

Buenas prácticas de Sistema de Gestión de SST:
ISO 45001/OHSAS 18001



Protocolo Interno Vigilancia de la Salud/Prevención Riesgos
Laborales para la Gestión del Pro 30
“Protección en Embarazo y Lactancia Natural Trabajadoras “
(y con radiaciones ionizantes)

Junio 2023

Descripción de la tarea

El PRO 30 es el Procedimiento del Sistema de Gestión de la Prevención del SAS, que tiene como objeto establecer las pautas de actuación para garantizar la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, de las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o en periodo de lactancia natural, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico, y si los resultados de la evaluación específica revelasen un riesgo o una posible repercusión sobre su situación.

En dicho procedimiento se recogen los pasos a realizar tanto por Vigilancia de la Salud como por la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, pero tanto V.S. como la UPRL del AGS Campo de Gibraltar Oeste, creímos oportuno elaborar un procedimiento interno dónde se reflejarán todos los pasos que realizamos al gestionar el Pro 30 incluyendo a las profesionales que tienen riesgo de radiaciones ionizantes y que implican actuaciones por parte del Servicio de Protección Radiológica.

Solución adoptada

Se elabora un procedimiento interno, añadiendo al PRO 30 los pasos que realiza tanto la UPRL cómo V. S.

En dicho procedimiento se incluyen dos puntos:

1-PROTOCOLO INTERNO VIGILANCIA DE LA SALUD/PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES PARA LA GESTIÓN DEL PRO 30 “PROTECCIÓN EN EMBARAZO, Y LACTANCIA NATURAL TRABAJADORAS “.

2- PROTOCOLO INTERNO VIGILANCIA DE LA SALUD/PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES PARA LA GESTIÓN DEL PRO 30 “PROTECCIÓN EN EMBARAZO, Y LACTANCIA NATURAL TRABAJADORAS “ EN TRABAJADORAS CON RIESGO DE RADIACIONES IONIZANTES.

En el documento quedan detalladas las tareas de cada uno de los implicados en el procedimiento:

- Actuaciones Vigilancia de la Salud.
- Actuaciones UPRL.
- Actuaciones Supervisor/Mando Intermedio.
- Actuaciones Servicio de protección Radiológica

Resultados o consecuencias de la implantación de la Buena Práctica

Los resultados han sido positivos porque han quedado por escritos las tareas que veníamos realizando sin que existiera el protocolo

Estado en el que se encuentra la Buena práctica

Implementada y con carácter permanente.

Autoría: Rosa Maria García Sosa y Francisca Pizarro Anillo
AGS Campo de Gibraltar Oeste

**PROCOLO INTERNO VIGILANCIA DE LA SALUD/PREVENCIÓN RIESGOS
LABORALES PARA LA GESTIÓN DEL PRO 30 “ PROTECCIÓN EN
EMBARAZO, Y LACTANCIA NATURAL TRABAJADORAS “ CON RIESGO DE
RADIACIONES IONIZANTES**

INDICE

1-Protocolo interno Vigilancia de la Salud/ Unidad de Prevención de Riesgos Laborales
para la gestión PRO 30 “Protección en el embarazo y lactancia natural de las trabajadoras”
.....Pag 1

2-Protocolo interno Vigilancia de la Salud/ Unidad de Prevención de Riesgos Laborales
para la gestión PRO 30 “Protección en el embarazo y lactancia natural de las trabajadoras”
con riesgo de radiaciones ionizantes.....Pag 3

3- Anexo 1 Condiciones de Trabajo.....Pag 4

PROTOCOLO INTERNO VIGILANCIA DE LA SALUD/PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES PARA LA GESTIÓN DEL PRO 30 “ PROTECCIÓN EN EMBARAZO, Y LACTANCIA NATURAL TRABAJADORAS “

El PRO 30 es el Procedimiento del Sistema de Gestión de la Prevención del SAS, que tiene como objeto establecer las pautas de actuación para garantizar la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, de las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o en periodo de lactancia natural, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico, y si los resultados de la evaluación específica revelasen un riesgo o una posible repercusión sobre su situación. El ámbito de aplicación son todas las trabajadoras del SAS con independencia de la categoría profesional a la que pertenezcan y del tipo de contrato, que se encuentren en situación de embarazo, parto reciente o en periodo de lactancia natural, y que presenten un riesgo específico en los resultados de la evaluación, que pueda influir negativamente en su salud o la del feto.

