las tres principales zonas de su cuerpo donde sienta molestias que Vd. achaque a posturas y esfuerzos derivados de su trabajo.

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 16 y anotar los códigos de, como máximo, tres zonas del cuerpo. Rellenar con 97 - "Ninguna" - la ausencia de molestias)

01	Nuca/Cuello			
02	Hombro/s	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(121)(122)
03	Brazo/s - Antebrazo/s			
04	Codo/s	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(123)(124)
05	Mano/s, Muñeca/s			
06	Alto de la espalda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(125)(126)
07	Bajo de la espalda			
08	Nalgas/Caderas			
09	Muslos			
10	Rodillas			
11	Piernas			
12	Pies/Tobillos			
13	Otras. Especificar:			
<hr/>				
97	Ninguna			
99	NC			

**P.32** En la ejecución de su trabajo necesita:

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 17)

	Más de la ½ jornada	Entre la ½ y la ¼ parte de la jornada	Menos de la ¼ parte de la jornada	Nunca	NC	
Mantener un nivel de atención alto o muy alto	1	2	3	4	9	(127)
Mantener un ritmo de trabajo elevado	1	2	3	4	9	(128)
Realizar tareas muy repetitivas y de muy corta duración	1	2	3	4	9	(129)

**P.33** En general, en los tres últimos meses la cantidad de trabajo que ha tenido ha sido:

(ENTREVISTADOR: Si el entrevistado lleva menos de 3 meses trabajando referir el período al tiempo que lleve trabajando.)

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| - Reducida, podría hacer más cosas ..... | 1 |       |
| - Normal .....                           | 2 | (130) |
| - Excesiva, me siento agobiado/a .....   | 3 |       |
| - Ha sido muy variable .....             | 4 |       |
| - NC .....                               | 9 |       |

**P.34** El trabajo que Vd. realiza, ¿le resulta monótono?

- |                            |   |       |
|----------------------------|---|-------|
| - No .....                 | 1 |       |
| - Sí, a veces .....        | 2 |       |
| - Sí, frecuentemente ..... | 3 | (131) |
| - Sí, siempre .....        | 4 |       |
| - NS .....                 | 8 |       |
| - NC .....                 | 9 |       |

**P.35** Cuando en su puesto de trabajo se comete algún error... :

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| - Apenas tiene consecuencias .....      | 1 |       |
| - Puede provocar un problema leve ..... | 2 |       |
| - Tiene consecuencias graves .....      | 3 | (132) |
| - NS .....                              | 8 |       |
| - NC .....                              | 9 |       |

### COMUNICACIÓN

**P.36** Indique de los siguientes aspectos, si existe alguno que le impide o dificulta hablar con sus compañeros mientras trabaja:

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 18. Respuesta múltiple)

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| - Las normas de la empresa .....                 | 1 | (133) |
| - El jefe .....                                  | 1 | (134) |
| - No poder desviar la atención del trabajo ..... | 1 | (135) |
| - Hay mucho ruido .....                          | 1 | (136) |
| - El ritmo de trabajo .....                      | 1 | (137) |
| - Hay mucha distancia entre nosotros .....       | 1 | (138) |
| - Los equipos de protección .....                | 1 | (139) |
| - Estar aislado .....                            | 1 | (140) |
| - Otros. Especificar: .....                      | 1 | (141) |
|  |   |       |
| - Ninguno .....                                  | 7 | (142) |
| - NC .....                                       | 9 |       |

P.37 ¿Cómo considera que son las relaciones con las personas con las que debe trabajar?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 19 y redondear con un círculo la puntuación citada por el entrevistado para cada categoría. La penúltima columna de la tabla significa que no tiene jefes, compañeros o subordinados.)

	Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas	Muy malas	No tiene J, C o S	NC	
Jefes	1	2	3	4	5	8	9	(143)
Compañeros	1	2	3	4	5	8	9	(144)
Subordinados	1	2	3	4	5	8	9	(145)

#### ESTATUS

P.38 Para desempeñar su puesto de trabajo se requiere:

- Ningún conocimiento especial, sólo práctica en el puesto ..... 1
- Conocimientos a nivel de Formación profesional ..... 2 (146)
- Conocimientos a nivel de Formación universitaria (media o superior) .. 3
- NC ..... 9

P.39 Su trabajo, ¿le da oportunidad de aplicar sus capacidades o conocimientos?

