



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



¿Diseñado para romperse?

Contents

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 2 | M2459 - Plaga a bordo | 6 | M2494 - Defectos de diseño ponen en peligro el embarque del práctico y el acceso de la tripulación |
| 3 | M2460 - Cuasi accidente – vía de escape bloqueada | 7 | M2517 - Vuelco de un buque de superficie no tripulado (USV) |
| 4 | M2433 - Errores aéreos: planos de los buques mal etiquetados | 8 | M2518 - La inspección de un espacio confinado provoca lesiones a la tripulación |
| 4 | M2392 - Seguridad del práctico al embarcar | | |



Adam Parnell

Las decisiones en el diseño perfilan el resultado en lo referente a la seguridad en la mar

Una vez más, nuestros excelentes informantes han compartido una amplia gama de reportes de incidentes, y a todos ellos les damos las gracias. En esta edición, pasamos de incidentes «tradicionales», como percances en el embarque de práctico y espacios confinados, a un informe novedoso sobre el vuelco de un buque de investigación no tripulado

(USV) y, como siempre, hay valiosas lecciones que aprender para cualquiera que se dedique al transporte marítimo.

También encontrará un informe preocupante sobre un barco que sufrió una grave infestación por una plaga y fue sometido a una fumigación mal realizada, y otro sobre planos aéreos que eran inexactos. En la misma línea, otro informante nos habla de una escotilla de emergencia que no se

podía abrir si un cabo de amarre se hacía firme en las bitas adyacentes.

El tema predominante en esta edición es que los errores cometidos en las fases de diseño y construcción del ciclo de vida de un buque pueden tener repercusiones reales en la seguridad. Por lo tanto, es fundamental que los marinos con experiencia práctica se involucren con el astillero, para que puedan detectar cualquier dificultad práctica y garantizar que se corrijan antes de que el buque entre en servicio. Normalmente, es más difícil y más caro corregir los errores más adelante.

La ley de Murphy dice «Todo lo que puede salir mal, saldrá mal».

No hace falta ser científico para entenderlo, aunque el Sr. Murphy era un científico espacial estadounidense que acuñó la frase en la década de 1940. Vale la pena tenerlo en mente mientras realiza sus actividades a bordo, porque si piensa en lo que podría salir mal en cualquier circunstancia, tendrá muchas más posibilidades de tomar medidas para evitarlo y asegurarse de llegar sano y salvo a casa al final de cada viaje.

¡Hasta la próxima, cuídense!

Reports

M2459 – Plaga a bordo

Reporte Inicial

Nuestro informante nos dijo: «Estamos padeciendo una grave plaga en el barco, con cucarachas por todo el buque. Se encuentran en los suministros de alimentos, los frigoríficos, los utensilios, la ropa de cama y otras zonas. Esta situación ha causado un importante malestar psicológico y emocional entre la tripulación. No podemos comer ni dormir tranquilos, nos sentimos constantemente ansiosos y estresados. El comportamiento del capitán agrava nuestra situación. Se comporta de forma errática y nos amenaza para que guardemos silencio sobre estos temas. Hay miedo entre la tripulación y no nos sentimos seguros de hablar. Durante las últimas inspecciones, los inspectores portuarios no revisaron detenidamente las condiciones a bordo. Este mismo comportamiento por parte de los funcionarios portuarios también se produjo en el último puerto y durante la inspección actual. El capitán nos ha advertido para que no digamos nada».

CHIRP Comentario

CHIRP se puso en contacto con la Administración de la bandera, que a su vez se puso en contacto con la compañía, y se tomaron medidas para llevar a cabo la fumigación del buque. Sin embargo, las medidas tomadas para fumigar el buque no seguían los procedimientos descritos en el Sistema de Gestión de la Seguridad de la empresa. Se permitió a CHIRP revisar las secciones pertinentes del Sistema de Gestión de la Seguridad, y se comprobó que no se había aplicado ninguno de los controles

de evaluación de riesgos.

Este informe pone de relieve un fallo grave en la cultura de seguridad y en el cumplimiento de los procedimientos de a bordo.

No se celebraron reuniones de seguridad y no se explicó la ficha de datos de seguridad del producto fumigante utilizado. Según lo informado, algunos miembros de la tripulación estaban durmiendo en sus camarotes cuando comenzó la fumigación, una práctica inaceptable que los expuso a graves riesgos para la salud. Las pruebas videográficas respaldan el relato de la tripulación. Según los informantes, el efecto psicológico que tuvo en la tripulación la infestación y la falta de apoyo por parte del capitán y la empresa hasta la intervención de CHIRP provocó niveles muy altos de estrés.

CHIRP logró obtener la Ficha de Datos de Seguridad del fumigante utilizado, y el riesgo de problemas de salud asociados con la inhalación era alto. Se ordenó a la tripulación que realizara una segunda ronda de fumigación durante el trayecto hacia el siguiente puerto, pero se les dejó sin equipo de protección contra productos peligrosos ni máscaras adecuadas, por lo que la fumigación resultó insegura.