1-PROTOCOLO INTERNO VIGILANCIA DE LA SALUD/PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES PARA LA GESTIÓN DEL PRO 30 “ PROTECCIÓN EN EMBARAZO, Y LACTANCIA NATURAL TRABAJADORAS “

INICIO/ENTRADAS:

Este procedimiento puede iniciarse a partir de la actuación de alguno de los agentes implicados, y previo consentimiento informado de la trabajadora DOC30-01 “notificación de E/LN”:

- Trabajadora en situación de Embarazo (E), Lactancia Natural (LN). Una vez que ésta comunique su estado al área de VS mediante el documento DOC30-01 “notificación de E/LN”
- Área de Vigilancia de la Salud (VS). Cuando el personal facultativo y/o de enfermería detecte la situación de E/LN durante la realización del examen de salud correspondiente.
- Unidad de Prevención de Riesgos Laborales (UPRL). Cuando el personal técnico detecte una posible situación de E/LN y la comunique a través de NCI y/o remita a la trabajadora al área de VS.
- Dirección Jerárquica / Mando Intermedio. Cuando detecte una posible

situación de E/LN, solicite al área de VS la valoración de aptitud mediante NCI y/o remita a la trabajadora al área de VS.

- Jefatura de Personal. Cuando, detectada una posible situación de E/LN, solicite al área de VS la valoración de aptitud mediante NCI y/o remita a la trabajadora al área de VS. 1.6. Delegados/as de Prevención. Cuando, detecte una posible situación de E/LN, y remita a la trabajadora al área de VS.

El procedimiento se inicia con el documento PRO 30-1 que deber cumplimentar la trabajadora, firmar y presentar en el Registro de Entrada y posteriormente en la Unidad de Atención Primaria (UAP).

La UAP envía los datos de la profesional a los agentes implicados: Supervisor/Mando Intermedio, Vigilancia de la Salud, Unidad Prevención de Riesgos Laborales y Presidente del Comité Seguridad y Salud.

Actuaciones Vigilancia de la Salud

- Cita a trabajadora para examen salud (Aplicación Pro 30)
- Entrega a la trabajadora para cumplimentar profesigramas (Anexo 1) y condiciones de trabajo (Anexo 2) que enviará a la UPRL una vez cumplimentado.
- Emite Informe de Restricciones (Analítica si fuese necesario), documento P15.02. Que enviará a la profesional con recibí de la trabajadora y a la UPRL para su posible adaptación.

* En caso no adaptación posible V.S emitirá un No Apto Temporal

- Revisión a la embazada antes de la prestación según valoración médica.
- Envía a la UPRL profesigramas (listado de tareas de la profesional) y Cuestionario de las condiciones de trabajo que cumplimentará la trabajadora.

Actuaciones UPRL

- Explicación del procedimiento y prestación del INSS por riesgo en E/LM.
- Envía a la profesional:

- 1- Información para embarazada con las recomendaciones.
- 2- En base al Informe de Restricciones se evalúa su puesto para una posible adaptación, en su puesto o cambio de servicio siguiendo el PRO 30.
- 3- Guía para solicitar prestación de forma telemática (Anexo 1), e información de documentos a aportar.
- 4- En la semana de gestación correspondiente según valoración UPRL se le enviará anexos 3 y 4 firmados por Gerente.
 - Realiza el documento P15-03 para la adaptación de la profesional que firmará; Médico Vigilancia de la Salud, supervisora y Técnico UPRL

Supervisor/Mando Intermedio

- Seguirá instrucciones indicadas en el PRO 30
- Entregará a la trabajadora el certificado de tareas para la gestión de la “Prestación por riesgo de Embarazo del INSS”.

La UPRL, Vigilancia de la Salud y Mando Intermedio realizarán las reuniones necesarias para la gestión del Procedimiento de Embarazo y Lactancia Natural.

2- PROTOCOLO INTERNO VIGILANCIA DE LA SALUD/PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES PARA LA GESTIÓN DEL PRO 30 “ PROTECCIÓN EN EMBARAZO, Y LACTANCIA NATURAL TRABAJADORAS “ EN TRABAJADORAS CON RIESGO DE RADIACIONES IONIZANTES

Además de lo desarrollado en el punto 1, Vigilancia de la Salud se coordinará con el Servicio de Protección Radiológica y la UPRL para los casos de trabajadoras en situación de E/LN con riesgo de radiaciones ionizantes.