- Sí, mucho ..... 1
- Sí, bastante ..... 2
- Sí, regular ..... 3 (147)
- Sí, pero poco ..... 4
- No, nada ..... 5
- NC ..... 9

#### AUTONOMÍA

P.40 En su trabajo, ¿puede elegir o modificar...?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 20)

	Sí, siempre que quiero	A veces	Nunca	NC	
- El orden de las tareas	1	2	3	9	(148)
- El método de trabajo	1	2	3	9	(149)
- El ritmo de trabajo	1	2	3	9	(150)
- La distribución y/o duración de las pausas en el trabajo	1	2	3	9	(151)

**P.41** Su ritmo de trabajo está determinado principalmente por:

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 21 y anotar sólo una opción)

- El ritmo de una máquina ..... 1
- El ritmo de otros compañeros ..... 2
- Causas externas: público, clientes, etc. .... 3 (152)
- Tráfico ..... 4
- Topes que hay que alcanzar, plazos que hay que cumplir..... 5
- No hay ritmo prefijado, me lo marco yo ..... 6
- NC ..... 9

**P.42** Durante la jornada de trabajo, ¿puede Vd. detener su trabajo o ausentarse de él cuando lo necesita?

- Sí, con sustitución por un compañero ..... 1
- Sí, sin sustitución por un compañero ..... 2 (153)
- No ..... 3
- NC ..... 9

### PROMOCIÓN

**ENTREVISTADOR:** No hacer la P.43 si se trata de un trabajador de una empresa de trabajo temporal (ETT) (7 en P.2).

**P.43** Desde que trabaja en esta empresa, ¿ha promocionado Vd.?

- Sí, he promocionado mucho ..... 1
- Sí, he promocionado algo ..... 2
- No, pero espero promocionar ..... 3 (154)
- No, ni espero promocionar ..... 4
- NC ..... 9

### HORARIO DE TRABAJO

**P.44** Por término medio, ¿cuántas horas trabaja a la semana?

- Nº de horas/ semana .....   (155)(156)
- NC ..... 99

P.45 Indique cuál es su horario habitual:

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 22 y anotar sólo una opción)

Jornada partida (mañana y tarde)		01	
Jornada continua	fijo mañana	02	(157)(158)
	fijo tarde	03	
	fijo noche	04	
Horario en equipos rotativos (turnos)	mañana/ tarde	05	
	mañana/ tarde/ noche	06	
	otro tipo	07	
Otro. Especificar:		08	

- NC ..... 99

P.46 ¿Cada cuántos días cambia de turno?

- N° de días .....   (159)(160)
- NC ..... 99

P.47 ¿En qué turno está ahora?

- Mañana ..... 1
- Tarde ..... 2 (161)
- Noche ..... 3
- NC ..... 9

P.48 ¿Trabaja Vd. en domingos y días festivos?

- Sí, regularmente ..... 1
- Sí, ocasionalmente ..... 2
- No ..... 3 (162)
- NC ..... 9

P.49 Su horario es:

- Rígido (horario fijo de entrada y salida del trabajo) ..... 1
- Flexible (con posibilidad de adaptar o elegir las horas de entrada y salida del trabajo) ..... 2 (163)
- NC ..... 9

P.50 Habitualmente, ¿suele Vd. prolongar su jornada laboral sin compensación económica?

- Sí ..... 1
- No ..... 2 (164)
- NC ..... 9

<b>PARTICIPACIÓN</b>
----------------------

**P.51** ¿En cuáles de los siguientes aspectos de su trabajo considera Vd. que se tiene en cuenta su opinión o sugerencias?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 23)

	Sí	No	No hago sugerencias	NC	
– Planificación y organización de su trabajo	1	2	3	9	(165)
– Revisión de la calidad de su trabajo	1	2	3	9	(166)
– Introducción de cambios (organizativos o tecnológicos) en su trabajo o puesto	1	2	3	9	(167)
– Elección de equipos/útiles que Vd. maneja	1	2	3	9	(168)
– Adecuación de las condiciones de su puesto de trabajo	1	2	3	9	(169)
– Actividades para la prevención de riesgos laborales en su puesto de trabajo	1	2	3	9	(170)

<b>ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN</b>
--------------------------------------

**ENTREVISTADOR:** Sólo hacer la P.52 si el centro de trabajo cuenta con 6 o más trabajadores. Si tiene menos de 6 trabajadores pasar a la P.55.

