



SUBMIT A REPORT

CHIRP always protects the identity of our reporters. All personal details are deleted from our system once a report is completed.

ONLINE

Reports can be submitted easily through our encrypted online form www.chirp.co.uk/maritime-es-2/submit-a-report



La autoridad para “Detener el Trabajo” salva vidas

Bienvenidos a esta edición de FEEDBACK.

Contents

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 2 | M2261 - Fallos críticos de seguridad y tripulación afectada de fatiga durante las excursiones del pasaje | 7 | M2305 - Situación de cruce demasiado cercano |
| 3 | M2292 - Intoxicación por monóxido de carbono en un espacio confinado | 8 | M2304 - Reglas para la Prevención de Abordajes y buques autónomos |
| 5 | M2297 - Un mantenimiento inacabado crea peligro | 9 | M2307 - El mantenimiento de las balsas salvavidas fue ignorado |
| 5 | M2300 - Tapa de registro abierta crea un riesgo | 9 | M2308 - Escalas de práctico no seguras |
| 6 | M2291 - Inspección de tanque mortal | | |



Adam Parnell

Una vez más, presentamos informes llenos de valiosas consideraciones sobre seguridad para todos los sectores de la industria marítima, y agradecemos

mucho a quienes han compartido sus inquietudes y experiencias con nosotros. ¡Realmente están haciendo que el transporte marítimo sea más seguro

para todos! Desde excursiones con pasajeros a las que no se debería haber permitido continuar, balsas salvavidas que no estaban ni bien mantenidas ni bien aseguradas, una situación comprometida que fue el resultado de una prueba de máquina no sujeta a consideración alguna, hasta escalas de práctico con diseño defectuoso que probablemente se compraron porque eran baratas. Estos informes refuerzan la necesidad de que el sector adopte una cultura que faculte a los miembros de la tripulación para rechazar equipos manifiestamente inseguros y cuestionar, de forma constructiva, los procedimientos peligrosos. Los mejores empleadores ya fomentan este tipo de intervenciones.

El peligro de los espacios cerrados y confinados es otro tema emergente. Hablamos del trabajador de un astillero que sufrió exposición a monóxido de carbono porque trabajaba sin supervisión y sin apoyo, y de un oficial que actuó impulsivamente para intentar rescatar a un tripulante y que se desplomó en un tanque debido a la atmósfera inerte. Es humano intentar rescatar a un compañero que se desploma en un espacio cerrado, pero con demasiada frecuencia la gente se precipita sin el equipo de seguridad adecuado y empeora la situación. Siempre, deténgase y piense después de dar la alarma, y nunca entre en un espacio de este tipo sin todo el equipo y el apoyo necesarios.

También publicamos reportes en los que no se realizaron las comprobaciones finales después de los trabajos de mantenimiento, con el resultado de un registro de acceso abierto y un tubo de ventilación sin asegurar. Recuerde que un trabajo no está finalizado hasta que ha sido comprobado y aprobado por el oficial a cargo.

Esta edición también presenta nuestro primer reporte que involucra buques autónomos de superficie, o barcos no tripulados, uno de los cuales pareció desviarse de los requisitos para la Prevención de Abordajes. El personal de guardia en el puente debería estar al tanto de que tales buques deben cumplir con las reglas para la prevención de abordajes y debería poderse contactar con ellos vía radio VHF. Mantenga una distancia de seguridad, evite la tentación de verlos de cerca y haga el favor de avisarnos si tienen una experiencia similar.

En los próximos meses publicaremos indicaciones más detalladas acerca de estos buques pero, mientras tanto ¡tengan cuidado ahí fuera!

Reports

Report No1 - M2261 – Fallos críticos de seguridad y tripulación afectada de fatiga durante las excursiones del pasaje

Reporte Inicial

Un miembro de la tripulación de un buque de crucero expedicionario informó de cuestiones graves de seguridad

durante una reciente excursión del pasaje.

El buque planeaba desembarcar a los pasajeros en una localización remota conocida por su impresionante fauna silvestre. Había una mar de fondo considerable en la costa, por lo que el buque fondeó a una milla de tierra. El capitán consideró que la distancia a la costa, el estado de la mar y las condiciones del oleaje rompiente en la playa superaban los límites de seguridad de las lanchas neumáticas de pasajeros del buque, por lo que se encargó a un transbordador local más grande que trasladara a los pasajeros a tierra. Desgraciadamente, el transbordador encalló al salir del puerto. Para evitar cancelar el viaje, y sin consultar con el capitán, los jefes de expedición ordenaron que se utilizaran las lanchas de pasajeros y nombraron timoneles a varios miembros de la tripulación, aun cuando no todos estaban cualificados para ello.

Nuestro informante fue una de las varias personas que expresaron su preocupación a los jefes de expedición, señalando que eso iba en contra de las órdenes anteriores del capitán y que el tiempo había empeorado aún más. Esas preocupaciones fueron obviadas.