Servicio de protección Radiológica

- Tras comunicación de Vigilancia de la Salud de los casos de trabajadoras en situación de E/LN con riesgo de radiaciones ionizantes, el Servicio de

Protección Radiológica entrega dosímetro abdomen a la trabajadora que firmará un recibí.

- Comunicará a Vigilancia de la Salud cualquier incidencia en el dosímetro según las restricciones establecidas en el PRO 15-2.

Vigilancia de la Salud/Unidad de PRL
AGS Campo de Gibraltar OESTE

Anexo 1 Condiciones de Trabajo

DATOS

Fecha realización cuestionario

___/___/___22

Nombre y apellidos:

Sexo años

Femenino

Fecha de nacimiento ___/___/19__

Edad:

Masculino

Categoría Profesional:

Servicio/Unidad:

Centro:

—

Tiempo trabajado en el SAS en la misma categoría: _____

Tiempo total de trabajo en el SAS:

Duración del contrato actual:

¿Realiza algún otro trabajo?

No

Si ¿Cuántas horas dedica al otro trabajo a la semana?

CONDICIONES DE TRABAJO

TIEMPO DE TRABAJO

Indicar el tipo de turno que realiza

Turno fijo mañana Turno fijo tarde Turno fijo nocturno

Turno rotatorio MT / TN / MTN

¿Realiza guardias?

No

Si Guardias presenciales _____/ mes

Guardias localizadas _____/ mes

ACCIDENTE DE TRABAJO

¿Ha sufrido algún accidente de trabajo? No

Si ¿Cuántos? _____

CONDICIONES ERGONÓMICAS

CARGA FÍSICA

Manipulación Manual de Cargas

Pacientes Niños

Adultos

Objetos < 10 kg 10 -15 kg > 15 kg

Para las condiciones anteriores:

Dispone de equipos auxiliares (carros, camillas, etc.)

Empuje/tracción

Grandes desplazamientos

En su trabajo se requieren:

- Posturas forzadas
- Columna-lumbar Extremidades Superiores Extremidades Inferiores
- Acciones repetitivas Extremidades Superiores
- Con fuerza Sin fuerza
- Posturas mantenidas Extremidades Inferiores
- Con fuerza Sin fuerza

Indique el número de horas que permanece en cada posición

Sentado _____ horas /jornada

De pie _____ horas /jornada

¿Existe posibilidad de realizar cambios posturales a demanda?

Si

No

Para las siguientes opciones, indique la respuesta que describa su situación de trabajo:

Siempre	Casi siempre	¾ partes tiempo	La mitad del tiempo	¼ parte tiempo	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6	7

Posiciones dolorosas o fatigantes	
Trabajo en espacio reducido	
Levantar o mover personas	
Llevar o mover cargas pesadas	
Estar de pie o andar	
Movimientos repetitivos de mano o brazos	
Trabajar con ordenadores	
Utilizar ropa o equipos de protección individual	
Vibraciones, choques o movimientos bruscos	

¿Ha sido informado/a de los riesgos ergonómicos?

Si

No

Señale con una X	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
El nivel de riesgo ergonómico que tiene en su puesto de trabajo es:					

AGENTES FÍSICOS

Para las siguientes opciones, indique la respuesta que describa su situación de trabajo

Siempre	Casi siempre	¾ partes tiempo	La mitad del tiempo	¼ parte tiempo	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6	7

Trabajo con niveles de ruido molestos	
Existen corrientes de aire en tu trabajo	
Nivel de iluminación adecuado para realizar el trabajo (suficiente luz, no deslumbramientos,...)	
Niveles de vibración molestos en los equipos de trabajo	
Trabajo con temperatura adecuada en mi puesto de trabajo	
Trabajo con radiaciones ionizantes	
Trabajo con radiaciones no ionizantes	
Existe ambiente cargado en mi puesto de trabajo	

¿Ha sido informado/a de los riesgos físicos?