**P.52** En su empresa o centro de trabajo, ¿hay algún Delegado de prevención de riesgos laborales?

- |   |   |              |
|---|---|--------------|
| <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; height: 20px;"></div> </div> <div>             – Sí ..... 1<br/>             – No ..... 2<br/>             – NS ..... 8<br/>             – NC ..... 9           </div> </div> | <div style="font-size: 2em;">}</div> <div style="font-size: 1.5em;">→</div> | Pasar a P.55 |
|---|---|--------------|

(171)

**P.53** En su empresa o centro de trabajo, ¿hay Comité de Seguridad y Salud en el trabajo?

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NS ..... 8
- NC ..... 9

(172)

**P.54** Columna (173) anulada en este cuestionario.

**P.55** En su empresa, ¿qué figuras o recursos tienen implantados para la prevención de riesgos laborales?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 24. Respuesta múltiple)

- El empresario ha asumido personalmente la función de prevención de riesgos ..... 1 (174)
  - El empresario ha designado a uno o varios trabajadores ..... 1 (175)
  - Se dispone de un Servicio de prevención propio ..... 1 (176)
  - Se dispone de un Servicio de prevención mancomunado ..... 1 (177)
  - Se recurre a un Servicio de prevención ajeno a la empresa ..... 1 (178)
  - Otro. Especificar: ..... 1 (179)
- 
- Ninguno ..... 7 (180)
  - NS ..... 8 (181)
  - NC ..... 9

### ACTIVIDADES PREVENTIVAS

**P.56** En los últimos doce meses, ¿se le practicó algún reconocimiento médico por parte de su empresa?

- Sí ..... 1 (182)
  - No ..... 2
  - NC ..... 9
- ↓
- Pasar a P.60

**P.57** ¿Cuál fue el motivo de este reconocimiento?

- Por mi incorporación al trabajo ..... 1 (183)
  - Porque me asignaron tareas nuevas con nuevos riesgos para la salud ..... 2
  - Por incorporación tras una ausencia prolongada por motivos de salud ..... 3
  - Es periódico ..... 4
  - Otros. Especificar: ..... 5
- 
- NS ..... 8
  - NC ..... 9

**P.58** ¿Le informaron de los resultados del reconocimiento?

- No le informaron ..... 1
- Le informaron verbalmente ..... 2
- Le informaron por escrito ..... 3 (184)
- Le informaron verbalmente y por escrito ..... 4
- NS ..... 8
- NC ..... 9

**P.59** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen mejor, según su opinión, el reconocimiento médico que se le practicó?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 25 y anotar sólo una opción)

- Es inútil, lo único que se hace es perder el tiempo ..... 1 (185)
- Es un chequeo médico general que nunca está de más, pero no lo veo relacionado con los riesgos de mi puesto de trabajo... 2
- Es útil, considero que me han realizado las pruebas necesarias para saber si tengo alguna enfermedad relacionada con el trabajo .... 3
- NS ..... 8
- NC ..... 9

**P.60** Durante el último año, ¿se ha realizado algún estudio de los riesgos para su salud o seguridad en su puesto de trabajo?

- |  |
|--|
| <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: right;">             Sí ..... 1<br/>             No ..... 2<br/>             NS ..... 8<br/>             NC ..... 9           </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 3em; line-height: 1;">             ]           </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">             →           </div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">             Pasar a P.65           </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;">             (186)           </div> |
|--|

**P.61** ¿Qué aspectos de su puesto de trabajo se han estudiado?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 26. Respuesta Múltiple)