Las tripulaciones de las lanchas trabajaron de 8 AM a 7 PM sin descansos y sin comer, sometidos al calor tropical y a un alto porcentaje de humedad. El estado alterado de la mar, la rompiente y los desplazamientos largos eran incómodos para los pasajeros y muy estresantes para la tripulación, que era consciente de que estaban operando en condiciones no seguras que se agravaron aún más por la falta de equipos de comunicación fiables. Se dieron varios incidentes de seguridad, incluyendo un "hombre al agua", y pasajeros desembarcados en una playa cerca de animales salvajes.

Tras las operaciones del día, un miembro de la tripulación experimentó estrés mental y psicológico grave, que fue evaluado por el médico de a bordo más tarde. Después de elevar un reporte oficial al capitán detallando las cuestiones de seguridad, se convocó al tripulante a una reunión con el director del crucero y se le pidió que desembarcara en el siguiente puerto de escala.

CHIRP Comentario

El reporte expone cuestiones importantes referidas a la seguridad, en especial para los cruceros expedicionarios cuyo énfasis se pone en las excursiones del pasaje. La presión para responder a las expectativas de los pasajeros puede llevar a que los jefes de expedición prioricen la realización de las excursiones a toda costa. En este caso, el retraso causado por el transbordador varado probablemente creó una presión de tiempo adicional que puede haber empujado a los jefes de expedición a utilizar las lanchas del barco sin consultar al capitán. Al carecer de experiencia marítima, es posible que no comprendieran plenamente los riesgos de seguridad,

especialmente si la tripulación que manejaba las lanchas no contaba con la formación adecuada. Ignorar las órdenes previas del capitán también socavó su autoridad, que se debilitó aún más cuando no retomó el control tras descubrir que se estaban utilizando las lanchas. CHIRP ha comprobado que no existen procedimientos operativos estándar en el sector para el traslado de pasajeros de cruceros, aparte de las directrices y procedimientos del Sistema de Gestión de la Seguridad (SMS) de cada compañía.

Una lancha del buque tiene, a la vez, limitaciones por su construcción (como la capacidad máxima de pasajeros o de condiciones de mar) y operacionales que tienen en cuenta la movilidad de los pasajeros, la seguridad y la comodidad. Para ayudar a tomar mejores decisiones a bordo, se anima a las compañías a definir esos límites operacionales en sus Sistemas de Gestión de la Seguridad (SMS). Esos límites deberían incluir, no sólo condiciones climáticas o de la mar sino también los requisitos de movilidad de los pasajeros. Algunas compañías usan una sencilla "prueba del escalón" para evaluar si los pasajeros pueden embarcar o desembarcar de forma segura.

El uso de las lanchas del barco por personal no cualificado y sin el equipo de comunicaciones adecuado debería haberse percibido como un riesgo evidente para la seguridad y una violación clara del SMS de la compañía. Sin embargo, los jefes de expedición ignoraron esas cuestiones en aras de satisfacer la experiencia crucerística del pasaje. Varios pasajeros reportaron su preocupación por la seguridad a CHIRP.

La alta carga de trabajo de la tripulación, junto con el descanso y comida insuficientes, contribuyeron a comprometer la seguridad. El turno de 11 horas dejó a los operadores de las embarcaciones fatigados, lo que condujo a riesgos que no se redujeron a niveles aceptables [As Low As Reasonably Practicable (tan bajo como sea razonablemente factible) o ALARP]

Además, el director del crucero no se preocupó de forma apropiada del miembro de la tripulación que sufrió estrés relacionado con el trabajo, lo que plantea cuestiones sobre la ética de las prácticas laborales de la compañía.

CHIRP puso esos problemas en conocimiento de la compañía, que los desestimó, por lo que se elevó el asunto a la administración de la bandera del buque y a la sociedad de clasificación, las cuales están actualmente investigando la cuestión.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Cultura- Cuando CHIRP contactó con la compañía, ésta se mostró desdenosa lo que sugiere una cultura de la seguridad deficiente. Las consecuencias prácticas fueron una serie de violaciones de la seguridad, incluyendo ignorar las órdenes del capitán y el rechazo de las preocupaciones de la tripulación. A

pesar de la evidencia objetiva con dos incidentes graves, se permitió que las conductas de riesgo continuaran sin intervención del capitán.

Adecuado para la finalidad- Ni las embarcaciones ni el equipo de comunicación eran adecuados para la tarea.

Competencia- Algunos de los miembros de la tripulación no estaban cualificados para operar las lanchas, y su capacidad se vio mermada por la fatiga sumada a las difíciles condiciones meteorológicas.

Comunicación- Hubo un fallo de comunicación entre el capitán, los jefes de expedición y las tripulaciones de las lanchas.

Trabajo en equipo- Los miembros del equipo estaban concentrados en objetivos diferentes y no hubo una comprensión compartida de los riesgos ni de la importancia de la seguridad. Se ignoraron los retos comunes y la tripulación no tenía la autoridad para "detener el trabajo" a pesar de los peligros.

Apto para el servicio

Competencia

Comunicación

Trabajo en equipo

Report No2 - M2292 – Intoxicación por monóxido de carbono en un espacio confinado

Reporte Inicial

Se ha multado a un astillero después de que un soldador sufriera una intoxicación por monóxido de carbono (CO) mientras trabajaba en un espacio confinado en un buque en dique seco. El soldador siguió cortando metal durante 40 minutos, sin darse cuenta de que en su medidor de gases había estado sonando una alarma.