Si



No



Señale con una X	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
El nivel de riesgo físico que tiene en su puesto de trabajo es:					

AGENTES QUÍMICOS

Para las siguientes opciones, indique la respuesta que describa su situación de trabajo

Siempre	Casi siempre	¾ partes tiempo	La mitad del tiempo	¼ parte tiempo	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6	7

Manipulación de citostáticos en el puesto de trabajo	
Trabajo en lugares donde se trabaja con gases anestésicos	
Trabajo con productos cancerígenos	
Trabajo con formaldehído	

Trabajo con glutaraldehido (instrument)	
Utilización de productos químicos usados en laboratorios	

¿Ha sido informado/a de los riesgos químicos? Si No

Señale con una X	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
El nivel de riesgo químico que tiene en su puesto de trabajo es:					

AGENTES BIOLÓGICOS

Para las siguientes opciones, indique la respuesta que describa su situación de trabajo

Siempre	Casi siempre	¾ partes tiempo	La mitad del tiempo	¼ parte tiempo	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6	7

En mi puesto de trabajo realizo actividad	Médica	
	Quirúrgica	
	Enfermería	
En mi puesto de trabajo realizo actividad no asistencial con riesgo de exposición accidental		
En mi puesto de trabajo realizo actividades con decisión constante de manipular agentes biológicos		
Utiliza equipos de protección cuando está expuesto a agente biológicos		
Manejar o tener contacto directo con materiales que pueden ser infecciones, tales como desechos, fluidos corporales, materiales de laboratorios, etc.		

¿Ha sido informado/a de los riesgos biológicos? Si No

Señale con una X	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
El nivel de riesgo biológico que tiene en su puesto de trabajo es:					

CONDICIONES PSICOSOCIALES

En general, ¿su horario de trabajo se adapta a sus compromisos sociales y familiares...?

Muy bien Bien No muy bien Nada bien

Siempre	Casi siempre	¾ partes tiempo	La mitad del tiempo	¼ parte tiempo	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6	7

Trabajar a gran velocidad	
Trabajar con plazos muy estrictos o muy cortos	

Ahora indique hasta que punto experimenta estrés durante el traajo. Conteste según la siguiente:

Ningún estrés	Poco estrés	Algo de estrés	Bastante estrés	Mucho estrés
0	1	2	3	4

En caso de experimentar estrés en su trabajo, ¿qué situaciones concretas se lo producen?

¿Tiene usted, o no, la posibilidad de elegir o cambiar?

El orden de las tareas	
El método de trabajo	
La velocidad o ritmo de trabajo	

Para las siguientes opciones, indique la respuesta que describa su situación de trabajo

Siempre	Casi siempre	¾ partes tiempo	La mitad del tiempo	¼ parte tiempo	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6	7

Puedo obtener ayuda de mis compañeros si la pido	
Puedo obtener ayuda de mis superiores si la pido	
Puedo tomarme un descanso cuando lo deseo	
Tengo tiempo suficiente para hacer mi trabajo	
Tengo libertad para decidir cuando cojo mis vacaciones o días libres	
Tengo la oportunidad de hacer lo que hago mejor	
Mi trabajo me proporciona sentimientos de realizar un	

trabajo bien hecho	
Puedo poner en práctica mis propias ideas en el trabajo	
Tengo la sensación de estar haciendo un trabajo útil	
Considero que mi trabajo es intelectualmente exigente	
Considero que mi trabajo es emocionalmente exigente	
En mi lugar de trabajo se producen situaciones de violencia	

¿Ha sido informado/a de los riesgos psicosociales? Si No

Señale con una X	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
El nivel de riesgo psicosocial que tiene en su puesto de trabajo es:					

FORMACIÓN

En relación con los riesgos para la salud y la seguridad relacionados con el desempeño de su trabajo. ¿En qué medidas está informado?

Muy bien Bien No muy bien Nada bien

¿Cuánta información posee sobre Prevención de Riesgos Laborales?