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| - Ruido .....   | 1 | (187) |
| - Ambiente térmico (temperatura, humedad) .....   | 1 | (188) |
| - Vibraciones .....   | 1 | (189) |
| - Radiaciones .....   | 1 | (190) |
| - Manipulación o respiración de sustancias o productos nocivos o tóxicos .....                      | 1 | (191) |
| - Agentes biológicos .....  | 1 | (192) |
| - Posturas de trabajo, esfuerzos físicos y movimientos repetitivos .....                            | 1 | (193) |
| - Seguridad de máquinas, equipos y material .....   | 1 | (194) |
| - Seguridad de las instalaciones .....  | 1 | (195) |
| - Diseño del puesto de trabajo (mobiliario, espacio, superficies, iluminación, etc.)..              | 1 | (196) |
| - Aspectos mentales y organizativos (nivel de atención, horario, pausas, ritmo, estrés, etc.) ..... | 1 | (197) |
| - Otros. Especificar: .....   | 1 | (198) |
| <hr/>   |   |       |
| - NS .....  | 8 | (199) |
| - NC .....  | 9 |       |

**P.62** ¿Le informaron de los resultados del estudio?

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| - No le informaron .....                        | 1 |       |
| - Le informaron verbalmente .....               | 2 | (200) |
| - Le informaron por escrito .....               | 3 |       |
| - Le informaron verbalmente y por escrito ..... | 4 |       |
| - NC .....                                      | 9 |       |

**P.63** Tras dicho estudio, ¿se ha tomado alguna medida?

- |  |
|--|
| <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: right;">             Sí ..... 1<br/>             No ..... 2<br/>             NS ..... 8<br/>             NC ..... 9           </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 3em; line-height: 1;">             ]           </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">             →           </div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">             Pasar a P.65           </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;">             (201)           </div> |
|--|

**P.64** ¿Qué medida o medidas se han tomado?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 27. Respuesta múltiple.)

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| - Modificación de instalaciones, maquinaria, equipos o materiales .....    | 1 | (202) |
| - Cambios en su método de trabajo .....                                    | 1 | (203) |
| - Reducción del tiempo diario de permanencia en el puesto de trabajo ..... | 1 | (204) |
| - Modificación o suministro de equipos de protección individual .....      | 1 | (205) |
| - Modificación o instalación de medios de protección colectiva .....       | 1 | (206) |
| - Compensación económica (pluses) .....                                    | 1 | (207) |
| - Formación .....  | 1 | (208) |
| - Información .....  | 1 | (209) |
| - Otros. Especificar: .....  | 1 | (210) |
| <hr/>  |   |       |
| - NS .....   | 8 | (211) |
| - NC .....   | 9 |       |



**P.65** En su trabajo habitual, ¿es obligatorio el uso de algún equipo de protección individual?

- |   |          |   |                        |
|---|----------|---|------------------------|
| — | Sí ..... | 1 | ] → Pasar a P.68 (212) |
| — | No ..... | 2 |                        |
| — | NS ..... | 8 |                        |
| — | NC ..... | 9 |                        |
- ↓

**P.66** ¿Qué equipo o equipos de protección individual son obligatorios para su trabajo ?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 28. Respuesta múltiple)

- |   |  |   |       |
|---|--|---|-------|
| — | Guantes (frente a riesgo mecánico) .....                   | 1 | (213) |
| — | Calzado (frente a riesgo mecánico) .....                   | 1 | (214) |
| — | Gafas/pantallas (frente a impactos) .....                  | 1 | (215) |
| — | Guantes (frente a agresivos químicos) .....                | 1 | (216) |
| — | Casco normal .....   | 1 | (217) |
| — | Guantes/calzado aislante (frente a riesgo eléctrico) ..... | 1 | (218) |
| — | Protectores auditivos .....                                | 1 | (219) |
| — | Pantallas/gafas (frente a agresivos químicos) .....        | 1 | (220) |
| — | Máscaras o mascarilla .....                                | 1 | (221) |
| — | Protección frente a riesgo térmico .....                   | 1 | (222) |
| — | Protección frente a riesgo biológico .....                 | 1 | (223) |
| — | Botas, ropa y otros (frente a riesgo químico) .....        | 1 | (224) |
| — | Cinturones y dispositivos anticaídas .....                 | 1 | (225) |
| — | Protección frente a radiaciones .....                      | 1 | (226) |
| — | Otros. Especificar: .....                                  | 1 | (227) |
- 
- |   |          |   |       |
|---|----------|---|-------|
| — | NC ..... | 9 | (228) |
|---|----------|---|-------|