El comportamiento del capitán refleja el de una persona sometida a un estrés severo e incapaz de tomar decisiones informadas sobre la seguridad de la tripulación. La dirección de la empresa parece tener una grave carencia de experiencia y de apoyo a la tripulación.

Este caso sirve como un claro recordatorio de que la documentación por sí sola no garantiza la seguridad. Los procedimientos deben entenderse, implementarse y verificarse de manera rutinaria. CHIRP ha elevado este asunto a la Administración de la bandera y sigue colaborando con la tripulación para garantizar que se escuchen y se aborden sus preocupaciones en materia de seguridad.

Las auditorías superficiales o poco rigurosas, ya sean internas o externas, pueden pasar por alto riesgos graves, especialmente si la tripulación se siente incapaz de hablar abiertamente durante las inspecciones. Estas circunstancias no solo ponen en peligro a los marinos, sino que también socavan la confianza en el marco normativo destinado a protegerlos.

La existencia de procedimientos no tiene mucho sentido si no se aplican y se cumplen a bordo. Este caso es un ejemplo clásico de «cumplimiento sobre el papel», en el que la documentación existe principalmente para marcar casillas en lugar de para impulsar resultados reales en materia de seguridad.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Prácticas Locales– Parece que la dirección tiene sus propias reglas para gestionar el buque que no siguen el Sistema de Gestión de la Seguridad, a pesar de este que hace referencia a la fumigación específicamente.

Cultura– No hay una auténtica cultura de la seguridad, ¡excepto por el hecho de que no debes dejarte atrapar!

Competencia– el liderazgo operacional del buque parece incapaz de gestionar un Sistema de Gestión de la Seguridad

Conclusiones clave

Marinos: El silencio hace peligrar la seguridad – hablar salva vidas. Una infestación grave, una fumigación inadecuada y el comportamiento amenazante del capitán crearon un entorno psicológicamente inseguro y físicamente peligroso. A pesar de que existían procedimientos formales sobre el papel, ninguno se siguió, lo que supuso un riesgo significativo para la salud de la tripulación.

Dirección: El liderazgo sin escucha genera riesgo. El fallo de liderazgo, el cumplimiento de los procedimientos y el bienestar de la tripulación, en este caso, reflejan fallos profundamente arraigados en la cultura de la seguridad. Se ignoraron los procedimientos, no se evaluaron los riesgos y se dejó a la tripulación en una situación de vulnerabilidad. Los directivos deben garantizar que los sistemas documentados se traduzcan en prácticas reales y que los capitanes y las tripulaciones estén habilitados y se sientan psicológicamente seguros para plantear sus inquietudes. La responsabilidad del liderazgo y el compromiso visible con la seguridad son innegociables.

Legisladores: La regulación falla cuando las tripulaciones no pueden expresarse libremente. Este caso destaca cómo los regímenes de inspección pueden pasar por alto riesgos críticos cuando las tripulaciones tienen demasiado miedo para hablar. A pesar de las claras violaciones de los procedimientos y las amenazas para la salud, los inspectores portuarios pasaron por alto los problemas en dos ocasiones distintas. Las autoridades reguladoras deben reforzar los protocolos de inspección para detectar tanto el incumplimiento técnico como las prácticas impuestas de ocultación de información, garantizando que los marinos puedan elevar sus preocupaciones de forma segura y que se permita el desarrollo de los principios de la cultura justa.

M2460 – Cuasi accidente – vía de escape bloqueada

Reporte Inicial

Durante una inspección rutinaria, el equipo descubrió que una escotilla de emergencia que conectaba la sala de máquinas con cubierta no se podía abrir. La escotilla, situada cerca de las bitas de amarre de popa, estaba obstruida por las vueltas de cabo. Solo 2 o 3 centímetros de cabo que sobresalían del borde de las bitas bastaban para impedir que se abriera la escotilla, un pequeño detalle que podría haber tenido graves consecuencias en caso de emergencia.

CHIRP Comentario

Este problema tiene su origen en la fase de diseño del buque. El equipo de amarre y las vías de evacuación de emergencia se desarrollaron utilizando software CAD y se aprobaron como