Mucha Alguna Poca/Ninguna

Si marcó Mucha o Alguna, ¿por qué medio/s la recibió? Seleccione las que correspondan

- Cursos realizados en el Hospital
- Cursos realizados fuera del Hospital
- Cursos a distancia del SAS
- Libros de Prevención de Riesgos
- Otros: _____

Si marcó Mucha o Alguna, ¿Sobre que temas recibió información?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Transporte/Tráfico |
| <input type="checkbox"/> Agresiones | <input type="checkbox"/> Contaminación Ambiental |
| <input type="checkbox"/> Riesgos Biológicos | <input type="checkbox"/> Riesgos Ergonómicos |
| <input type="checkbox"/> Riesgos Radiaciones Ionizantes | <input type="checkbox"/> Sistemas de Gestión de PRL |

- | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Lesiones/Accidentes | <input type="checkbox"/> | Riesgos Químicos |
| <input type="checkbox"/> | Riesgos de incendios | | |
| <input type="checkbox"/> | Otros: _____ | | |

¿Ha realizado los cursos de PRL de la web del Servicio Andaluz de Salud? Si
 No

CONDICIONES DE IDA Y VUELTA AL TRABAJO

¿Cuántos minutos al día dedica normalmente a desplazarse

al ir al trabajo: _____ min

al volver del trabajo: _____ min

¿Qué medio de transporte utiliza normalmente para desplazarse al trabajo?

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Automóvil | <input type="checkbox"/> Motocicleta | <input type="checkbox"/> Andando | <input type="checkbox"/> Autobús |
|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

NIVEL DE RIESGO GENERAL

El nivel de riesgo general de su puesto de trabajo es:

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy bajo | <input type="checkbox"/> Bajo | <input type="checkbox"/> Medio | <input type="checkbox"/> Alto | <input type="checkbox"/> Muy Alto |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

Indicar los equipos de protección individual disponibles en servicio o entregados:

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| • Guantes de un solo uso (biológicos/químicos) | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Guantes protección mecánica | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Gafas de seguridad | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Pantalla facial | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Mascarilla quirúrgica | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Mascarilla de protección (FFP1-2-3) | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Mascarilla para gases | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Ropa de protección (bata, gorro, patucos, mono) | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Zapato de trabajo/seguridad | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Protección RX (mandial, collarín...) | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Nombre fecha y firma de trabajador/a
 UPRL AGS Campo de Gibraltar Oeste
 Hospital Punta Europa
 Ctra Getares s/n
 956025341 / 424344

