

## PLAN DE PREVENCIÓN

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

Fecha emisión: 02/07/09

Fecha revisión: 31/10/12


Ref.: PSP 04

Núm. Rev: 1

Página 1 de 9

### PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACION DEL RIESGO LABORAL DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

REVISIÓN	FECHA	HOJA / S	MOTIVO CAMBIO
Rev. 1	31/10/2012	Todas	Inclusión de la tramitación de la prestación con la Mutua de AT y EP
<b>Realizado por:</b> Servicio de Prevención de Prevención de Riesgos Laborales del personal Sanitario <b>Fecha y firma:</b>	<b>Aprobado por:</b>  <b>Fecha y firma:</b>	<b>VºBº:</b> Comité de Seguridad y Salud <b>02/07/2009</b> <b>Fecha y firmas :</b>	

<p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p> 	<b>PLAN DE PREVENCIÓN</b> <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL RIESGO LABORAL</b> <b>DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA</b>			
Fecha emisión: 02/07/12	Fecha revisión: 31/10/12	Ref.: PSP 04	Núm. Rev: 1	Página 2 de 9

**PROCEDIMIENTO PARA LA VALORACION DEL RIESGO LABORAL**  
**DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA**

ÍNDICE

- 1.- OBJETO
- 2.- AMBITO DE APLICACIÓN
- 3.- NORMATIVA
- 4.- DEFINICIONES
- 5.- DESARROLLO
- 6.- REGISTRO Y ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN
- 7.- ANEXOS

**1.- OBJETO**

El objeto del presente documento es establecer la sistemática para la valoración del riesgo laboral existente durante el embarazo y la lactancia de las trabajadoras del Servicio Riojano de Salud, con el fin de garantizar la protección de la maternidad en el trabajo, mediante la adopción de las medidas preventivas necesarias por parte de la empresa que, siguiendo los principios preventivos, deben considerarse en el siguiente orden:



- 1- Eliminación del peligro.
- 2- Adaptación de las condiciones y/o del tiempo de trabajo.
- 3- Cambio a un puesto de trabajo exento de riesgo o restricción de las tareas con riesgo.
- 4- Suspensión de contrato por riesgo durante el embarazo o la lactancia.

**2.- ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Este procedimiento será de aplicación a todas las trabajadoras del Servicio Riojano de Salud en situación de gestación o de lactancia natural.

**3.- NORMATIVA**

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (art. 25 y 26)
- Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Real Decreto 604/2006, de 19 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

 	<b>PLAN DE PREVENCIÓN</b> <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL RIESGO LABORAL</b> <b>DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA</b>			
<b>Fecha emisión:</b> 02/07/12	<b>Fecha revisión:</b> 31/10/12	<b>Ref.:</b> PSP 04	<b>Núm. Rev:</b> 1	<b>Página</b> 3 de 9

- Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención
- Ley 39/1999 de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
- Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.
- Real Decreto 337/2010, de 19 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención

#### 4.- DEFINICIONES

De acuerdo con la Directiva 1992/85/CEE del Consejo, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia.

##### **Trabajadora embarazada:**

Cualquier trabajadora embarazada que comunique su estado en la empresa, con arreglo a las legislaciones o prácticas estatales.

##### **Trabajadora que haya dado a luz:**

Cualquier trabajadora que haya dado a luz, en el sentido de las legislaciones o prácticas estatales, que comunique su estado en la empresa, con arreglo a dichas legislaciones y/o prácticas.

##### **Trabajadora en período de lactancia:**

Cualquier trabajadora en período de lactancia, en el sentido de las legislaciones o prácticas estatales, que comunique su estado en la empresa, con arreglo a dichas legislaciones y/o prácticas.

#### 5.- DESARROLLO



##### **5.1- Notificación del embarazo o lactancia al SPRL:**

La trabajadora notificará a la empresa la situación de embarazo o de lactancia, mediante la presentación de la solicitud de valoración del riesgo laboral durante el embarazo o lactancia, conforme al modelo que figura como **anexo 1**, debidamente cumplimentada y firmada por la trabajadora, dirigida al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

En la solicitud deberán constar:

- Datos de la solicitante.
- Fecha prevista de parto o fecha del parto reciente\*
- Categoría profesional.
- Puestos de trabajo actual.
- Descripción de las tareas o actividades de su puesto de trabajo.

La trabajadora aportará informe de su médico de Atención Primaria o del médico especialista acreditando la edad gestacional o fecha prevista de parto o lactancia natural y la ausencia de patología. Podrá, igualmente, aportar con la solicitud cualquier otro documento que considere oportuno.