conformes con la normativa pertinente. Sin embargo, parece que nadie comprobó físicamente cómo funcionarían estos sistemas en condiciones reales. CHIRP tiene constancia de varios incidentes de este tipo, según lo informado a la Asociación Internacional de Contratistas Marítimos (IMCA), y ha escrito a la Asociación Internacional de Sociedades de Clasificación (IACS) para concienciar sobre este tema. El problema solo se hace evidente cuando el buque está atracado o siendo remolcado, pero es precisamente en esos momentos cuando las vías de evacuación deben estar plenamente operativas. No poder abrir una escotilla de emergencia por unos pocos centímetros de amarre es un error de diseño crítico con consecuencias potencialmente graves. Las escotillas de emergencia bloqueadas han provocado muertes en el pasado, como en el caso del Marchioness en el río Támesis. Esto pone el foco sobre la necesidad de realizar comprobaciones prácticas y operativas durante las fases de diseño y aprobación de las nuevas construcciones, y no solo validaciones digitales. La seguridad no solo depende del cumplimiento normativo, sino también de una funcionalidad probada. Esto subraya la necesidad de adoptar un enfoque integrado del riesgo en las operaciones rutinarias, el diseño y los regímenes de inspección. Los sistemas de emergencia deben validarse constantemente en función de la práctica de trabajo real a bordo. Es fundamental incorporar las rutas de evacuación durante el proceso de familiarización, especialmente cuando se incorpora a un tipo de barco diferente. Además, las escotillas de evacuación de emergencia y sus vías de acceso deben incorporarse a los ejercicios de contingencia, de modo que su uso pueda formar parte tanto de la salida como del acceso durante un ejercicio. Durante la inspección trimestral de un buque, un oficial y un tripulante de otro departamento deben revisar el funcionamiento y la fijación de las escotillas de escape.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Conciencia Situacional – Los equipos de diseño y aprobación fallaron en prever que la operativa de amarre del buque obstruiría la salida de emergencia. Esto sugiere una capacidad limitada de previsión, especialmente en una situación de emergencia cuando cada segundo cuenta.

Comunicación – Podría haber habido insuficiente comunicación entre diseñadores, constructores y usuarios. Sin el input de aquellos que tienen experiencia real a bordo, fallos sutiles pero graves como este pueden pasar inadvertidos hasta que es demasiado tarde.

Trabajo en equipo – El proceso de diseño careció de coordinación interdisciplinaria. Ingenieros, ingenieros navales, el equipo del astillero y el personal de operaciones juegan todos un rol en garantizar que el sistema funciona de manera segura. Aquí, la falta de revisión colaborativa significó que un peligro potencial en una emergencia se incluyó en la construcción desde el día uno.

Conclusiones Clave

Marinos – No asuman que el equipo de seguridad funciona

tal y como está diseñado. Inspeccionen y comprueben regularmente las rutas de evacuación en condiciones reales, incluyendo cuando el buque esté amarrado, para garantizar que son prácticas y funcionales. Comuniquen cuando algo no esté bien, incluso si cumple con los planes del barco.

Dirección – Involucren al personal operativo desde el principio del proceso de diseño. La tripulación aporta información esencial sobre cómo se utilizan los sistemas en el día a día. Incorporen recorridos prácticos y etapas de validación para detectar los riesgos antes de que se conviertan en peligros inherentes.

Legisladores – Verifiquen el cumplimiento en la práctica, no solo en el diseño. El cumplimiento en el diseño debe corresponder con un rendimiento funcional. Los puntos de acceso críticos para la seguridad deben funcionar de forma fiable en todas las condiciones operativas, especialmente en situaciones de emergencia.

M2433 – Errores aéreos: planos de los buques mal etiquetados

Reporte Inicial

Las indicaciones y marcas de las antenas GPS 1 y GPS 2 se mostraron incorrectamente tanto en el plano de disposición de las antenas del puente como en la cubierta magistral. Las marcas incorrectas, en el caso de algún problema específico, pueden dar lugar a malentendidos sobre qué equipo debe revisarse y repararse. Se llevó a cabo un estudio completo de las antenas del buque y se actualizaron los planos en consecuencia.

CHIRP Comentario

Este informe ilustra cómo un pequeño error, como un etiquetado incorrecto, puede dar lugar a problemas de importancia. Las antenas GPS 1 y GPS 2 estaban erróneamente marcadas tanto en el plano del puente como en la cubierta magistral. Si se hubiera producido una avería, la tripulación podría haber comprobado la antena equivocada, habiendo perdido tiempo y posiblemente pasando por alto el problema real.

Las antenas estaban instaladas en el lugar correcto, pero las señales y los planos no coincidían. Esto indica que nadie comprobó adecuadamente las etiquetas una vez finalizada la instalación.

Para algo tan crucial como el GPS, toda la información, incluidas las marcas y los esquemas, debe ser clara y precisa. Que la tripulación no pueda confiar en lo que ve, puede provocar retrasos o errores durante la localización de averías.

Este caso sirve como recordatorio de que, cuando se instalan antenas durante la fase de nueva construcción o en dique seco, cualquier equipo nuevo debe ser revisado rigurosamente. El plano de la zona/antena también debe actualizarse y verificarse

para garantizar su precisión.

Desde un punto de vista crítico y operativo, la posición de la antena debe estar correctamente marcada y localizada para que el sistema de navegación pueda aplicar la compensación correcta desde la línea de crujía del buque. Por ejemplo, en un buque de 60 metros de manga, un error de 20 metros en el registro puede situarle fuera de un canal navegable.