**P.67** ¿Ha participado Vd. en la elección de dicho equipo o equipos?

- |   |                      |   |       |
|---|----------------------|---|-------|
| — | Sí, en todos .....   | 1 | (229) |
| — | Sí, en algunos ..... | 2 |       |
| — | No .....             | 3 |       |
| — | NS .....             | 8 |       |
| — | NC .....             | 9 |       |

## FORMACIÓN

**P.68** Durante los últimos doce meses, ¿ha recibido algún tipo de formación (charla, curso, material didáctico, etc.) de cualquier tema, pagado, facilitado u ofrecido por su empresa actual o anteriores?

- |   |            |   |                        |
|---|------------|---|------------------------|
| ↓ | - Sí ..... | 1 | ] → Pasar a P.71 (230) |
|   | - No ..... | 2 |                        |
|   | - NS ..... | 8 |                        |
|   | - NC ..... | 9 |                        |

**P.69** Dicha actividad formativa estaba orientada a: (*ENTREVISTADOR: Respuesta múltiple*)

- |   |   |   |       |
|---|---|---|-------|
| ↓ | - Mejorar o actualizar su preparación para realizar su trabajo .....                  | 1 | (231) |
|   | - Mejorar o actualizar sus conocimientos sobre la prevención de riesgos laborales ... | 1 | (232) |
|   | - Preparación para realizar nuevas tareas .....                                       | 1 | (233) |
|   | - Otros. Especificar: .....   | 1 | (234) |
|   | _____   |   |       |
| ↓ | - NC .....  | 9 | (235) |

**P.70** Esta actividad formativa sobre prevención de riesgos laborales; ¿fundamentalmente, cómo se ha impartido?

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| - Se impartió en el propio puesto .....  | 1 | (236) |
| - Se impartió a distancia .....          | 2 |       |
| - Se impartió en un aula o similar ..... | 3 |       |
| - Otros. Especificar: .....              | 4 |       |
| _____                                    |   |       |
| - NC .....                               | 9 |       |

## DAÑOS A LA SALUD

**P.71** En los dos últimos años, ¿ha tenido algún accidente de trabajo?

- |   |            |   |                        |
|---|------------|---|------------------------|
| ↓ | - Sí ..... | 1 | ] → Pasar a P.73 (237) |
|   | - No ..... | 2 |                        |
|   | - NC ..... | 9 |                        |

**P.72** ¿Cuáles fueron las causas de este accidente o accidentes? (*ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 29. Respuesta múltiple.*)

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| - El lugar de trabajo está en malas condiciones .....              | 1 | (238) |
| - Los accesos al lugar de trabajo están en malas condiciones ..... | 1 | (239) |
| - La máquina está insuficientemente protegida .....                | 1 | (240) |
| - El área de trabajo o superficie es insegura .....                | 1 | (241) |
| - Las instalaciones son viejas .....                               | 1 | (242) |
| - Hay que sacar la producción por encima de todo .....             | 1 | (243) |
| - Por falta de medios o herramientas adecuadas .....               | 1 | (244) |
| - El trabajo obliga a realizar operaciones peligrosas .....        | 1 | (245) |
| - Por esfuerzos o posturas forzadas .....                          | 1 | (246) |
| - Falta o inadecuación de equipos de protección individual .....   | 1 | (247) |
| - Por cansancio o fatiga .....                                     | 1 | (248) |
| - Por exceso de confianza o de costumbre .....                     | 1 | (249) |
| - El puesto de trabajo está mal diseñado .....                     | 1 | (250) |
| - Se trabaja sin la formación suficiente .....                     | 1 | (251) |
| - Falta de espacio .....   | 1 | (252) |
| - Falta de experiencia en el trabajo .....                         | 1 | (253) |
| - Por causas relacionadas con el tráfico .....                     | 1 | (254) |
| - NC .....   | 9 | (255) |

**P.73** ¿Ha sido diagnosticado o está en trámite de reconocimiento de alguna enfermedad profesional?

- |            |   |  |
|------------|---|--|
| - Sí ..... | 1 |  |
| - No ..... | 2 |  |
| - NC ..... | 9 |  |
- (256)
- Pasar a P.75

