

**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](http://www.chirp.co.uk/maritime-es-2/submit-a-report)



## La “verdad incómoda” del sector marítimo

**Contents**

- |   |   |    |   |
|---|---|----|---|
| 2 | M2719 - Preocupación por la falta de una escala de práctico a bordo | 7  | M2745 - Trabajo de soldadura en el tanque de proa sin comprobaciones de seguridad |
| 3 | M2734 - Fatiga: seguridad sobre el papel, riesgo en la realidad     | 9  | M2715 - Energía liberada de un cabo de remolque causa lesiones                    |
| 6 | M2755 - Factor humano: del puente a la escala del práctico          | 10 | M2740 - Condiciones sanitarias y de higiene preocupantes a bordo                  |

**Adam Parnell**

En los últimos meses, hemos recibido varios reportes en los que la fatiga fue un factor determinante, y los hemos recopilado en el reporte M2734. Este podría ser uno de los documentos más importantes que hayamos publicado, ya que el gran volumen de reportes que estamos recibiendo sugiere que la fatiga podría estar muy extendida. En algunos casos, se experimentó

fatiga a pesar de que las rutinas de trabajo del buque cumplían con la legislación sobre horas de trabajo y descanso. Queremos dejar claro que la fatiga no se puede gestionar únicamente con trámites burocráticos, y esperamos que las empresas responsables cuenten con procedimientos que animen a las personas a reportar cuando se sientan fatigadas y se les

permita apartarse de sus funciones hasta que se recuperen. Si ha recibido apoyo de su empresa, o considera que sus preocupaciones han sido ignoradas, por favor, háganoslo saber.

Las escalas de práctico también aparecen en dos reportes: uno en el que la tripulación no distinguía entre las escalas de práctico y las de embarque, y otro en el que parece que la escala de práctico no se había hecho firme a bordo. Se trata de conocimientos básicos de competencia marinera, pero el número de reportes que recibimos sugiere que, lamentablemente, pueden faltar en muchos buques. A nuestros lectores marinos les instamos a que examinen con ojo crítico la disposición de las escalas de práctico en su buque para asegurarse de que no son parte del problema.

También analizamos el reporte sobre unos trabajos de soldadura en el tanque de proa de un buque cisterna, en los que parece que no se tomó ninguna precaución en absoluto. La presencia de un superintendente pudo haber disuadido a la tripulación de intervenir, pero, como les recordamos, el capitán sigue siendo legalmente responsable. Los armadores y los responsables de la gestión del buque deben asegurarse de que los tripulantes se sientan con libertad para expresar su opinión, incluso cuando haya personal de la oficina central involucrado.

Por último, nos enteramos de un oficial que tuvo mucha suerte al recibir un golpe cuando se liberó la energía acumulada en un cabo de remolque, y concluimos con un grave caso de infestación en el que se dejó que el problema se agravara durante varias semanas y, para empeorar las cosas, el agua potable a bordo probablemente no era apta para el consumo.

Hasta la próxima, ¡tengan cuidado ahí fuera!

## Reports

### M2719 – Preocupación por la falta de una escala de práctico a bordo

#### Reporte Inicial

La preocupación se disparó cuando una empresa de practicaaje se puso en contacto con CHIRP para informar de que la escala suministrada a un buque era una escala de embarque, y no una escala de práctico. El práctico se negó a subir a bordo del buque y solicitó al capitán que pidiera una escala de práctico que cumpliera la normativa para que pudiera producirse el embarque.

Cuando se le preguntó sobre la negativa del práctico a subir a bordo, el capitán afirmó que ¡las escalas de embarque y de práctico eran iguales!

#### CHIRP Comentario

La escala de embarque de la balsa salvavidas es un elemento importante del equipo de emergencia destinado a ayudar al personal a subir a un bote salvavidas o a una balsa salvavidas durante un abandono. No está diseñada ni homologada para el transbordo de prácticos ni para el embarque de personal.