Es esencial que, durante la inspección anual o quinquenal de radio, se lleve a cabo una verificación física exterior de las antenas de todo el equipo del puente. Esto también se aplica después de cualquier reparación en dique seco, en la que se renueve o sustituya el equipo del puente.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Conciencia situacional – Durante la resolución de problemas técnicos, los equipos de puente confían en planes y etiquetas para aislar rápidamente las averías. Las marcas incorrectas pueden confundir fácilmente al operador y prolongar un problema que requiere atención urgente.

Comunicación – Es probable que la falta de comunicación entre los equipos de diseño, instalación y operaciones haya contribuido a esta discrepancia. Sin circuitos de retroalimentación eficaces, los errores pueden pasar desapercibidos hasta que provocan un fallo.

Trabajo en equipo – La resolución final requirió una revisión coordinada de todas las ubicaciones de las antenas y de los documentos. Esto pone de relieve la importancia de la colaboración entre departamentos para identificar y abordar los riesgos de seguridad.

Conclusiones Clave

Marinos – Comprueben, no den nada por supuesto. No confíen ciegamente en los diagramas o las marcas de la cubierta, especialmente durante la búsqueda de averías. Confirman visualmente la instalación real y comuníquenlo si observan alguna discrepancia.

Dirección – El peligro acecha en los pequeños detalles. Incluya comprobaciones de señalización y documentación en las rutinas posteriores a la instalación y el mantenimiento. Incluso los errores de etiquetado más insignificantes pueden provocar retrasos operativos importantes.

Legisladores – comprueben las suposiciones, no solo los sistemas. Asegúrense de que los procesos de puesta en servicio e inspección verifiquen no solo la funcionalidad de los equipos, sino también la precisión de las marcas y los planos asociados, especialmente en el caso de sistemas críticos como el GPS.

M2392 – Seguridad del práctico al embarcar

Reporte Inicial

CHIRP recibió un informe de un práctico sobre unos medios de embarque que no cumplían la normativa y una aparente falta de atención por parte de la tripulación del buque.

La escala de práctico estaba suspendida del techo de la cubierta y no apoyaba en el costado del buque debido al cintón del casco, una disposición que no cumplía con la normativa de seguridad para el transbordo de práctico.

Aunque había una pequeña puerta en el costado disponible para un acceso más seguro, se habían puesto grandes defensas a ambos lados. Cuando el práctico solicitó que se retiraran para facilitar el embarque seguro, el capitán se negó, alegando que podría dañar la pintura del casco.

El práctico evaluó la situación y declaró que no se procedería al embarque a menos que se retiraran los obstáculos. Finalmente, se retiraron las defensas y se procedió al embarque a través de la puerta del casco.

La operación fue filmada desde el alerón del puente y por miembros de la tripulación, lo que contribuyó a que el práctico se sintiera presionado e incomodo.

Durante el embarque, el práctico de guardia se golpeó la cabeza y sufrió una lesión leve (véase la imagen adjunta). La tripulación no se interesó por el estado del práctico ni le ofrecieron primeros auxilios. En cambio, le entregaron un par de cubrezapatos para evitar que ensuciara la cubierta.

CHIRP Comentario

La normativa de seguridad para el transbordo de los prácticos existen porque su incumplimiento puede, y de hecho lo hace, provocar lesiones o incluso algo peor.

Aquí volvemos a encontrar un problema habitual de diseño que se suele comunicar a CHIRP. Parece que hay una falta de pensamiento integrado a la hora de diseñar superyates. Las tripulaciones no deberían verse expuestas a situaciones no seguras debido a decisiones de diseño inadecuadas tomadas a distancia por personas que no van a operar las embarcaciones. La colaboración es esencial durante la fase de diseño de nuevas construcciones, y debe incluir las aportaciones de todas las partes interesadas, incluidos los diseñadores, los armadores, las autoridades marítimas, las sociedades de clasificación, la tripulación, los contratistas y los prácticos.

Este informe nos recuerda que los prácticos son personal contratado externo e invitados, pero siguen siendo profesionales marítimos esenciales. El transbordo seguro del práctico no es opcional, sino obligatorio, y su seguridad física y bienestar deben tomarse muy en serio. La revisión de la norma ISO 799, que especifica nuevos requisitos para las escalas de práctico de los buques, entrará en vigor en 2028.

Actualmente, los armadores están aceptando buques de constructores que no cumplen con la normativa, lo que supone una mayor carga para las administraciones de bandera y para las sociedades de clasificación a la hora de garantizar el

cumplimiento del Convenio SOLAS. CHIRP planteará estas cuestiones a las administraciones de las banderas.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Cultura – La actitud displicente hacia la seguridad del práctico – priorizar la pintura por encima de las personas – refleja una cultura de la seguridad deficiente a bordo. Una cultura que no respeta al personal externo ni los cauces de reporte debilita la confianza y aumenta el riesgo.