Anexo 2 PROFESIOGRAMA

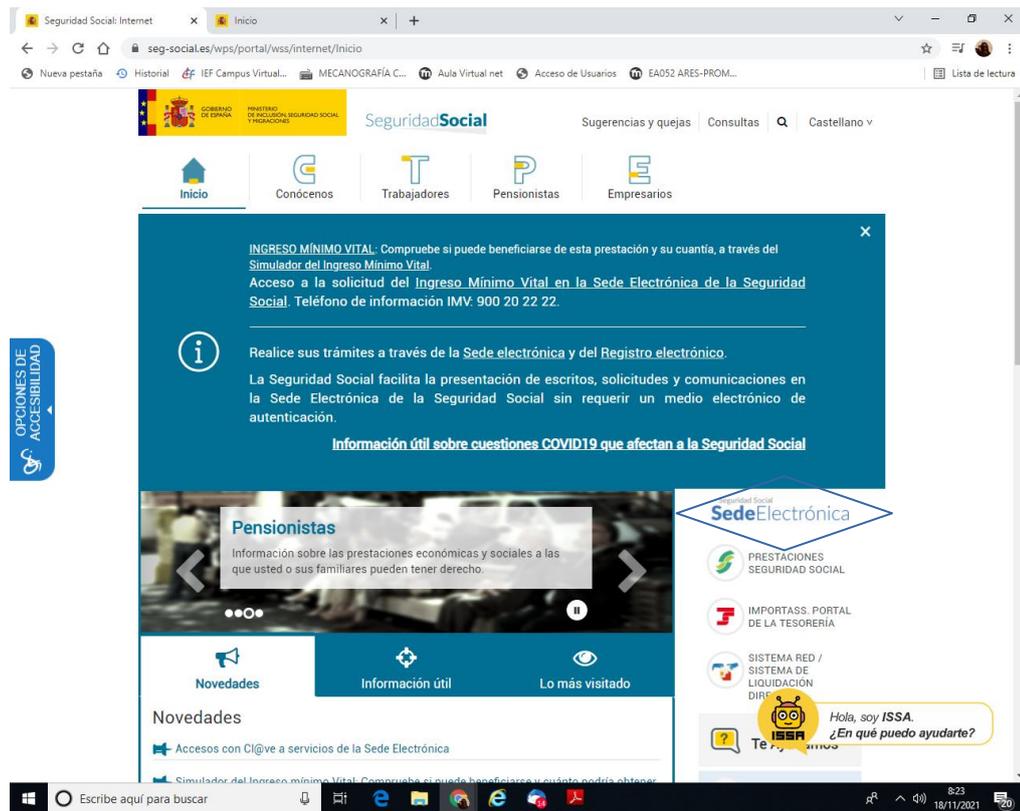
D/D^a _____ con
DNI _____

y categoría profesional

actualmente trabajando en el
Centro _____

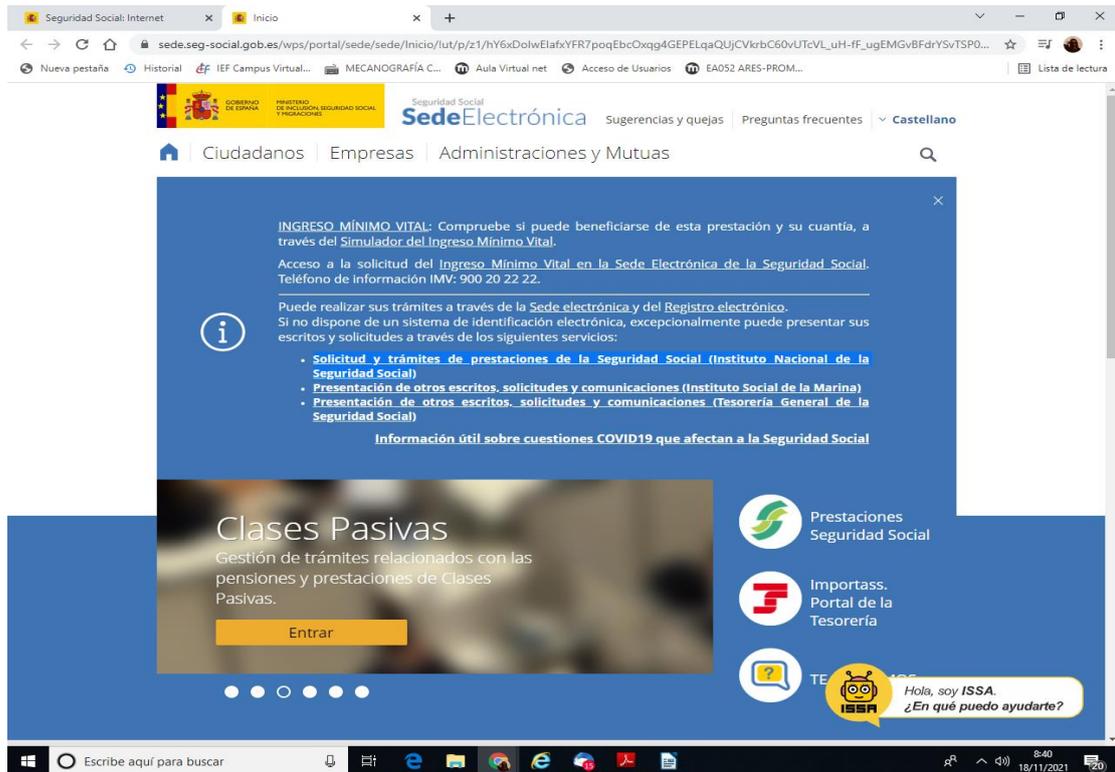
en el
servicio _____

—



2º PASO

Entrar en Sede Electrónica que hemos marcado con un rombo para su identificación.