De acuerdo con el reporte del incidente, la alarma se disparó sólo dos minutos después de que empezara con el corte por arco aire, un procedimiento de soldadura que utiliza un electrodo de carbono, electricidad y aire comprimido para cortar metal. Esa alarma debería haber provocado una evacuación inmediata, pero el soldador no la oyó y siguió trabajando hasta que empezó a sentirse enfermo y abandonó el lugar por su propio pie.

El reporte también revela que el soldador debería haber usado una máscara completa de respiración con suministro de aire autónomo. Sin embargo, el respirador estaba roto y por tanto utilizó sólo un respirador con media máscara que no le protegía del CO.

Además, la persona designada para supervisar al soldador no contaba con la formación adecuada y no estuvo en la entrada del espacio confinado por, al menos, 40 minutos. Cuando el soldador finalmente salió, otro trabajador percibió su estado y dio la alarma. Los paramédicos lo trasladaron al hospital y se recuperó totalmente.

CHIRP Comentario

Este reporte destaca varias violaciones de la seguridad graves que podrían haber sido fatales, especialmente en un entorno difícil como el astillero o durante el mantenimiento del buque. Subraya la importancia de delimitar las responsabilidades entre la tripulación del buque y los contratistas del astillero.

Los astilleros se cuentan entre los lugares de trabajo más peligrosos para los marinos y trabajadores de tierra. Con tantas tareas realizándose simultáneamente y la falta de personal cualificado, a menudo hay presión para terminar el trabajo rápido. Muchos astilleros dependen en buena medida de contratistas y trabajadores temporales. Eso coloca a la dirección del astillero en la obligación de garantizar que esos contratistas tienen la experiencia y el conocimiento para realizar sus trabajos de forma segura, y supervisarlos para asegurarse de que cumplen fielmente con los sistemas documentados de seguridad en el trabajo.

En general, el capitán de un buque es responsable de la seguridad del barco, de su tripulación, y de la de cualquier otra persona a bordo incluyendo contratistas y trabajadores del astillero. También tiene que garantizar que todas las áreas de trabajo sean seguras, normalmente mediante un sistema de Permisos de Trabajo. A su vez, el astillero debe asegurarse de que sus trabajadores están adecuadamente formados y son competentes para hacer el trabajo con seguridad, con evaluaciones de riesgo e inspecciones para mantener un estándar alto. La provisión de vigilantes de soldadura y otro personal de seguridad se acuerda habitualmente en reuniones formales entre buque y astillero a menos que se especifique en el contrato. CHIRP recomienda que el equipo de seguridad del dique seco revise y actualice la documentación del SGS para garantizar que incluyen todos los riesgos identificados para la tripulación y trabajadores del astillero.

En este incidente, el lugar era más un espacio confinado que un "espacio cerrado" (véanse las definiciones debajo), y no fue adecuadamente evaluado por el astillero para la identificación de peligros que se pudieran derivar del trabajo a realizar. La compañía falló en el control del espacio mientras el trabajador estaba dentro, en la provisión de un supervisor de soldadura formado y en proporcionar el equipo de protección del soldador.

Espacio cerrado- Definido como espacio con aberturas de entrada o salida limitadas, ventilación inadecuada y que no

está diseñado para una ocupación regular.

Espacio confinado- Definido como un espacio que es suficientemente grande para que un trabajador entre y trabaje dentro, con entrada y salida limitada o restringida, y que no está diseñado para una ocupación continua.

El permiso de trabajo de espacio confinado exige una comunicación clara entre los trabajadores en el interior y una persona de seguridad fuera, habitualmente mediante radio o señales visuales. Sin embargo, estos medios no estaban en el lugar durante el incidente, empeorando la situación.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Cultura- El astillero debe garantizar la disponibilidad del equipo adecuado para un uso seguro y proveer programas de formación apropiados, especialmente para la seguridad en el dique seco. Dado que el dique seco es uno de los entornos de trabajo más peligrosos, la falta de formación y de personal experimentado fue un grave descuido.

Competencia- Aunque los astilleros cuentan con equipos de seguridad, a menudo están sobrecargados de trabajo y no dan abasto. Esto significa que la tripulación del buque tiene que estar muy atenta para hacer cumplir las medidas de seguridad que suelen ser rutinarias a bordo, especialmente en dique seco o en reparaciones en dique. Tanto el soldador como la tripulación de guardia carecían de la formación adecuada, y los protocolos de seguridad exigen que sólo se asigne a estas tareas personal experimentado y formado. Además, la tarea se llevó a cabo sin el equipo de protección individual (EPI) necesario, lo que pone de manifiesto la falta de conocimientos operativos. El uso de un respirador incorrecto de media máscara acentúa aún más esta carencia.

Presión- Los diques secos suelen tener una fila de buques esperando para acceder, lo que crea una intensa presión para terminar el trabajo rápidamente. Una gestión eficaz, con una cuidadosa planificación diaria, es esencial para garantizar que todas las tareas se evalúan adecuadamente en cuanto a riesgos para la seguridad. ¿Dispone su empresa de herramientas para garantizar que el trabajo se realiza de forma segura bajo tales presiones?