 	<b>PLAN DE PREVENCIÓN</b> <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL RIESGO LABORAL</b> <b>DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA</b>			
Fecha emisión: 02/07/12	Fecha revisión: 31/10/12	Ref.: PSP 04	Núm. Rev: 1	Página 4 de 9

## 5.2- Actuación del SPRL (Área Técnica y vigilancia de la Salud):

**5.2.1 El técnico de prevención** realizará una evaluación de riesgos adicional del puesto de la trabajadora embarazada para determinar la naturaleza, grado y duración de la exposición de la trabajadora a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en su salud o la del feto o la del hijo lactante, teniendo como referencia la Guía del INSHT sobre Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo, así como las Guías de otras sociedades científicas (ANMTAS, SEGO, AMAT), y remitirá a Vigilancia de la Salud la evaluación de riesgos revisada.

**5.2.2 El médico de Vigilancia de la Salud**, a la vista de los riesgos evaluados en el puesto de trabajo:

- Valorará el riesgo siguiendo fundamentalmente los criterios de la Guía de Valoración de Riesgos Laborales en el Embarazo y Lactancia en Trabajadoras de Ámbito Sanitario (ANMTAS) y otras Guías de Sociedades Científicas si fuera necesario.
- Podrá recabar del superior jerárquico del trabajador información detallada sobre las tareas que desarrolla en su puesto de trabajo actual.
- Tendrá en cuenta las características personales de la embarazada, alergias, estado vacunal, alteraciones psicofísicas, etc.
- Emitirá un informe clínico-laboral sobre la situación de riesgo durante el embarazo, en el que necesariamente constarán:
  - Datos de la solicitante.
  - Categoría profesional.
  - Puesto de trabajo actual.
  - Riesgos para la salud de la embarazada, feto o lactante.
  - Recomendaciones de adaptación o cambio de puesto de trabajo.


El informe clínico-laboral, junto con la evaluación de riesgos adicional, se remitirán a la Dirección de Gestión de Personal y a la interesada.

## 5.3- Actuación de la Dirección.

La Dirección de Gestión de Personal, a la vista del informe clínico-laboral, solicitará información al superior jerárquico de la trabajadora para valorar las adaptaciones que se pueden implantar en el puesto de trabajo con el fin de evitar los riesgos mencionados en el informe clínico-laboral, o bien, determinará la imposibilidad de adaptaciones del puesto y resolverá sobre la asignación de un nuevo puesto que, en todo caso, tendrá carácter provisional, mientras dure la situación de embarazo, parto reciente o lactancia.

La Dirección informará al SPRL de las adaptaciones y/o reubicaciones realizadas, situación que requerirá una nueva valoración de riesgos del nuevo puesto asignado.

Si no se pudieran realizar las adaptaciones necesarias o el cambio de puesto de trabajo y/o **siempre que la trabajadora quiera tramitar la solicitud de riesgo durante el embarazo con la Mutua**, la Dirección emitirá una Declaración Empresarial siguiendo el modelo de ésta, **Anexo 2**.

	<b>PLAN DE PREVENCIÓN</b> <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL RIESGO LABORAL DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA</b>			
Fecha emisión: 02/07/12	Fecha revisión: 31/10/12	Ref.: PSP 04	Núm. Rev: 1	Página 5 de 9

#### **5.4 Tramitación de la solicitud de la prestación de riesgo durante el embarazo o lactancia con la Mutua de AT y EP:**

De acuerdo con la normativa (Real Decreto 295/2009), se consideran dos etapas diferenciadas para el reconocimiento del derecho a las prestaciones, que deberá tramitar la trabajadora directamente con la Mutua.

Corresponde a la Mutua de AT y EP concertada con la empresa tanto la certificación médica sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o lactancia natural, como el reconocimiento de la prestación económica por situación de riesgo, que será del 100% de la base reguladora por contingencias profesionales.

##### **5.4.1- Solicitud de emisión de la Certificación Médica sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o lactancia por parte de la trabajadora**

Documentación a presentar en la Mutua, (según sus modelos, <http://www.mutuauniversal.net>)

- Solicitud por la trabajadora con fotocopia del DNI
- Certificado empresarial sobre la actividad desarrollada y las condiciones de trabajo, especificando las adaptaciones que se hayan podido llevar a cabo.
- Informe médico del facultativo del Servicio Público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto o la existencia de lactancia natural.
- Evaluación de Riesgos del puesto de trabajo ocupado por la trabajadora.
- Informe médico de Vigilancia de la Salud (Servicio de Prevención) informando sobre los riesgos en el puesto de trabajo.
- Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo.