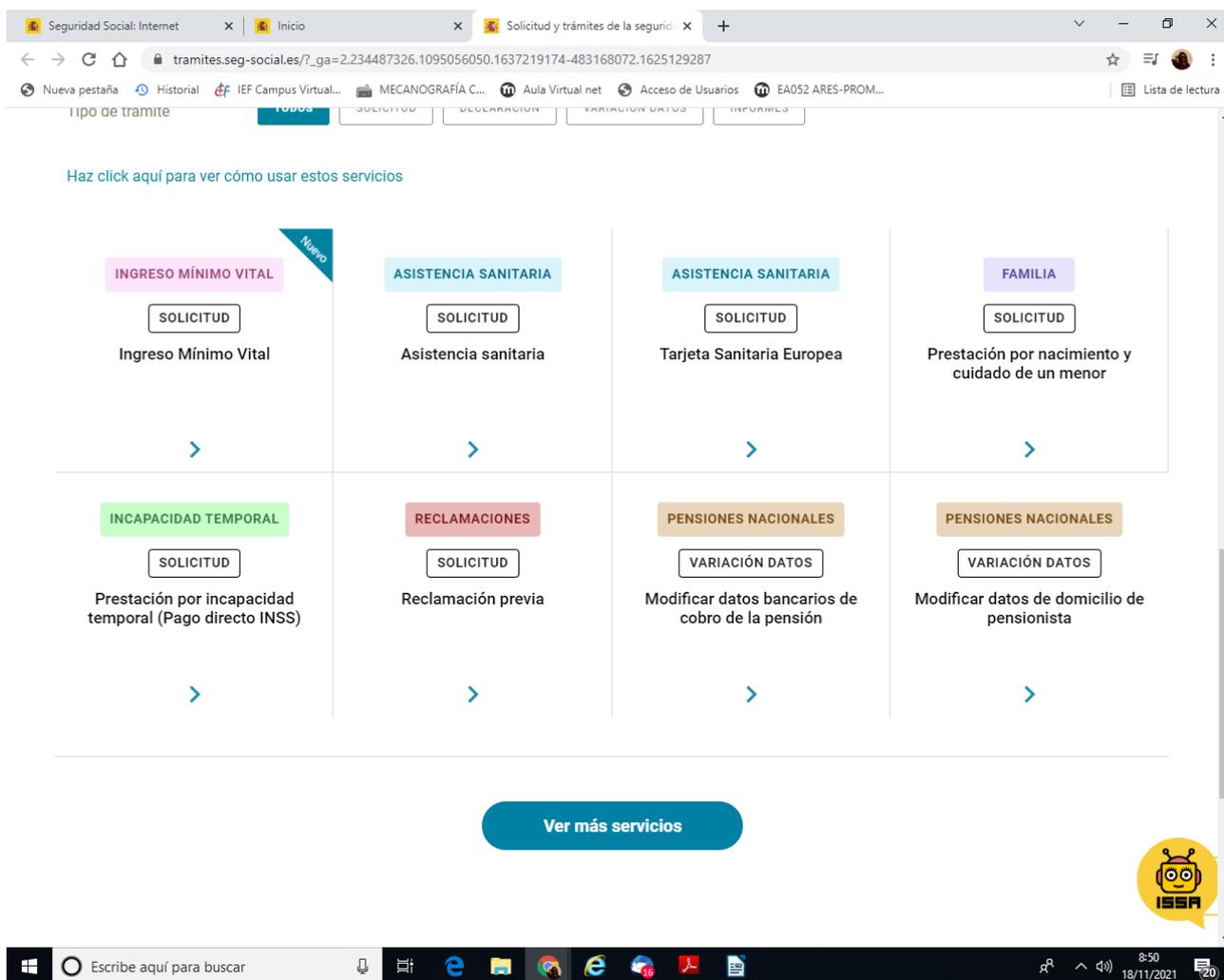


3º PASO

Entrar en:

Solicitud y trámites de prestaciones de la Seguridad Social (Instituto Nacional de la Seguridad Social)

Y ticar directamente



Seguridad Social: Internet x Inicio x Solicitud y trámites de la seguridad x +

tramites.seg-social.es/?_ga=2.234487326.1095056050.1637219174-483168072.1625129287

Nueva pestaña Historial IEF Campus Virtual... MECANOGRAFÍA C... Aula Virtual net Acceso de Usuarios EA052 ARES-PROM... Lista de lectura

Tipo de tramite: TODOS SOLICITUD DECLARACION VARIACION DATOS INFORMES

Haz click aquí para ver cómo usar estos servicios

INGRESO MÍNIMO VITAL SOLICITUD Ingreso Mínimo Vital >	ASISTENCIA SANITARIA SOLICITUD Asistencia sanitaria >	ASISTENCIA SANITARIA SOLICITUD Tarjeta Sanitaria Europea >	FAMILIA SOLICITUD Prestación por nacimiento y cuidado de un menor >
INCAPACIDAD TEMPORAL SOLICITUD Prestación por incapacidad temporal (Pago directo INSS) >	RECLAMACIONES SOLICITUD Reclamación previa >	PENSIONES NACIONALES VARIACIÓN DATOS Modificar datos bancarios de cobro de la pensión >	PENSIONES NACIONALES VARIACIÓN DATOS Modificar datos de domicilio de pensionista >