Comunicaciones- Se produjo un fallo crítico en la comunicación entre el soldador y la persona de guardia que debía supervisar tanto el trabajo como la atmósfera del espacio confinado. Esta falta de comunicación puso aún más en peligro al trabajador.

Competencia

Comunicación

Cultura

Presión

Report No3 - M2297 – Un mantenimiento inacabado crea peligro

Reporte Inicial

Durante la ronda rutinaria de seguridad en la sala de máquinas, la tripulación descubrió que la tubería de ventilación del tanque de decantación de aceite lubricante del motor principal no se había vuelto a fijar correctamente en su posición después de haber sido retirada durante las tareas de mantenimiento. Este descuido suponía un riesgo importante, ya que el tubo podía caerse de la parte superior del tanque mientras el buque estaba en navegación.

CHIRP Comentario

Aunque la tripulación es merecedora de elogio por su diligente comprobación de seguridad y su rápida respuesta al informar del problema al jefe de máquinas – especialmente dada la difícil ubicación de la tubería de ventilación del tanque de decantación- dejar el trabajo sin terminar es inaceptable, dada la importancia del tanque.

Si la tubería cayera a un nivel inferior de la sala de máquinas, podría provocar lesiones mortales o graves daños a la maquinaria cercana. Además, la tubería de ventilación no asegurada deja el tanque de decantación expuesto a una posible contaminación.

Este tipo de trabajo requiere una charla previa detallada y una evaluación de riesgos adecuada. Ninguna tarea debe considerarse terminada hasta que haya sido inspeccionada y aprobada por un supervisor, y esto debe indicarse claramente en la charla previa.

Este informe plantea varias preguntas: ¿había suficiente personal disponible para completar la tarea adecuadamente? ¿Se distrajo el equipo con otra tarea? En caso afirmativo, ¿qué procedimientos se aplicaron para garantizar que no se olvidara? ¿Eran adecuados los niveles de supervisión?

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Conciencia Situacional- El personal a cargo de la tarea parecía no ser consciente de las posibles consecuencias de dejar la tubería de ventilación sin asegurar. Si los peligros se hubieran identificado correctamente durante la evaluación de riesgos y la charla previa, ¿se habría dejado la tubería sin asegurar?

Trabajo en Equipo- El equipo debería haberse cuestionado la seguridad de la tubería y haber tomado medidas para volver a asegurarla. Si usted participara en ese trabajo,

¿hablaría de las medidas necesarias con su equipo? ¿Dispone su empresa de una sólida cultura de seguridad que fomente el

trabajo en equipo y una comprensión compartida de la seguridad?

Alertar- El miembro de la tripulación que informó del peligro al jefe de máquinas merece un reconocimiento por su rapidez reportando el problema.

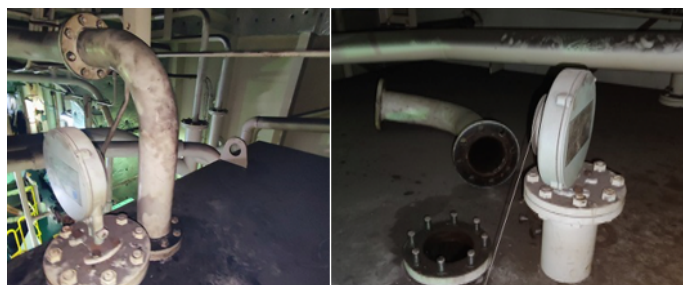
Procedimientos- No se debe considerar terminada ninguna tarea hasta que haya sido inspeccionada y aprobada por un oficial de máquinas.

Alertar

conciencia situacional

Prácticas locales

Trabajo en equipo



Report No4 - M2300 – Tapa de registro abierta crea un riesgo

Reporte Inicial

Durante las operaciones de descarga de carbón, el oficial de guardia se dio cuenta de que una tapa de registro en la tolva baja entre las bodegas 2 y 3 había quedado abierta sin ningún signo de advertencia.

Luego se supo que el trabajo se había interrumpido y el acceso de la tolva se había dejado abierto antes de que comenzara la carga. En una charla posterior quedó claro que el acceso a la tolva requería un permiso de entrada junto con una evaluación adecuada del riesgo. Debido a la naturaleza de la carga, la estructura de la tolva podía contener niveles peligrosos de gas metano.

CHIRP Comentario

La entrada en espacios cerrados requiere la apertura de un permiso de trabajo, que debe firmarse y cerrarse una vez finalizado el trabajo. Esto no puede haberse hecho correctamente en la ocasión anterior en que se abrió y es una violación grave de los requisitos de entrada en espacios cerrados, lo que indica deficiencias significativas en los procedimientos de seguridad del buque.