Comunicación – La negativa del capitán a retirar las defensas y la falta de explicación o resolución del problema de forma colaborativa sugieren una falta de comunicación eficaz entre el buque y el práctico. La comunicación eficaz es fundamental para lograr una conciencia situacional compartida y tomar decisiones informadas y coordinadas.

Alerta – El práctico planteó una cuestión de seguridad, que inicialmente fue ignorada; esto constituye un fallo en la obligación de actuar ante una alerta. Ignorar o descartar las preocupaciones planteadas desalienta a otros a expresarse y socava la eficacia de los sistemas de seguridad.

Trabajo en Equipo – El embarque en un buque es un esfuerzo colaborativo entre el barco y el práctico. Filmar la operación y no ayudar demuestra una falta de cooperación y respeto mutuo, elementos clave para un trabajo en equipo eficaz.

Conciencia situacional – La falta de reconocimiento de que el práctico había resultado herido, junto con la ausencia de primeros auxilios o de una comprobación de su estado, indica una conciencia situacional deficiente. La tripulación no estaba totalmente concentrada en lo que estaba sucediendo a su alrededor ni en la importancia de la operación.

Conclusiones clave

Marinos – Cada visitante es su responsabilidad. Los prácticos y otro personal externo forman parte de su equipo ampliado. Merecen el mismo cuidado que su tripulación. Asegúrese de que los medios de embarque sean seguros, trate a los visitantes con respeto y ayúdeles sin dudarlos. Una cubierta limpia no es excusa para tener una actitud sucia.

Dirección – El acceso seguro no es opcional, es obligatorio por ley. Los medios de embarque deben cumplir la normas SOLAS en todo momento. La presión por proteger la pintura no puede prevalecer sobre la seguridad del personal. Establezca expectativas claras para sus tripulaciones: todos los visitantes, especialmente los prácticos, deben ser recibidos de forma segura y profesional.

Legisladores – Las normas deben proteger a las personas, no la pintura. Incidentes como este demuestran cómo las decisiones operativas pueden poner en riesgo la reputación y la vida de las personas. Los legisladores deben reforzar el mensaje de que el deber de diligencia se extiende a todo el personal que embarca en un buque y que los medios que incumplen la normativa o los comportamientos despectivos son inaceptables.

M2494 – Defectos de diseño ponen en peligro el embarque del práctico y el acceso de la tripulación

Reporte Inicial

Reporte del embarque de práctico – Puntos aprendidos de los repetidos intentos de transbordo

Condiciones meteorológicas (primer intento):

Viento: 33 nudos del SW

Mar: olas de 1,7 a 2,5 m

La mar rompe sobre la cubierta inferior, lo que la hace inaccesible.

Primer intento- Embarque abortado. Se observó a la tripulación de pie sobre la cubierta de la escotilla, encima de una escala metálica fija de color amarillo, aparentemente esperando que el práctico embarcara a través de esta estructura. No se instaló ninguna escala de práctico.

La operación de practica se abortó debido a la ausencia de una escala que cumpliera con las normas. Se informó al capitán y se programó un segundo intento para la mañana siguiente.

Segundo intento- Embarque abortado. Las condiciones meteorológicas eran similares a las del primer intento.

Se indicó al práctico que embarcara cerca de la habilitación en la popa del buque, en el nivel de la cubierta inferior. Sin embargo, esta zona se veía repetidamente golpeada por el oleaje, lo que la hacía insegura para el transbordo.

Dos miembros de la tripulación se colocaron de nuevo en la parte superior de la escala metálica vertical fija. Este medio de embarque no cumple con la normativa y expone tanto a los prácticos como a la tripulación a riesgos innecesarios.

La tripulación intentó abrir un paso en mitad de la eslora del buque como posición alternativa de embarque, pero el barco estaba embarcando agua en cubierta y era claramente inseguro.

Tercer intento- Embarque completado. Las condiciones habían mejorado y el práctico pudo embarcar por la cubierta inferior.

Sin embargo, se observaron varios problemas de seguridad con la escala de práctico. La escala no apoyaba contra el casco del barco.

Estaba sujeta al pasamanos, no a cáncamos o puntos fuertes en cubierta.

Había un obstáculo en la parte superior: el cabo de la escala no quedaba a ras de la cubierta, lo que creaba un peligro de tropiezo y enredo.

CHIRP Comentario

El embarque finalmente se llevó a cabo alrededor de 48 horas después del primer intento, y CHIRP elogia la firme postura en materia de seguridad adoptada por el práctico. Este reporte pone de relieve un problema persistente: algunos buques siguen sin poder proporcionar medios seguros y conformes con la normativa para el transbordo de los prácticos, especialmente

en condiciones meteorológicas adversas. En este caso, se abortaron dos intentos de embarque debido a la inseguridad de los medios de embarque y a la ausencia de una escala de práctico debidamente aparejada. Se observó a los miembros de la tripulación utilizando escalas fijas verticales y de pie en las tapas de las escotillas, lo cual no es seguro ni cumple con la normativa en condiciones marítimas inestables.