[Ver más servicios](#)

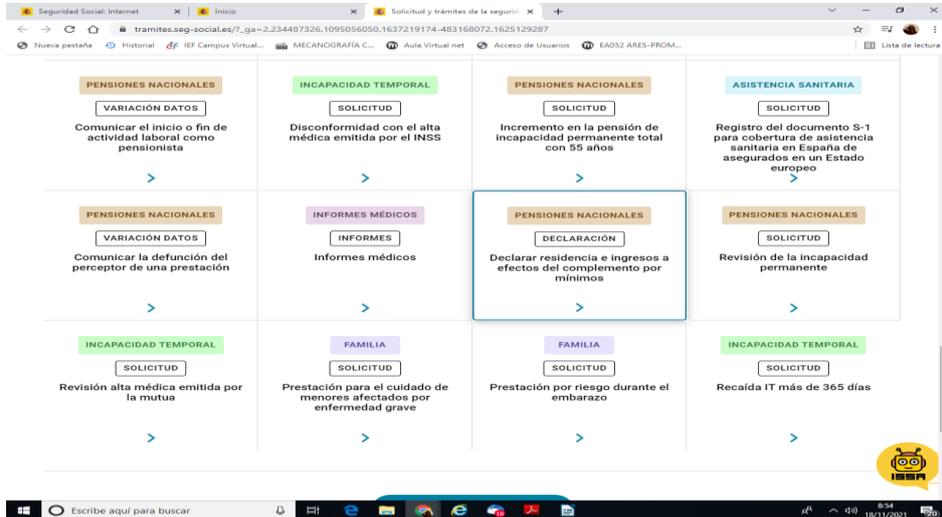


Escribe aquí para buscar

8:50 18/11/2021

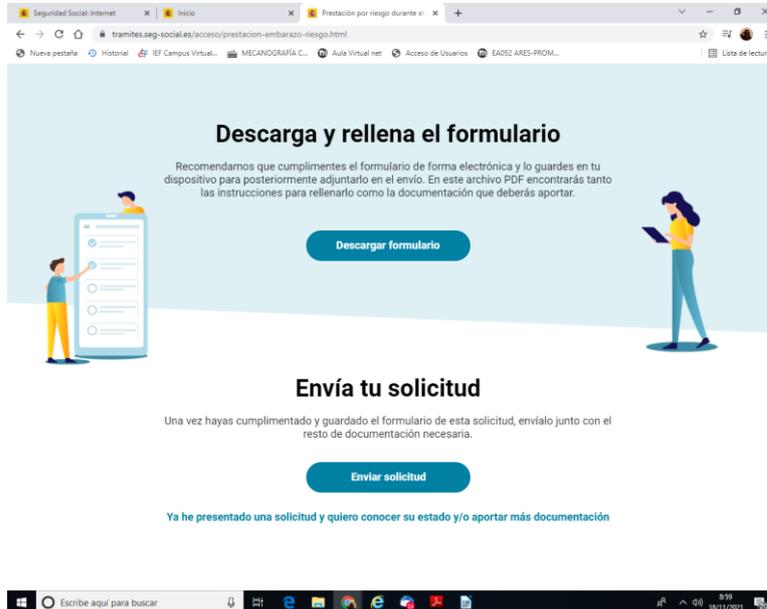
4º PASO

Pinchar en Ver más Servicios hasta que aparezca Familia. Solicitud. Prestación por riesgo durante el embarazo. Titar.



5º PASO

Ticar en Familia. Solicitud. Prestación por riesgo durante el embarazo. (Hemos marcado con un rombo para su identificación)



6º PASO

Descargar formulario, cumplimentar y enviar con la documentación siguiente:

- DNI
- Anexos 3 y 4 que le enviará la UPRL
- Tarjeta de la Seguridad Social
- Informe de Vigilancia de la Salud
- Certificado de tareas, si no se tiene solicitarlo al Mando Intermedio
- P10 del Médico de Familia con las semanas de gestación, fecha probable de parto y estado inmunológico

**CUÁNDO SE OS NOTIFIQUE LA CONCESIÓN DE LA PRESTACIÓN,
NOTIFICAR Y ENVIAR A LA UAP SOLICITÁNDOLE EL CERTIFICADO DE
EMPRESA PARA ENVIAR AL INSS**