Aunque poco frecuentes, estos incidentes ponen de relieve la imperiosa necesidad de realizar inspecciones minuciosas antes

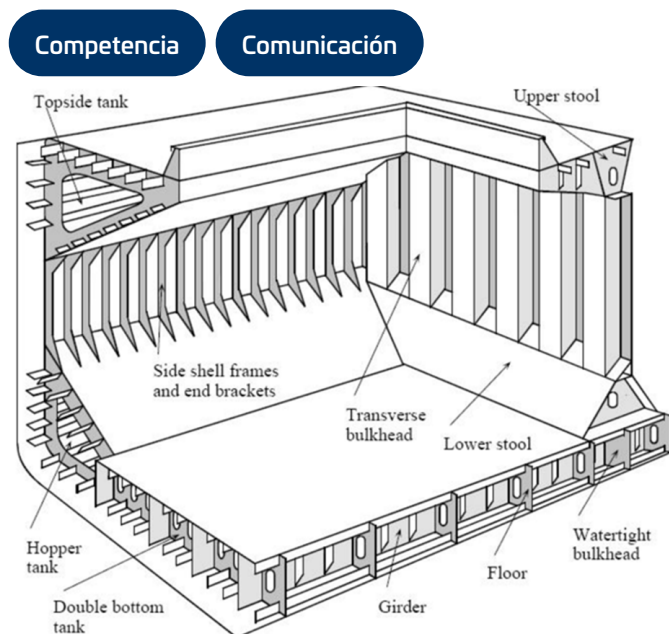
de iniciar las operaciones de carga. Normalmente, inspectores independientes comprueban las bodegas, pero si la nueva carga es la misma que la anterior, es posible que esta inspección se haya omitido, o se haya realizado desde la cubierta, con lo que la tapa de registro abierta habría pasado desapercibida.

Los riesgos potenciales de estos descuidos son graves, sobre todo si la carga se introduce en la tolva, lo que dificultaría su recuperación, especialmente porque el gas metano podría acumularse en la zona, creando un riesgo de incendio o explosión.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Competencia- La tripulación carecía de la competencia necesaria para llevar a cabo adecuadamente procedimientos básicos de entrada en espacios cerrados. Garantizar que la bodega de carga es segura y está lista para la siguiente carga es vital para mantener la seguridad a bordo.

Comunicaciones- Parece que hubo un fallo de comunicación en el buque, como demuestra el hecho de que no se asegurara la tapa del registro. Esta pieza crucial del equipo se pasó por alto, lo que indica una cultura de reporte deficiente que debe corregirse.



Report No5 - M2291 – Inspección de tanque mortal

Reporte Inicial

Durante una operación de inertización con nitrógeno en un buque, se estaba bombeando nitrógeno en los tanques para desplazar el oxígeno, lo que ayuda a preservar la carga y evita la oxidación. Antes de comenzar el proceso, un marinero de primera (AB) realizó una inspección final para asegurarse de que

el tanque estaba limpio y listo. Sin embargo, tras la inspección, el capitán del buque se dio cuenta de que el marinero no se había presentado como esperaba y envió al primer oficial a ver dónde estaba.

Cuando el primer oficial llegó, encontró al AB inconsciente en la plataforma inferior dentro del tanque y dio inmediatamente la alarma. El capitán se apresuró a acudir al lugar, donde encontró al primer oficial también inconsciente en la plataforma superior. Un equipo de rescate equipado con aparatos de respiración entró en el tanque y recuperó a ambos hombres. Lamentablemente, el primer oficial no pudo ser reanimado, mientras que el marinero resultó gravemente herido y requirió hospitalización.

La investigación reveló que una válvula defectuosa había provocado una fuga de nitrógeno de un tanque adyacente, desplazando al oxígeno y creando un ambiente mortal. Aunque la tripulación conocía los protocolos de seguridad para la entrada en espacios confinados, no los habían seguido. Medidas críticas como la realización de un análisis de riesgos, la realización de mediciones de gas y la expedición de un permiso de entrada en espacios confinados no se llevaron a cabo antes de la inspección del AB. Además, aunque tanto el AB como el oficial jefe llevaban equipo de protección, no llevaban medidores de gases individuales.

Este incidente evidencia los graves fallos de seguridad que condujeron a la tragedia y subraya la necesidad de cumplir estrictamente los protocolos de seguridad, realizar evaluaciones de riesgo adecuadas y utilizar el equipo apropiado al entrar en espacios cerrados.

CHIRP Comentario

Las inspecciones de tanques suelen ser realizadas por un oficial. En este caso, el nitrógeno se filtró desde un tanque adyacente a través de tuberías interconectadas, lo que puede ocurrir incluso con aislamiento de doble válvula. CHIRP recomienda encarecidamente que los sistemas de gestión de la seguridad (SMS) de los buques establezcan que, una vez iniciada la inertización, todos los espacios de carga se consideren inertes (es decir, peligrosos), incluso los que previamente se hayan "certificado como seguros", y que se prohíba la entrada en ellos. Este episodio demuestra claramente que durante la inertización pueden surgir, y de hecho surgen, peligros por fugas imprevistas que convierten en letales los espacios seguros.

El incidente sugiere una débil cultura de seguridad a bordo. La dirección no dotó ni formó adecuadamente a la tripulación ni hizo cumplir los protocolos de seguridad. El hecho de que nadie cuestionara la decisión de entrar en el tanque sin los controles de seguridad necesarios sugiere una falta de inversión tanto en la formación de la tripulación como en una sólida cultura de la seguridad.