La Mutua de AT y EP emitirá un certificado médico sobre la existencia o no de riesgo durante el embarazo o lactancia, una vez analizados los riesgos del puesto de trabajo de la solicitante y las adaptaciones que se hayan podido llevar a cabo. Se informará del derecho a la prestación, indicando la fecha de inicio del mismo (en fecha inmediata o en fecha diferida) o bien el rechazo del subsidio.


La Mutua de AT y EP informará de esta Resolución a la trabajadora y a la empresa, en el plazo máximo de 1 mes.

##### **5.4.2- Solicitud de la Prestación por parte de la trabajadora**

En el caso de haber sido reconocida la existencia de riesgo laboral durante el embarazo o lactancia, la trabajadora podrá solicitar la correspondiente prestación económica presentando en la Mutua de AT y EP la siguiente documentación, (según modelos de la Mutua), **Anexo 3**.

- Solicitud de la trabajadora.
- Declaración de la empresa sobre la inexistencia de puesto de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la trabajadora.
- Certificado de cotizaciones de la empresa (base de cotización por Contingencias Profesionales del mes anterior a la suspensión del contrato).
- Comunicación de datos a efectos de la declaración del IRPF y fotocopia del libro de familia.

De todas las actuaciones se informará al Comité de Seguridad y Salud.

<p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p> 	<p><b>PLAN DE PREVENCIÓN</b> <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS</b></p>			
	<p><b>PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL RIESGO LABORAL DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA</b></p>			
<p><b>Fecha emisión:</b> 02/07/12</p>	<p><b>Fecha revisión:</b> 31/10/12</p>	<p><b>Ref.:</b> PSP 04</p>	<p><b>Núm. Rev:</b> 1</p>	<p><b>Página</b> 6 de 9</p>

## 6.- DOCUMENTACIÓN, REGISTRO Y ARCHIVO

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales registrará la entrada de las comunicaciones de embarazo, parto reciente o lactancia asignándoles un número consecutivo al orden de solicitud, seguido por dos dígitos indicativos del año, confeccionándose un listado anual, por orden cronológico.

La solicitud, junto con todos los informes relativos a cada trabajadora quedará archivada en la Historia Clínico-Laboral de la misma.

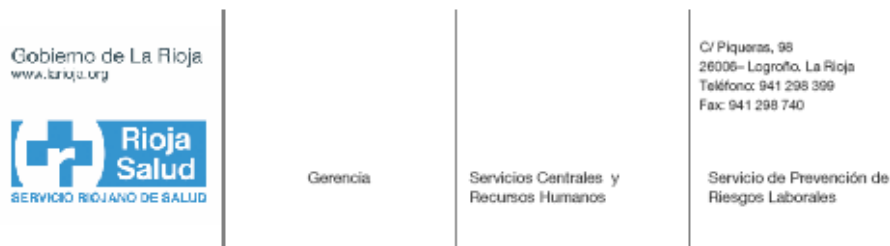
## 7.- ANEXOS

**Anexo 1.** Modelo de comunicación de embarazo, lactancia.

**Anexo 2.** Certificado de empresa sobre la actividad desarrollada y las condiciones de trabajo. Según modelo de la Mutua. <http://www.mutuauniversal.net>

**Anexo 3.** Declaración de empresa sobre la inexistencia de puestos de trabajo o funciones compatibles. Según modelo de la Mutua. <http://www.mutuauniversal.net>

**Anexo 1.** Modelo de comunicación de embarazo, lactancia.



**Anexo 1: Modelo de comunicación de embarazo, lactancia.**

**COMUNICACIÓN DE EMBARAZO O LACTANCIA**

*Este informe lo debe rellenar la interesada y enviarlo, lo antes posible, al Sº de Prevención de Riesgos Laborales del SERIS*

<b>Embarazo.</b> Indicar semana de gestación o Fecha prevista de parto	
<b>Lactancia.</b> Indicar fecha de parto reciente	

**NOMBRE Y APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Categoría Profesional:** \_\_\_\_\_

**Puesto / Centro de Trabajo:** \_\_\_\_\_

Breve descripción de las tareas realizadas habitualmente:

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

**SEÑALAR CON UNA X LO QUE PROCEDA**

**1. ¿Utiliza productos químicos? SI NO**

Indicar productos químicos \_\_\_\_\_

**2. ¿Está en contacto con productos biológicos? SI NO**

Indicar productos biológicos \_\_\_\_\_

**3. ¿Está expuesta a radiaciones ionizantes? SI NO**

**4. ¿Realiza trabajo nocturno? SI NO**

**5. ¿Realiza manipulación manual de cargas (peso, traslado de pacientes, ...)? SI NO**

**6. ¿Está expuesta a temperaturas extremas (frío/calor)? SI NO**

**7. ¿Está expuesta a ruido? SI NO**

**8. ¿Está expuesta a otros riesgos? (Indicar cuales) SI NO**

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

**Fecha y firma:**

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos recabados en esta solicitud y los documentos que se adjunten serán incorporados al fichero de "Gestión de personal" cuya finalidad es la gestión y cumplimiento de la relación laboral de los empleados y candidatos. El Servicio Riojano de Salud es el responsable del fichero y como tal le garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los mismos mediante escrito dirigido a la Unidad de Registro de Documentos, C/ Piqueras, 98-26006 Logroño-La Rioja.

# PLAN DE PREVENCIÓN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

## PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL RIESGO LABORAL DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

Fecha emisión: 02/07/12

Fecha revisión: 31/10/12

Ref.: PSP 04

Núm. Rev: 1

Página 8 de 9

**Anexo 2.** Certificado de empresa sobre la actividad desarrollada y las condiciones de trabajo.



### CERTIFICADO DE EMPRESA SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
con DNI-NIE-TIE \_\_\_\_\_  
del organismo o empresa \_\_\_\_\_ con núm de código de cuenta de  
cotización \_\_\_\_\_ y domicilio \_\_\_\_\_  
núm \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ C. postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

DECLARA que: D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ socia trabajadora/trabajadora/TRADE<sup>1</sup> de  
esta empresa con núm. de la Seguridad Social \_\_\_\_\_ y DNI-NIE-TIE \_\_\_\_\_

1.- Realiza las siguientes actividades y que las condiciones del puesto de trabajo son

2.- Su categoría profesional es de \_\_\_\_\_

3.- Que los riesgos durante la situación de embarazo o lactancia natural, que se contemplan en la evaluación realizada por el servicio de prevención, son los siguientes (deberán describirse los riesgos con detalle, siendo preciso acompañar a la solicitud de certificado médico de la trabajadora la evaluación del puesto de trabajo)<sup>2</sup>.

4.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que \_\_\_\_\_<sup>3</sup> figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa, previa consulta con los representantes de los trabajadores

5.- Las actuaciones desarrolladas para intentar adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo han sido las siguientes:

6.- En base a estas actuaciones, la adaptación de las condiciones o del tiempo del trabajo<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ ha sido posible, por lo que<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora, del feto o del lactante. En su caso, la imposibilidad de adaptación se ha debido a las siguientes razones (describir detalladamente):


\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_  
(firma y sello de la empresa)

<sup>1</sup> Táchese lo que no proceda

<sup>2</sup> Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

<sup>3</sup> Indicar sí o NO



<p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p> 	<b>PLAN DE PREVENCIÓN</b> <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL RIESGO LABORAL</b> <b>DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA</b>			
Fecha emisión: 02/07/12	Fecha revisión: 31/10/12	Ref.: PSP 04	Núm. Rev: 1	Página 9 de 9

**Anexo 3.** Declaración de empresa sobre la inexistencia de puestos de trabajo o funciones compatibles



**DECLARACIÓN DE LA EMPRESA SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES**

D/Dª. \_\_\_\_\_  
con DNI-NIE-TIE \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_  
del organismo o empresa \_\_\_\_\_ con núm. de código de cuenta  
de cotización \_\_\_\_\_ y  
domicilio \_\_\_\_\_  
núm \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ C.postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**DECLARA** que:

Dª. \_\_\_\_\_ socia trabajadora/trabajadora/TRADE de esta  
empresa con número de la Seguridad Social \_\_\_\_\_ y  
DNI-NIE- TIE \_\_\_\_\_

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

2.- Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo o de funciones no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse, son los siguientes

3.- En relación con estos particulares, se acompaña informe emitido por el servicio de vigilancia de la salud, propio o concertado, de la empresa.

4.- Por ello, se ha decidido la suspensión del contrato de trabajo con fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
(Firma y sello de la empresa)

<sup>1</sup> Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado.

**NOTA:** Este documento, Junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por MUTUA, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que MUTUA notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.