

## PSL7- PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGO LABORAL DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

**Toda trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural tiene derecho**, en cumplimiento del artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su normativa de desarrollo, **a que se evalúe su puesto de trabajo** con la finalidad de detectar aquellos factores de riesgo que pudieran influir negativamente en su salud.

Para dar cumplimiento a este derecho, el equipo directivo **deberá facilitar a toda docente embarazada o en periodo de lactancia natural**, en el mismo momento que ésta comunique su situación de embarazo o lactancia, **la solicitud-formulario que figura a continuación**, para que pueda iniciarse la tramitación con el Informe de Evaluación del riesgo laboral correspondiente; evaluación que será realizada por técnicos del **Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Principado de Asturias (SPRLPA, C/ Independencia, 35 Entreplanta 33004 – Oviedo Tf: 985966493 Fax: 985964330)**.

Una vez cumplimentada, **esta solicitud-formulario ha de ser remitida por el equipo directivo**, con el conocimiento y autorización del Director/a, **a través del correo electrónico del centro**, a la siguiente dirección:

[prevencion@asturias.org](mailto:prevencion@asturias.org)

**Junto a la solicitud-formulario deberá adjuntarse también el horario de la trabajadora.**

El **Informe del SPRLPA** contendrá los factores de riesgo laboral para el embarazo o lactancia natural en el puesto de trabajo y las recomendaciones y semanas a partir de las cuales determinados factores pueden suponer un riesgo para la salud.

**Una vez recibido el Informe de Evaluación de riesgo laboral** en la Consejería de Educación, se remitirá a la Dirección del centro educativo dicho informe para su conocimiento y traslado a la interesada. Si de los resultados y conclusiones del mismo se derivase la imposibilidad de adaptación del puesto de trabajo y la inexistencia de un puesto compatible, **la docente podrá solicitar personalmente la Certificación Médica correspondiente de baja por riesgo laboral** durante el embarazo o lactancia natural:

- Si es funcionaria docente de carrera: a su médico o facultativo del Sistema de Seguridad Social o Entidad Médica concertada con quien tenga elegida la protección de asistencia sanitaria (MUFACE).
- Si es funcionaria docente interina: a la Mutua Ibermutuamur (C/Julio Álvarez Mendo, 8 Oviedo 33010, en las intermediaciones del HUCA, Tf: 985236350 Fax: 985274976).

### Normativa básica aplicable:

- Artículo 26 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del Sistema de Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y lactancia natural.
- Orden PRE/1744/2010, de 30 de junio, por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo o lactancia natural en el Régimen General de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

Reconocimiento y protección de situaciones de riesgo laboral durante el embarazo y lactancia natural de funcionarias docentes interinas en IBERMUTUAMUR

Corresponde a los Servicios Médicos de Ibermutuamur; mediante Certificación Médica personal a la interesada, en la que se certifique que las condiciones de su puesto de trabajo pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora embarazada, del feto o del hijo, en su caso.

La trabajadora deberá aportar, junto a la solicitud de Certificación Médica, el informe recibido del SPRLPA sobre riesgos en su puesto de trabajo, informe médico de su facultativo del Servicio Público de Salud con indicación de su situación de embarazo o lactancia natural y Declaración de la Dirección del centro en la que se justifique detalladamente la imposibilidad de adaptar el puesto (mediante cambio de tareas, materias, grupos, jornada, horario, metodología o procedimientos de trabajo) y la no existencia de puesto compatible, cuando no se hayan podido evitar tales riesgos.

No procederá esta prestación, de acuerdo con la actual normativa vigente, si la trabajadora requiere asistencia sanitaria y está impedida para el trabajo, bien por su embarazo (embarazo de riesgo por causas médicas) o por otra causa distinta; en cuyo caso, la prestación que le corresponderá será la de incapacidad temporal y, en su momento, la prestación por maternidad.

Reconocimiento y protección de situaciones de riesgo laboral durante el embarazo y lactancia natural de funcionarias docentes de carrera en MUFACE

Corresponde al médico o facultativo del Sistema de Seguridad Social o de la Entidad Médica concertada con quien tenga elegida la protección de asistencia sanitaria la persona interesada adscrita a MUFACE (de conformidad con la Orden PRE/1744/2010, de 30 de junio).

La trabajadora deberá aportar, junto con el correspondiente Parte de Baja de MUFACE, Informe del médico de la Entidad o del Servicio Público de Salud a la que figure adscrita la mutualista en el que se diagnostique su situación de embarazo y la fecha probable de parto o la situación de lactancia natural, según corresponda; Informe del SPRLPA sobre riesgos en su puesto de trabajo y Declaración de la Dirección del centro en la que se justifique detalladamente la imposibilidad de adaptar el puesto (mediante cambio de tareas, materias, grupos, jornada, horario, metodología o procedimientos de trabajo) y la no existencia de puesto compatible, cuando no se hayan podido evitar tales riesgos.

Esta situación (riesgo durante el embarazo) vendrá determinada por factores de riesgo laboral, distintos de las causas médicas determinantes de situaciones de incapacidad temporal. En el caso de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, en los tres primeros meses de licencia se expedirá, con carácter general, un único parte de baja, que deberá ser entregado al órgano de personal antes de alcanzarse el cuarto día hábil desde el inicio de la situación de riesgo.

**Resumen de actuaciones:**

1. La trabajadora, a través de la Dirección del centro, realiza la comunicación de embarazo o lactancia natural a: [prevencion@asturias.org](mailto:prevencion@asturias.org) (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales)
2. El Servicio de Prevención remite informe de riesgos a la Consejería de Educación y desde ésta se da traslado del mismo a la Dirección del centro para que, con las correspondientes instrucciones y la documentación necesaria, la trabajadora pueda tramitar la baja correspondiente:
  - Si es funcionaria interina, con Ibermutuamur.
  - Si es funcionaria de carrera (MUFACE), con el médico de la Entidad Concertada o del Servicio Público de Salud a la que esté adscrita la interesada.