Esos controles habrían incluido medidas de seguridad críticas, tales como utilizar un medidor de gas individual para detectar la presencia de gases peligrosos. La falta de cuestionamiento pone de manifiesto que se aceptaba como normal a bordo la desviación de los protocolos de seguridad.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Cultura- Cultura de Seguridad- La organización carece de una cultura de seguridad sólida.

¿Entraría usted en un tanque si se le pidiera que lo hiciera sin un permiso de acceso a un espacio cerrado? La empresa necesita reevaluar urgentemente su sistema de gestión de la seguridad, con la participación de la Administración del Estado de abanderamiento, la Sociedad de Clasificación y sus aseguradoras, para aplicar mejoras sustanciales en sus procedimientos operativos.

Conciencia Situacional- El tripulante no entendió el entorno de trabajo en su totalidad y ningún otro miembro de la tripulación intervino para evitar la entrada no autorizada. Esta falta de conciencia resultó en la trágica pérdida de la vida de otro tripulante.

Complacencia- La confianza nunca debe ser un factor en el acceso a un espacio confinado. Esos entornos son intrínsecamente innaturales y conllevan un riesgo muy alto de incidentes debido al gran número de peligros potenciales dentro del tanque. Siempre se deben tomar las precauciones adecuadas, independientemente de la experiencia previa o de la familiaridad que se tenga con la tarea.

Competencia

conciencia situacional

Cultura

Report No6 - M2305 – Situación de cruce demasiado cercano

Reporte Inicial

El patrón de un velero de recreo era la embarcación con preferencia en un cruce con mar en calma y a plena luz del día, con un reflector de radar y AIS en funcionamiento. El patrón informó: “Un gran portacontenedores nos pasó muy cerca por la popa... a menos de 50 metros. Mantuve el rumbo y la velocidad como buque con preferencia. El buque alegó que los maquinistas tenían que realizar pruebas de máquina y, por lo tanto, debían mantener su rumbo y velocidad”.

El patrón envió a CHIRP un vídeo de la conversación y capturas de pantalla, que confirmaban su informe.

CHIRP Comentario

Probar la máquina es una operación de rutina que llevan a cabo periódicamente la mayoría de buques mercantes. Se hace para identificar problemas y prevenir fallos graves, mejorar la eficiencia, optimizar el funcionamiento, evaluar la calidad y garantizar el cumplimiento de la normativa medioambiental. Es parte del Sistema de Gestión de la Seguridad (SMS) y del Sistema de Gestión de Procesos (PMS).

Estas pruebas se realizan idealmente cuando las condiciones son buenas y los factores externos como el viento, el estado de la mar y la corriente son lo más favorables posible para obtener los mejores resultados. Mantener el rumbo y la velocidad garantiza que la carga sobre el motor sea estable; sin embargo, las alteraciones tempranas y suaves del rumbo de uno o dos grados cada vez, utilizando movimientos mínimos del timón, pueden evitar que se desarrolle una situación de excesiva aproximación sin poner en peligro la prueba de máquina. En cualquier caso, el cumplimiento del RIPA (Reglamento Internacional para la Prevención de Abordajes) es primordial y la prueba debe, si es necesario, abandonarse y reprogramarse. ¿Le faltaba confianza al oficial de guardia del portacontenedores para abandonar la prueba, o no se sentía autorizado para hacerlo? CHIRP planteó estas y otras preguntas a la compañía que gestiona el buque, que se mostró extremadamente servicial en la investigación de este incidente.

Aunque el velero era la embarcación a la que no se debía obstaculizar y mantuvo su rumbo y velocidad (regla 17 a) i) del RIPA), era evidente que existía un riesgo de colisión, por lo que estaba obligado (regla 8 f) iii) del RIPA) a tomar medidas en virtud de la regla 17 b) para evitar la colisión. Los grandes buques con francobordos altos tienen un sector ciego a muy corta distancia y el yate probablemente no era visible desde el puente del buque más grande a sólo 50m.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Conciencia Situacional- Aunque las pruebas de máquina son importantes, el requisito prioritario es cumplir rigurosamente el RIPA. Recuerde que los buques grandes tienen “sectores ciegos” que muchas veces se extienden mucho más allá de la proa.

Cultura- La compañía debería preguntar si los oficiales tienen la confianza necesaria para cuestionar las órdenes/instrucciones cuando hay un peligro conocido.

conciencia situacional

Cultura

Report No7 - M2304 – Reglas para la Prevención de Abordajes y buques autónomos

Reporte Inicial

Nuestro informante relata un encuentro en el Atlántico Norte entre su buque de gran porte y dos pequeños buques autónomos de superficie, también conocidos como Maritime Autonomous Surface Ships (MASS) (*Buques Marinos Autónomos de Superficie*). Aunque ambos buques fueron detectados en el AIS y el radar a 7 millas náuticas de distancia, la detección visual fue difícil, incluso en condiciones de mar moderada.

El primer barco estaba directamente por la proa del buque y el punto de aproximación más cercano (CPA) era de aproximadamente 0.5 millas náuticas.