Aunque el tercer intento tuvo éxito en condiciones meteorológicas más tranquilas, la escala de práctico instalada seguía siendo insegura, con una fijación deficiente, espacio entre la escalera y el casco y obstrucciones en la parte superior. Esto suscita serias preocupaciones. Los medios de embarque improvisados, por muy bienintencionados que sean, exponen a los prácticos y a la tripulación a un riesgo inaceptable. Las normas SOLAS y de la OMI no son opcionales, sino que constituyen el estándar mínimo.

Si la cubierta inferior es el único punto de transferencia viable, debe indicarse claramente en la tarjeta de practica del buque y acordarse con antelación. No es útil informar al práctico sobre los medios de embarque cuando ya se encuentra en el puente. Esto plantea la pregunta: ¿cuentan los puertos con procedimientos para embarcar en condiciones meteorológicas adversas, con límites establecidos en cuanto al estado del mar y las condiciones meteorológicas? Sólo se debe permitir el embarque del práctico cuando se den las condiciones que se ajustan a los criterios establecidos.

Este caso nos recuerda que si un buque no puede proporcionar un medio seguro y conforme a la normativa para el transbordo de los prácticos en las condiciones previstas, es posible que no sea adecuado para las operaciones de practica sin modificaciones. CHIRP planteará esta cuestión a las autoridades competentes para estudiar si es necesario adoptar medidas adicionales o directrices para evitar que se repita.

El tema de proporcionar un resguardo seguro a sotavento para el embarque fue debatido por nuestro Consejo Asesor Marítimo y se publicará en breve en la sección «Temas candentes» de nuestro sitio web.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Prácticas Locales– La continua dependencia de métodos que incumplen la normativa implica que las prácticas inseguras pueden haberse aceptado de manera informal a bordo de este buque.

Autocomplacencia– La tripulación parecía aceptar métodos inseguros (por ejemplo, escalas fijas, tapas de escotillas) como opciones viables para el embarque, lo que indica la normalización de prácticas que incumplen la normativa.

Competencia– El aparejamiento inadecuado de la escala y el uso repetido de medios de embarque que incumplen la normativa sugieren un mal entendimiento del capítulo V, regla 23, del Convenio SOLAS y de las normas de transbordo de prácticos.

Comunicación– la falta de coordinación entre el piloto y el buque en cuanto a los puntos y las condiciones de embarque

dio lugar a intentos inseguros o abortados.

Conclusiones Clave

Marinos- conozcan las normas, no improvisen. Las improvisaciones inseguras al embarcar no solo incumplen las normas, sino que ponen en peligro vidas humanas. Utilicen siempre escalas de práctico debidamente aparejadas, nunca escalas fijas ni tapas de escotillas. En caso de duda, deténganse y comuniquen el problema.

Dirección- ¿No cumplen la normativa? No están listos. Los buques deben ser física y procedimentalmente capaces de realizar un transbordo seguro de los prácticos en las condiciones meteorológicas previstas. Asegúrese de que las tarjetas de practica reflejen con precisión los medios reales de embarque y que las tripulaciones estén capacitadas para cumplir con las normas SOLAS.

Legisladores- los embarques inseguros siguen siendo demasiado habituales. El incumplimiento persistente demuestra la necesidad de aplicar la normativa, no solo de ofrecer orientación. Se debe reforzar la supervisión del diseño del transbordo de práctico y las prácticas a bordo, y garantizar que los buques no adecuados se vean obligados a cambiar sus malas prácticas antes de que se produzcan incidentes.



M2517 – Vuelco de un buque de superficie no tripulado (USV)

Reporte Inicial

Un buque de superficie no tripulado (USV) volcó mientras regresaba a su puerto base. A pesar de la preocupación del equipo que lo pilotaba por el empeoramiento de las condiciones meteorológicas, la misión en el mar se prolongó debido a la presión comercial. Esta prolongación llevó la operación más allá de los límites previstos para el buque y, mientras regresaba a puerto, el USV volcó en una zona muy transitada de aguas navegables.

El USV fue finalmente recuperado.

CHIRP Comentario

Este vuelco pone de relieve los peligros de las decisiones operativas que ignoran los límites medioambientales, especialmente bajo presión comercial. Se conocían los riesgos meteorológicos, pero la operación continuó a pesar de ello, llevando al buque más allá de los parámetros de seguridad. A medida que los USV y los MASS (Marine Autonomous Surface Ships, Buques Autonomos de Superficie) se vuelven más comunes, es necesario establecer líneas claras de responsabilidad. Es esencial identificar quién tiene la autoridad última sobre su despliegue y recuperación. Sin esta claridad, la confusión o los errores de juicio podrían tener graves consecuencias.

