



AVISO DE SEGURIDAD SN16 IRATA

CUASI ACCIDENTE: FALTA DE NUDOS EN EL EXTREMO DE LA CUERDA PROBLEMA CON EL SISTEMA INTEGRADO DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO (ISSOW, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) EN EVALUACIÓN DE RIESGO

Nº de edición	SN16
Fecha de edición	28.01.2011
Editor	Comité de Salud y Seguridad de IRATA
Condición	Modificó Boletín de Seguridad de integrante

El Boletín de Seguridad de un integrante ha sido simplificado y se reproduce aquí por su valor.

No está claro qué injerencia tiene el N1, ubicado en la parte superior, en el plan de rescate. En el texto a continuación, se incorporan algunas referencias relevantes del Código de Práctica Internacional [ICOP] de IRATA.

1 INCIDENTE

- 1.1 El equipo de trabajo en altura estaba formado por niveles 3, 2 y 1. Los N3 y N2 debían llevar a cabo inspecciones visuales fuera de borda, mientras que el restante N1 permanecería en la parte superior como tercer hombre.
- 1.2 Se amarraron cuatro juegos de cuerdas, pero al comenzar la tarea, quedó claro que un juego de cuerdas no tenía utilidad debido a que el viento las dejaba fuera de alcance. Dadas las cuerdas de trabajo ahora disponibles, se decidió que tanto N3 como N2 trabajarían en el mismo juego de cuerdas para completar la tarea. Mientras realizaban maniobras hacia el área de trabajo, N2 le preguntó a N3 si éste último se iba a quedar en su juego de cuerdas actual, a lo que N3 respondió "sí". Esta afirmación fue malinterpretada por N2, *lo esperable era que N2 se quedara en ese juego de cuerdas hasta que N3 llegara al área de trabajo y luego N2 se trasladaría por el mismo juego de cuerdas a las que N3 estaba amarrado.* (N3 ya había informado a N2 que iban a liberar el mismo juego de cuerdas y creyó que N2 estaba al tanto del requisito de transferencia desde su juego de cuerdas actual según lo establecido en las charlas de seguridad). (ICOP 2.7.2)
- 1.3 N2 descendió por el juego de cuerdas en las que se encontraba y después de 10m-15m, su dispositivo de derivación shunt se desprendió de la parte inferior de la cuerda de soporte. Dicha cuerda quedó fuera de alcance, por lo que el shunt no podía volver a conectarse. N2 notó luego que no había nudo al final de su cuerda de trabajo y que ahora sólo tenía 15cm de cuerda debajo de su descensor de autofrenado Stop, lo que era muy corto para trabar el descensor.
- 1.4 N3 maniobró hacia una posición en la que N2 pudiera amarrarse al juego de cuerdas que él estaba usando. Esto se logró con éxito y Nivel 2 descendió al área de trabajo. Ambos N2 y N3 luego ascendieron de manera segura nuevamente a bordo.

2 INFORMACIÓN ADICIONAL

- 2.1 El 'Procedimiento Seguro para Operaciones en Altura' de la empresa establece que todas las cuerdas deben tener nudos en sus extremos. No es posible desplegar cuerdas a través de rejillas si éstas tienen nudos en sus extremos, por lo tanto, el hecho de no tener nudos antes de que las cuerdas fueran desplegadas no constituye en sí mismo una violación al procedimiento. Las cuerdas fueron desplegadas correctamente a través de las rejillas con la protección de cuerdas adecuada. Sin embargo, en cuanto pudo, N3 debería haber levantado los extremos cuando se encontraba en una posición segura y haber atado nudos de frenado en ellos. (Ver ICOP 2.11.3.9)
- 2.2 El sitio 'ISSOW' (Sistema Integrado de Seguridad en el Trabajo) no identificaba el peligro de descender en rapel al final de la cuerda, mientras que la empresa 'Rope Access Risk Assessment' sí lo hizo. Se encontró que desde la implementación del sistema electrónico ISSOW, nuestra evaluación de riesgo normalmente no ha sido utilizada dentro de las etapas de planificación del trabajo de campo.
- 2.3 Nuestra evaluación de riesgo de las actividades puede ser más detallada y todos los peligros y controles deberían ser contenidos dentro de los ISSOW o anexos, tenidos en cuenta y utilizados como parte de las licencias y las charlas de seguridad (Ver ICOP 2.11.7.2) como un sistema seguro del proceso de trabajo (Ver ICOP 2.2)
- 2.4 La decisión que se tomó de liberar el mismo juego de cuerdas también fue considerada una mala decisión discrecional y sumó confusión en las comunicaciones. Esto solo debería ocurrir en situaciones determinadas, tal es el caso de una emergencia. Ni la documentación de la Empresa ni la de IRATA recomiendan esta práctica.
- 2.3 El plan de rescate que había sido acordado carecía de suficiente detalle y no estaba completamente claro para todos los miembros del equipo. (Ver ICOP 2.1.2, 2.2.2, 2.2.5 & 6, 2.11.6.3, 2.11.7.2)
- 2.4 N2 no estaba completamente seguro acerca de qué se esperaba de él, pero continuó con su tarea sin buscar confirmación o mostrar su preocupación. Se debería haber implementado la filosofía grupal de "detenerse en pos de la seguridad" cuando surgió la duda acerca del método de acceso o cuando ocurrió un cambio en el alcance de las tareas. Esto garantizaría que todos los roles y responsabilidades de los integrantes del equipo fuesen claros y comprensibles para todos.

3 FACTORES QUE CONTRIBUYERON CON EL INCIDENTE

- Planificación deficiente (Ver ICOP 2.2.2, 2.2.4, 2.2.5)
- Falta de comunicación clara (Ver ICOP 2.11.10)
- Complacencia
- Inobservancia de los procedimientos
- Falta de aplicación de la formación para trabajo en altura

4 MEDIDAS TOMADAS / A TOMAR

Las medidas tomadas con posterioridad a este incidente han sido identificadas como:

- 4.1 Boletín de Seguridad emitido teniendo en cuenta este incidente, destinado a todos los emplazamientos y volcando las lecciones aprendidas. Por favor, muestrenlas, amplíenlas y discútanlas durante sus reuniones de seguridad.
- 4.2 Proceso disciplinario iniciado de conformidad con la política 'Solo cultura' de la empresa.

- 4.3 El Desarrollo de procesos de 'Sistemas de Seguridad en el Trabajo' delineados en diagramas de flujo para que los sistemas de seguridad de la empresa coincidan con los de los clientes, en particular, evaluaciones de riesgo. (Ver ICOP 2.2, 2.2.4)
- 4.4 Talleres para identificar las mejoras al sistema de permisos para garantizar que las evaluaciones de riesgo del contratista especializado se tomen y se haga referencia a ellas en el sistema.

A la luz de este incidente, la empresa alienta a otros a tener un enfoque proactivo para analizar de qué manera sus sistemas ISSOW garantizan que incorporen las evaluaciones de peligro / riesgo de las actividades de sus contratistas especializados.