**P.74** ¿De cuál de estas enfermedades?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 30. Respuesta múltiple)

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| - Enfermedades de la piel .....                                     | 1 | (257) |
| - Neumoconiosis y/o enfermedades pulmonares .....                   | 1 | (258) |
| - Enfermedades infecciosas .....                                    | 1 | (259) |
| - Hipoacusia/sordera .....  | 1 | (260) |
| - Enfermedades o intoxicaciones por metales .....                   | 1 | (261) |
| - Enfermedades o intoxicaciones por otras sustancias químicas ..... | 1 | (262) |
| - Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones .....       | 1 | (263) |
| - Otra. Especificar: .....  | 1 | (264) |
| <hr/>   |   |       |
| - NC .....  | 9 | (265) |

**P.75** Últimamente, ¿sufre con frecuencia alguno de los siguientes síntomas?

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 31. Respuesta múltiple)

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| - Le cuesta dormir o duerme mal .....  | 1 | (266) |
| - Tiene sensación continua de cansancio .....  | 1 | (267) |
| - Sufre dolores de cabeza .....  | 1 | (268) |
| - Sufre mareos .....   | 1 | (269) |
| - Le cuesta concentrarse, mantener la atención .....   | 1 | (270) |
| - Le cuesta acordarse de las cosas u olvida las cosas con facilidad .....                      | 1 | (271) |
| - Se nota tenso, irritable .....   | 1 | (272) |
| - Sufre alteraciones del apetito o digestivas (náuseas, acidez, digestiones pesadas ...) ..... | 1 | (273) |
| - Tiene problemas en los ojos (lagrimeo, visión borrosa ...) .....                             | 1 | (274) |
| - Otro. Especificar: .....   | 1 | (275) |
| <hr/>  |   |       |
| - Ninguno .....  | 7 | (276) |
| - NC .....   | 9 |       |

**P.76** Durante el último año, ¿cuántas veces tuvo que consultar a un médico por un problema, molestia o enfermedad?

(ENTREVISTADOR: Se entiende por "consulta médica" cualquier visita a un médico para diagnóstico, examen, tratamiento o consejo. Sin embargo, no se considera consulta médica los exámenes colectivos (reconocimientos laborales periódicos), las visitas para realizar exclusivamente pruebas diagnósticas (radiografías, análisis, etc.), las revisiones, la tramitación de bajas, la expedición de recetas, la elaboración de informes o pedir hora o cita).

- |   |                     |   |                |
|---|---------------------|---|----------------|
| ↓ | - Una .....         | 1 |                |
|   | - Dos .....         | 2 | (277)          |
|   | - Tres .....        | 3 |                |
|   | - Más de tres ..... | 4 |                |
|   | - Ninguna .....     | 7 |                |
| ↓ | - NC .....          | 9 | → Pasar a P.79 |

**P.77** ¿Cuántas de estas consultas médicas considera Vd. que están relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo?

- |   |                     |   |                |
|---|---------------------|---|----------------|
| ↓ | - Una .....         | 1 |                |
|   | - Dos .....         | 2 | (278)          |
|   | - Tres .....        | 3 |                |
|   | - Más de tres ..... | 4 |                |
|   | - Ninguna .....     | 7 |                |
|   | - NS .....          | 8 |                |
| ↓ | - NC .....          | 9 | → Pasar a P.79 |

**P.78** Estas consultas relacionadas con problemas de salud derivados de su trabajo, ¿qué enfermedad/es o molestia/s las motivaron?. (ENTREVISTADOR: Mostrar Tarjeta 32. Respuesta múltiple)