Tanto el propietario como el operador son legalmente responsables de la seguridad de su buque y de cualquier otro buque cercano. Superar los límites operativos documentados podría hacerlos legalmente responsables. Además, una reciente decisión de la OMI confirma que los servicios de rescate financiados por el Estado no están obligados a recuperar embarcaciones no tripuladas. Esto plantea importantes cuestiones sobre el daño medioambiental y los riesgos para la navegación que suponen las USV averiadas o volcadas que quedan a la deriva.

Las USV dañadas también pueden suponer un peligro físico. Pueden comportarse de forma impredecible, tener piezas móviles o contener sistemas eléctricos activos. Sin un conocimiento específico de la embarcación, acercarse a ella podría ser peligroso. Este incidente también plantea la cuestión de si los propietarios y los responsables de la toma de decisiones aceptaron un mayor riesgo de incidente simplemente porque la embarcación no tenía tripulación. Aunque puede que no haya un riesgo inmediato para las personas, las consecuencias operativas, legales y medioambientales más amplias siguen siendo significativas.

Las normas actuales de formación y certificación tienen dificultades para seguir el ritmo de los avances tecnológicos. Los equipos de operaciones remotas suelen estar formados por profesionales con gran experiencia y titulaciones como OOW sin

limitación, primer oficial, capitán y capitán de yate. Sin embargo, existe una necesidad urgente de revisar el Convenio STCW y los marcos normativos relacionados para reflejar la realidad operativa de los USV y los MASS. Las normativas también varían considerablemente entre países, lo que añade aún más complejidad cuando estos buques operan a través de fronteras o en aguas internacionales.

Este suceso sirve de advertencia al sector marítimo: a medida que avanza la autonomía, también deben avanzar la previsión, la formación y la responsabilidad. La presión comercial nunca debe prevalecer sobre la seguridad. La comunidad marítima, los legisladores y los operadores deben colaborar para garantizar que las normas de seguridad evolucionen al mismo ritmo que la innovación.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Presión– La decisión de prolongar la misión, a pesar de los riesgos meteorológicos conocidos, se basó en consideraciones comerciales más que en la seguridad operativa.

Conciencia Situacional– Ir más allá de los límites operativos del USV expuso a la embarcación a riesgos innecesarios. El equipo de operaciones lo entendió, pero no así el equipo comercial.

Comunicaciones– Transmitir a todo el equipo los riesgos asociados a esta operación debería haber dejado claros los peligros a cada uno de los participantes.

Conclusiones Clave

Marinos – Expresen su opinión, aun cuando no haya nadie a bordo. Este incidente demuestra el valor del criterio profesional, incluso en operaciones remotas. Los marinos y los equipos de operaciones marítimas deben seguir confiando en plantear sus inquietudes, especialmente en lo que respecta al clima y los riesgos. La ausencia de tripulación no significa la ausencia de responsabilidad.

Dirección- La presión comercial compromete la seguridad.

La decisión de la dirección de ampliar las operaciones más allá de los límites de seguridad, a pesar de las recomendaciones del equipo marítimo, contribuyó directamente al vuelco. Las decisiones en materia de seguridad deben basarse en el riesgo, no en los ingresos, y los equipos operativos deben estar facultados para actuar sin interferencias.

Legisladores – Las embarcaciones remotas aún necesitan normas. El uso cada vez mayor de USV y MASS exige un marco legal claro y requisitos de formación actualizados. El Convenio STCW debe evolucionar para incluir las operaciones remotas, y la responsabilidad por la seguridad de estas embarcaciones debe ser inequívoca y exigible.

M2518 – La inspección de un espacio confinado provoca lesiones a la tripulación

Reporte Inicial

La tripulación programó inspecciones rutinarias semestrales de los espacios vacíos A, B y C, incluyendo pruebas de bombas de sentina y alarmas. Debido al horario operativo del buque (de 06:00 a 21:00), las inspecciones se planificaron después de la finalización del servicio o antes del primer servicio del día. Como parte de la inspección, el director técnico de la empresa subió a bordo para inspeccionar una serie de espacios vacíos como parte del sistema de mantenimiento planificado. Se siguieron todos los procedimientos de entrada en espacios confinados y se completó un exhaustivo sistema de permisos de trabajo. Los equipos de entrada estaban formados por el oficial supervisor, el director técnico de la empresa, el marinero de guardia del turno de noche, el marinero jefe y el marinero asistente, cada uno con una función específica asignada para la vigilancia y guardia de los tanques.

Las entradas a los tanques vacíos A y B se realizaron sin incidentes, siguiendo la práctica habitual de entrar por el acceso de la banda de babor. Tras completar la inspección, el oficial supervisor y el director técnico salieron del espacio vacío C. Al mismo tiempo, el marinero de la guardia de noche continuó probando las alarmas de sentina y los sistemas de succión, comunicándose con la sala de máquinas. Para reducir el volumen de comunicaciones por radio, el marinero de la guardia de noche cambió a otro canal para comunicarse con la sala de máquinas. El oficial supervisor informó al marinero de la guardia de noche de que cerrarían la tapa de acceso de estribor y que el marinero debía salir por babor una vez completadas las pruebas de sentina, tal y como se había hecho anteriormente en los tanques vacíos A y B. El marinero no escuchó esta información, ya que había cambiado a otro canal.