Unos 45 minutos más tarde, se encontró un segundo barco no tripulado, ligeramente más pequeño. Inicialmente se consideró que iba a la deriva, con una CPA de 0,2 millas náuticas a estribor, y el buque metió timón a babor para aumentar la CPA a 0,4 a 0,5 millas náuticas. Sin embargo, a medida que el buque se acercaba, el barco no tripulado aumentó la velocidad a unos 5 nudos y comenzó a cruzar la proa del buque a corta distancia, lo que requirió una alteración inmediata del rumbo para que pasara a una distancia segura.

CHIRP Comentario

Cada vez son más los buques no tripulados que operan en el mar, y la OMI está elaborando un Código MASS para su adopción ya en 2025. Mientras tanto, se aplican las normas existentes, como el Convenio SOLAS y el Reglamento Internacional para la Prevención de Abordajes, y los buques deben tener un "capitán" humano designado, independientemente de su nivel de autonomía (véase el cuadro). Esta persona, si no está a bordo, trabajará desde una ubicación remota y sigue estando obligada a mantener una vigilancia adecuada por todos los medios disponibles (regla 5 del RIPA). En la actualidad, esto incluye la transmisión de su ubicación en AIS y la monitorización del VHF – ¡incluso los buques sin tripulación deben responder a las llamadas de radio!

Tabla 1: Los 4 grados de autonomía de IMO

Grado	Definición
1	Algunos procesos son automatizados pero hay marinos a bordo
2	Buque controlado en remoto con marinos a bordo
3	Buque controlado en remoto sin marinos a bordo
4	Buques completamente autónomos

Vessels encountering autonomous vessels should treat them as they would any other vessel and apply the ColRegs accordingly. This includes passing at a safe distance, and not making the mistake of approaching closer because of their small size.

Mariners encountering uncrewed surface vessels (USVs) during commercial and recreational navigation are encouraged to identify and record the AIS information and report any deviations from the Colregs to CHIRP Maritime (reports@chirp.co.uk). Such reports will contribute valuable insights into the operational challenges and safety considerations associated with autonomous vessels, supporting the development of best practices and regulatory measures for safe navigation around USVs. By sharing these experiences, mariners will play a critical role in enhancing awareness and ensuring that the transition to greater autonomy at sea prioritises safety for all.

Los buques que se encuentren con buques autónomos deben tratarlos como lo harían con cualquier otro buque y aplicar el RIPA en consecuencia. Esto incluye pasar a una distancia segura y no cometer el error de acercarse debido a su pequeño tamaño.

Se anima a los marinos que se encuentren con embarcaciones de superficie no tripuladas (USV) durante la navegación comercial y de recreo a identificar y registrar la información AIS e informar de cualquier desviación del RIPA a CHIRP Maritime (reports@chirp.co.uk). Tales informes aportarán información valiosa sobre los retos operativos y las consideraciones de seguridad asociadas a las embarcaciones autónomas, apoyando el desarrollo de mejores prácticas y medidas reguladoras para una navegación segura de las USV. Al compartir estas experiencias, los marinos desempeñarán un papel fundamental para mejorar la concienciación y garantizar que la transición hacia una mayor autonomía en el mar priorice la seguridad para todos.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Conciencia Situacional- Los buques autónomos pueden ser muy pequeños. Manténgase alerta y consulte el AIS y los avisos a los navegantes para saber si están operando o realizando pruebas cerca de su zona de operaciones.

Comunicaciones- Puede parecer contraintuitivo o poco razonable, pero contacte con el buque por VHF si tiene dudas sobre sus intenciones.

Comunicación

conciencia situacional

Report No8 - M2307 – El mantenimiento de las balsas salvavidas fue ignorado

Reporte Inicial

Al embarcar en un gran superyate después de un traslado de un continente a otro, nuestro informante dio prioridad a las comprobaciones de seguridad. Descubrieron que ambas balsas salvavidas necesitaban instalarse correctamente y estaban mal etiquetadas, con unidades de liberación hidrostática (HRU) ilegibles. Una de las balsas salvavidas tenía un cabo incorrectamente sujeto a la cuna en lugar de a la HRU, mientras que la de la otra balsa salvavidas no estaba sujeta a ningún punto fijo.

Buscando un remedio inmediato, el reportero envió las balsas a un fabricante cercano para su revisión anual. El fabricante detectó serias deficiencias, entre ellas unos flejes demasiado grandes que podrían dificultar la apertura del contenedor de la balsa salvavidas.

Durante una prueba de inflado presenciada por el manager del yate y la tripulación de cubierta, ambas balsas mostraron problemas alarmantes: infiltración de agua, moho, corrosión de algunos accesorios y percutores de cilindros de gas desconectados. Los conductos de gas de alta presión corroídos comprometían aún más la seguridad, hasta el punto de que uno de ellos falló durante la prueba y emitió CO2 al taller.

Estos hallazgos evidenciaron el mal estado de las balsas, con bengalas caducadas y equipos de seguridad sin protección, lo que habría supuesto graves riesgos en caso de emergencia.

La nueva dirección ha llevado a cabo un riguroso régimen de inspecciones para garantizar que la seguridad del buque se ha puesto a punto.