- |   |         |
|---|---------|
| - Dolor de cuello .....   | 1 (279) |
| - Dolor de espalda .....  | 1 (280) |
| - Hernia de disco .....   | 1 (281) |
| - Dolor en miembro superior: hombro, brazo, codo, antebrazo (exc. muñeca o mano) .....                                  | 1 (282) |
| - Dolor en muñeca o mano .....  | 1 (283) |
| - Dolor en miembro inferior: cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo, pie .....   | 1 (284) |
| - Esguince, luxación, fractura o desgarro muscular .....  | 1 (285) |
| - Quemaduras .....  | 1 (286) |
| - Heridas por cortes, pinchazos, golpes y proyecciones .....  | 1 (287) |
| - Enfermedades de corazón .....   | 1 (288) |
| - Enfermedades de las venas (varices, trombosis) .....  | 1 (289) |
| - Alteraciones gastrointestinales (gastritis, úlcera, malas digestiones, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal) ..... | 1 (290) |
| - Infecciones del aparato respiratorio (gripe, resfriado, neumonía) .....   | 1 (291) |
| - Asma .....  | 1 (292) |
| - Otras enfermedades respiratorias .....  | 1 (293) |
| - Enfermedades de la piel .....   | 1 (294) |
| - Alergias .....  | 1 (295) |
| - Intoxicación aguda .....  | 1 (296) |
| - Disminución de la audición .....  | 1 (297) |
| - Dolor de cabeza (cefalea) .....   | 1 (298) |
| - Vértigos o mareos .....   | 1 (299) |
| - Alteraciones de la visión .....   | 1 (300) |
| - Fatiga visual (cansancio de ojos ...) .....   | 1 (301) |
| - Estrés .....  | 1 (302) |
| - Depresión .....   | 1 (303) |
| - Alteraciones del sueño .....  | 1 (304) |
| - Problemas de la voz .....   | 1 (305) |
| - Cansancio crónico .....   | 1 (306) |
| - Enfermedades del hígado y sus vías biliares .....   | 1 (307) |
| - Enfermedades del riñón y vías urinarias (cálculos, infecciones...) .....  | 1 (308) |
| - Otras. Especificar: .....   | 1 (309) |
| - NC .....  | 9 (310) |

**P.79** Frecuentemente, ¿toma Vd. algún tipo de medicamento de los que se relacionan a continuación?

(ENTREVISTADOR: Mostrar Tarjeta 33. Respuesta múltiple)

- Para el dolor o la inflamación (analgésicos, antiinflamatorios...) ..... 1 (311)
- Reconstituyentes, vitaminas, tónicos ..... 1 (312)
- Para molestias del estómago (digestiones pesadas, acidez, gases) ..... 1 (313)
- Antidepresivos o estimulantes ..... 1 (314)
- Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir ..... 1 (315)
- Ninguno de los anteriores ..... 7 (316)
- NC ..... 9

**P.80** Indique en qué medida le molestan los siguientes aspectos de su trabajo:

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR TARJETA 34)

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho	NC	
- La falta de autonomía en su trabajo	1	2	3	4	5	9	(317)
- El ritmo impuesto	1	2	3	4	5	9	(318)
- El control a que está sometido por sus mandos	1	2	3	4	5	9	(319)
- El horario de trabajo	1	2	3	4	5	9	(320)
- La monotonía	1	2	3	4	5	9	(321)
- La dificultad de comunicación con otros	1	2	3	4	5	9	(322)
- El esfuerzo físico que ha de realizar en su puesto	1	2	3	4	5	9	(323)
- La postura que debe adoptar en su trabajo	1	2	3	4	5	9	(324)
- La iluminación del puesto	1	2	3	4	5	9	(325)
- El ruido existente en su puesto de trabajo	1	2	3	4	5	9	(326)
- La temperatura y humedad del ambiente	1	2	3	4	5	9	(327)
- Los contaminantes a que está sometido	1	2	3	4	5	9	(328)
- El riesgo de tener un accidente	1	2	3	4	5	9	(329)
- La inestabilidad en el empleo	1	2	3	4	5	9	(330)

#### DATOS PERSONALES

**P.81** ¿Qué edad tiene Vd.?

- Nº de años .....   (331)(332)
- NC ..... 99

**P.82** Sexo:

- Hombre ..... 1
- Mujer ..... 2 (333)

**P.83** Nº de hijos menores de 18 años que convivan con el entrevistado:

- Nº de hijos .....   (334)(335)
- Ninguno ..... 97
- NC ..... 99

**P.84** ¿Ha ido Vd. a la escuela o cursado algún tipo de estudios?

(ENTREVISTADOR: en caso negativo, preguntar si sabe leer y escribir)