## **SOLICITUD DE INFORME DE EVALUACIÓN DE RIESGO LABORAL DURANTE EL EMBARAZO/LACTANCIA NATURAL**

**REF.:** (a rellenar exclusivamente por SPRLPA)

**MUY IMPORTANTE:** No utilices comillas (“”). No utilices saltos de párrafo cuando necesites escribir más de una línea (NO UTILIZAR INTRO),

### **1.- IDENTIFICACIÓN DE LA TRABAJADORA**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	
<b>DNI</b>	
<b>TELÉFONO CONTACTO</b>	
<b>ENTIDAD MUTUAL</b>	
<b>ESTADO BIOLÓGICO</b>	
<b>SEMANA DE GESTACIÓN (*)</b>	

(\*) en el momento de la solicitud

### **2.- IDENTIFICACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO**

<b>CUERPO</b>	
<b>ESPECIALIDAD</b>	
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>RESPONSABLE DEL CENTRO</b>	
<b>TELÉFONO DEL CENTRO</b>	
<b>E-mail DEL CENTRO</b>	

### **3.- ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO**

#### **3.1 JORNADA LABORAL**

<b>HORARIO</b> (horas de permanencia en el centro) (ej. De 9:00 a 14:00 y de 17:00 a 19:00)	
L	
M	
X	
J	
V	

HORAS de DOCENCIA (en número)		
Semanales		
Diarias		
Indicar en caso variación diaria	L	
	M	
	X	
	J	
	V	

ITINERANTE	
Centros en los que imparte docencia	
Kilómetros semanales que realiza	

### **3.2. FUNCIONES Y TAREAS DESARROLLADAS**

DOCENCIA						
ASIGNATURA	CURSO	CENTRO (1)	Nº ALUMNOS (en número)	CARACTERÍSTICAS ESPECIALES (2)		
				(2.1)	(2.2)	(2.3)

(1) Indicar en caso de puestos itinerantes.

(2) Indicar **sólo en caso** de que existan alumnos cuyas necesidades especiales **impliquen un mayor esfuerzo** por parte del docente (*requieran contención, levantar, sujetar, etc.*).

2.1 Consignar número de alumnos con necesidades motóricas

2.2 Consignar número de alumnos con necesidades psíquicas

2.3 Seleccionar en el desplegable SI/NO en función de la disponibilidad de personal auxiliar de apoyo

FUNCIONES HABITUALES			
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	
<b>Otras (especificar)</b>			
FUNCIONES PERIÓDICAS			
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	
<b>Otras (especificar)</b>			
FUNCIONES ESPORÁDICAS			
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	
<b>Otras (especificar)</b>			

### **3.3. EQUIPOS DE TRABAJO**

<b>1</b>	
<b>2</b>	
<b>3</b>	
<b>4</b>	
<b>5</b>	
<b>6</b>	
<b>7</b>	
<b>8</b>	
<b>9</b>	
Si utilizas algún material deportivo indícanos a continuación de qué se trata:	
Si utilizas material de logopedia, indícanos de qué se trata:	
Si utilizas instrumentos musicales, identifícalos:	
Señala equipos de laboratorio que utilices en tus clases:	
Señala los equipos de taller que utilices en tus clases:	
Otros (especificar)	
¿Es necesaria la manipulación y/o transporte de algunos de los equipos citados anteriormente?	
Indica a continuación, cuáles de esos equipos debes transportar, con qué frecuencia y si dispones de medios auxiliares o ayuda de otras personas para hacerlo:	



#### 4.- CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE TRABAJO

Breve descripción del centro			
Nº plantas ( <i>incluir planta baja</i> )		¿Dispone de ascensor?	
¿Están adaptados los baños de Educación Infantil?			
Situación de las aulas en las que imparte docencia			
AULA o ASIGNATURA	PLANTA	¿ES NECESARIA LA RECOGIDA Y ENTREGA DE ALUMNOS EN SU AULA?	
OTROS ESPACIOS A LOS QUE ACCEDE HABITUALMENTE (*)			PLANTA
Otros datos de interés			
<i>Indicar otras características de su centro de trabajo que crea que pueden influir negativamente en su estado de embarazo/lactancia (puede utilizar este espacio para aclarar alguno de los extremos de la descripción anterior)</i>			

(\*) Ej. Sala de profesores, despacho departamento, patio, secretaría....

#### 5.- ACTIVIDAD LABORAL

Número de días a la semana que dedica a las funciones siguientes:		
Vigilancia de recreos	Comedor	Recogida de alumnos en transporte

¿Sospecha que puede existir exposición a niveles elevados de ruido?. En caso afirmativo explique el motivo a continuación:

--

## 6.- OTROS DATOS DE INTERÉS

Indicar datos que a su juicio pueden influir negativamente en su estado de embarazo/lactancia natural

Los datos anteriores son los existentes en la actualidad en el puesto de trabajo indicado, y se aportan con el fin de que a partir de los mismos y otras consideraciones el Servicio de Prevención evalúe el riesgo laboral durante el embarazo/lactancia natural

### **¡MUY IMPORTANTE!**

Recordar que es necesario adjuntar en el correo el horario de la trabajadora junto con esta solicitud.

**REVISAR QUE NO HAYAS UTILIZADO "INTRO" AL ESCRIBIR MÁS DE UNA LÍNEA, ASÍ COMO QUE NO HAYAS UTILIZADO COMILLAS ("").**

**ENVÍA ESTE ARCHIVO EN SU FORMATO ORIGINAL (NO LO CONVIERTAS A PDF).**