CHIRP Comentario

Las balsas salvavidas son dispositivos esenciales para salvar vidas y deben recibir un mantenimiento adecuado. La empresa de servicios responsable de este mantenimiento debe ser siempre acreditada y aprobada. Lamentablemente, no se había realizado ningún mantenimiento, y las inspecciones -tanto internas como por parte de la administración de la bandera y PSC- no habían identificado los problemas. Además, los miembros de la tripulación desconocían el estado de las balsas salvavidas, sus unidades de liberación hidrostática o sus puntos de sujeción. Esto pone de manifiesto una grave falta de cultura de seguridad en la empresa, que dejó a la tripulación con un equipo que no funcionaría en caso de emergencia.

Es una práctica excelente, como demostró nuestro informante, presenciar el inflado de las balsas salvavidas durante el mantenimiento por parte de la empresa designada. De este

modo se garantiza el cumplimiento de las normas de mantenimiento y se asegura a la tripulación que las balsas salvavidas funcionarán correctamente cuando sea necesario. El informante es digno de elogio por haber dado prioridad a la seguridad al incorporarse al buque. Se ha contactado con el Estado de abanderamiento para advertirles de la mala calidad de las inspecciones.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Capacidad- La incapacidad para reconocer una situación insegura con las balsas salvavidas destaca la falta de conocimientos y experiencia de la tripulación a todos los niveles. Durante las inspecciones de seguridad de su buque, ¿participa usted en el proceso de inspección? Durante los ejercicios de seguridad, ¿se le explican los dispositivos de supervivencia (LSA)? ¿Conoce el método correcto para asegurar las unidades de liberación hidrostática de las balsas salvavidas?

Cultura- ¿Cree que a la empresa que le emplea como tripulante a bordo verdaderamente le importa su seguridad?

Alerta- El informante ha dado un paso más allá para poner de relieve las deficientes condiciones de seguridad del buque. Estas acciones han dado lugar a un cambio positivo en las prácticas de seguridad.

Alertar

Competencia

Cultura



Report No9 - M2308 – Escalas de práctico no seguras

Reporte Inicial

El informante estableció que una escala de práctico tenía que ser retirada porque no era seguro utilizarla. Los escalones estaban muy sueltos, lo que es típico de cierto fabricante cuyas escalas parecen tener graves defectos en su diseño. El asunto se ha comunicado a la autoridad portuaria.

CHIRP Comentario

Hay un problema importante con el diseño y fabricación de escalas de práctico, específicamente en lo referente a la estabilidad de los peldaños. Un problema muy común se produce con las abrazaderas usado para sujetar los calzos, si no es lo suficientemente robusto como para garantizar que el peldaño permanecerá horizontal durante toda la vida útil de la escala.

Algunas escalas de práctico tienen buenas abrazaderas y están construidas de acuerdo con la ISO 799, y algunos fabricantes tienen abrazaderas que se aflojan sometidas a una fuerza de 300k (siendo 880k requisito de ISO 799)

En cuanto a los peldaños, la resolución A.1045 de la OMI establece en 2.1.2.7: deben fijarse de manera que cada uno de ellos permanezca horizontal. Si se utiliza un cabo para asegurar los peldaños y mantenerlos horizontales, el tipo de cabo correcto para montar una escalera es el marline alquitranado de tres capas con una resistencia mínima a la rotura de 800 N (ISO799-1:2019 regla 4.7).

Por otra parte, el uso de grilletes para asegurar la escala daña los mecanismos de sujeción y hace que los peldaños se aflojen. No deben utilizarse grilletes. Las escalas de práctico sólo se asegurarán en longitudes intermedias mediante un dispositivo diseñado por el fabricante para tal fin, o con cabo en los cabos laterales mediante un nudo de Magnus o doble nudo de amarre. Ningún otro método es aceptable.

CHIRP quiere recordar a los lectores que los transbordos de práctico son operaciones de alto riesgo. Es crucial que los miembros de la tripulación mantengan una mayor conciencia de seguridad para garantizar que la transferencia de la embarcación de prácticos hasta el puente se lleva a cabo de la forma más segura posible.

Para abordar este problema de seguridad, el CHIRP recomienda desarrollar una disposición de sujeción estandarizada para las escalas de prácticos, aprobada por los prácticos, que garantice la estabilidad de los peldaños. Animamos a la colaboración entre fabricantes para crear un diseño común que mejore la seguridad de las escalas.

Además, es esencial que las empresas evalúen la comprensión que tienen sus tripulaciones de los medios de transbordo de práctico. Estas evaluaciones pueden realizarse durante auditorías internas, inspecciones de seguridad y visitas al buque por parte de la persona designada en tierra (DPA). Las evaluaciones periódicas ayudarán a garantizar que las tripulaciones reciben la formación adecuada y que se siguen sistemáticamente los protocolos de seguridad.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Diseño- Está claro que hay fallos en el diseño. Así lo demuestra el número de veces que los pilotos se encuentran con el mismo problema. ¿Cómo evalúa la calidad de la escala de práctico cuando la empresa adquiere una? ¿Interviene usted en el proceso de adquisición?

Práctico (Pilot Transfer Arrangement PTA). ¿Dispone su empresa de un proceso para garantizar que la tripulación dispone de los conocimientos necesarios? ¿Realiza su empresa formación para los PTA?

Competencia

diseño