El detector multigás del marinero emitió entonces una alarma de batería baja, que él confundió con una alarma de gas. Se puso un dispositivo de respiración de emergencia (EEBD) para salir del espacio vacío y, mientras se ponía la capucha, se le cayó la radio. La capucha del EEBD comenzó a empañarse.

Confuso, el marinero intentó salir por la escotilla de estribor, que estaba cerrada. Al subir por la escalera, se golpeó la cabeza con la tapa cerrada, por lo que fue necesario retirar inmediatamente la tapa para que pudiera salir. Cuatro días después, el tripulante informó que se sentía mal y tenía dolor de cabeza, atribuyendo los síntomas al impacto en la tapa del tanque.

CHIRP Comentario

Este incidente demuestra cómo un simple fallo de comunicación, provocado por un cambio de canal de radio, puede dar al traste incluso con los procedimientos mejor planificados para espacios confinados. El único miembro de la tripulación que permanecía dentro del espacio vacío no recibió una instrucción fundamental sobre la ruta de salida designada. Esto provocó confusión y un peligroso intento de salida. El marinero actuó con sensatez cuando su detector multigás emitió una advertencia de batería baja, pensando que podría tratarse de una alerta de gas. Sin embargo, un Permiso de Trabajo y una charla sobre seguridad podrían haber ayudado a

aclarar los tipos de alarmas, garantizar que el dispositivo estuviera completamente cargado y confirmar que se utilizaba el EPI adecuado, como un casco.

La alarma inesperada provocó un momento de pánico, un «efecto sorpresa». Mientras se ponía la capucha de escape, la visibilidad del marino se redujo y dejó caer la radio, lo que le dejó desorientado e incapaz de comunicarse.

Mientras tanto, el equipo en el exterior comenzó a cerrar una de las escotillas de salida, aunque todavía había alguien dentro.

Esta acción nunca debería producirse durante las operaciones de entrada. Retrasó la salida del AB y le provocó una lesión en la cabeza al golpearse contra la escotilla cerrada.

La raíz del problema parece ser la falta de un modelo mental compartido entre los miembros del equipo. Otras actividades, como las pruebas de las bombas de achique y las comunicaciones continuas con la sala de máquinas, se sumaron a la distracción, ya que se estaba llevando a cabo una actividad laboral conflictiva, lo que aumentó la carga cognitiva del marino.

Aunque se contaba con procedimientos y permisos, este caso demuestra por qué deben estar respaldados por una comunicación clara y confirmada y una coordinación eficaz de las tareas. Lo más importante es que las vías de evacuación nunca deben bloquearse mientras haya personas dentro de un espacio cerrado.

Cuestiones clave relacionadas con este informe

Comunicación– Se perdió una instrucción verbal crítica sobre la ruta de salida debido a un cambio de canal de radio, porque no se solicitó ni se dio confirmación alguna de la recepción de la comunicación.

Competencia– Se programaron simultáneamente tareas en conflicto (inspección de espacios vacíos, pruebas de bombas de sentina y comunicación con la sala de máquinas), lo que aumentó el riesgo y la complejidad en un espacio confinado.

Conciencia Situacional– El marino se desorientó debido a una interpretación errónea de una alarma, la visibilidad reducida por el EEBD y la caída de la radio, lo que le llevó a intentar salir por una escotilla sellada.

Trabajo en equipo– El marino se quedó solo dentro del espacio vacío mientras otros en la superficie comenzaban a cerrar una salida, lo que demuestra una falta de coordinación y supervisión activas por parte del equipo.

Conclusiones Clave

Marinos: Utilicen comunicaciones en bucle cerrado.

Asegúrense de que todas las comunicaciones críticas para la seguridad sean confirmadas y comprendidas, especialmente durante las entradas en espacios confinados. No se basen únicamente en suposiciones o situaciones pasadas: la conciencia situacional puede marcar la diferencia entre la seguridad y un daño grave.

Dirección: Una planificación eficaz implica el factor humano.

La planificación de tareas debe tener en cuenta las interacciones entre las personas y los sistemas, las limitaciones de los equipos y la redundancia en la comunicación, especialmente bajo presión operativa o de tiempo. Incluso los equipos bien entrenados necesitan medidas de seguridad contra los fallos de comunicación y la confusión. Una buena planificación incluye el factor humano.

Legisladores: Las regulaciones deben reflejar la realidad.

Las normas deben exigir medidas de seguridad para las comunicaciones, la funcionalidad de los equipos y las salidas de emergencia en espacios cerrados. Los procedimientos deben reflejar las condiciones reales y no solo las ideales.