- |                                       |   |   |               |       |
|---------------------------------------|---|---|---------------|-------|
| - No, es analfabeto .....             | 1 | → | Pasar a P. 86 | (336) |
| - No, pero sabe leer y escribir ..... | 2 |   |               |       |
| - Sí, ha ido a la escuela .....       | 3 |   |               |       |
| - NC .....                            | 9 | → | Pasar a P.86  |       |

**P.85** ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que Vd. ha cursado (con independencia de que los haya terminado o no)? Por favor, especifique lo más posible, diciéndome el curso en que estaba cuando los terminó (o los interrumpió), y también el nombre que tenían entonces esos estudios: (ej.: 3 años de Estudios Primarios, Primaria, 5º de Bachillerato, Maestría Industrial, Preuniversitario, 4º de EGB, Licenciatura, Doctorado, FP1, etc.).

(ENTREVISTADOR: Si aún está estudiando, anotar el último curso que haya completado. Si no ha completado la Primaria, anotar nº de años que asistió a la escuela).

CURSO .....

NOMBRE (de los estudios) ..... (337)(338)

NIVEL (Codificar según T. ESTUDIOS) .....

**P.86** ¿Quién es la persona que aporta más ingresos en su hogar?

- |  |   |       |
|--|---|-------|
| - El entrevistado .....  | 1 | (339) |
| - Otra persona .....   | 2 |       |
| - (NO LEER) El entrevistado y otra persona casi a partes iguales ..... | 3 |       |
| - NC .....   | 9 |       |

**P.87** ¿Cuánto tiempo tarda Vd. habitualmente en llegar desde su casa al trabajo?

- |                         |   |       |
|-------------------------|---|-------|
| - Menos de 10 min. .... | 1 | (340) |
| - De 10 a 19 min. ....  | 2 |       |
| - De 20 a 29 min. ....  | 3 |       |
| - De 30 a 39 min. ....  | 4 |       |
| - De 40 a 49 min. ....  | 5 |       |
| - De 50 a 59 min. ....  | 6 |       |
| - Más de 59 min. ....   | 7 |       |
| - NC .....              | 8 |       |

Si cree que hay alguna cosa importante que afecta a su trabajo y que no se comenta en este cuestionario, coméntela a continuación.

---



---



---



---

<b>A RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR</b>
--

*(ENTREVISTADOR: Rellenar los datos que se piden a continuación, transcribiendo las respuestas obtenidas a las preguntas que se detallan del cuestionario aplicado al gerente, responsable, encargado, etc. correspondiente a la misma empresa)*

**P. 2** Actividad económica del centro de trabajo.

CNAE-93: 

--	--	--

 (341)(342)(343)

**P.6** Columnas (344)(345) anuladas en este cuestionario.

**P.7** Columna (346) anulada en este cuestionario.

**P.13** Distribuya a todos los trabajadores que realizan actualmente actividades en este centro de trabajo según la siguiente clasificación:

siguiente clasificación.

		Nº de trabajadores				
- Plantilla propia	- Indefinidos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(347)(348)(349)(350)
	- Contratos de duración determinada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(351)(352)(353)(354)
- Contratas o subcontratas (incluidos trabajadores autónomos)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(355)(356)(357)(358)
- Empresas de Trabajo Temporal		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(359)(360)(361)(362)
- Otros. Especificar: _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(363)(364)(365)(366)
- TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(367)(368)(369)(370)

**P.14** Número de contratas o subcontratas (incluido número de trabajadores autónomos):

Nº ..... 

--	--	--

 (371)(372)(373)

- NS ..... 998

- NC ..... 999

**P.28** En esta empresa, ¿qué figuras o recursos tienen implantados para la prevención de riesgos laborales?.

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| - El empresario ha designado a uno o varios trabajadores .....                        | 1 | (374) |
| - Se dispone de un Servicio de prevención propio .....                                | 1 | (375) |
| - Se dispone de un Servicio de prevención mancomunado .....                           | 1 | (376) |
| - Se recurre a un Servicio de prevención ajeno a la empresa .....                     | 1 | (377) |
| - El empresario ha asumido personalmente la función de<br>prevención de riesgos ..... | 1 | (378) |
| - Otro. Especificar: .....  | 1 | (379) |
| - Ninguno .....   | 7 | (380) |
| - NS .....  | 8 | (381) |
| - NC .....  | 9 |       |