A CHIRP le preocupa que esta situación parezca haber pasado desapercibida durante un periodo largo de tiempo. Resulta difícil entender cómo el uso continuado de una escala incorrecta para el embarque de práctico se convirtió en una práctica aceptada. Esto sugiere que nadie cuestionó la situación ni se preguntó si los medios de embarque cumplían con los requisitos legales.

Existía un claro malentendido a bordo sobre la diferencia entre una escala de embarque y una escala de práctico. Un error tan básico indica una falta de conocimiento del equipo y suscita preocupaciones más amplias sobre si otros equipos o procedimientos críticos para la seguridad también pueden haber sido malinterpretados o aplicados incorrectamente.

El buque no era nuevo y, según se informa, había operado en el noroeste de Europa durante algún tiempo. Esto indica múltiples oportunidades perdidas para identificar y corregir la deficiencia. El fallo pasó desapercibido para la tripulación y los responsables a bordo del buque, la supervisión de la compañía en tierra y los organismos de control externos, incluidos la Administración de la bandera, el PSC y la sociedad de clasificación. Por lo tanto, no se trató de un descuido aislado, sino de un fallo sistémico.

La certificación anual del equipo de seguridad del buque debería haber confirmado que se llevaba a bordo una escala de práctico conforme a la normativa, junto con una de repuesto. Además, el capítulo V, regla 23, del Convenio SOLAS exige específicamente el uso de escalas de práctico.

Las normas de seguridad solo mejoran los resultados cuando se comprenden claramente y se aplican de manera coherente. Si la comprensión del lenguaje, la formación o unos procedimientos mal redactados contribuyeron a esta confusión, es necesario abordar estas cuestiones. Las instrucciones del equipo para operaciones de máxima seguridad deben ser prácticas, inequívocas y verificarse periódicamente en la práctica.

Hay que reconocer el mérito de la empresa de practicaaje por detener la operación y denegar el embarque. Su intervención evitó un transbordo inseguro y demuestra la importancia de

alzar la voz y tomar medidas decisivas cuando no se cumplen las normas.

### Cuestiones clave relacionadas con este informe

**Competencia** — la afirmación del capitán de que una escala de embarque y una escala de práctico son equivalentes pone de manifiesto una falta de comprensión de las distinciones normativas y críticas para la seguridad. Esto se corresponde con una carencia de los conocimientos técnicos necesarios para llevar a cabo operaciones seguras de transbordo de práctico.

**Complacencia** — la aceptación o normalización de una escala no conforme sugiere que se pudo haber subestimado el riesgo, posiblemente debido a una exposición habitual sin consecuencias negativas previas.

**Alerta** — aparece en un sentido limitado dentro del contexto a bordo. Si bien el práctico demostró la asertividad adecuada, no hay indicios de que los miembros de la tripulación cuestionaran los medios de embarque internamente, lo que sugiere una posible reticencia a cuestionar las decisiones.

**Comunicación** — la discrepancia entre las expectativas del práctico y la preparación del buque incluye tanto la comunicación procedimental (requisitos no comprendidos o transmitidos con claridad) como la comunicación operativa entre el buque y la empresa de practicaje.

**Trabajo en equipo** — también se puede deducir una falta de trabajo en equipo, especialmente si la tripulación del puente o de cubierta no participó colectivamente en la verificación del cumplimiento de la normativa o en el apoyo a los preparativos para un transbordo de práctico con seguridad.

«Una tarea rutinaria se volvió insegura no por un único fallo, sino por un malentendido compartido sobre lo que se consideraba “correcto”».

### Conclusiones clave

**Autoridades reguladoras** – «Las normas solo mejoran la seguridad cuando se comprenden de manera coherente, no sólo cuando se publican».

Este incidente pone de relieve la importancia de garantizar que los requisitos normativos, especialmente los relativos a los procedimientos de transbordo de práctico, no sólo se describan con claridad, sino que también se comprendan y apliquen de manera efectiva en la práctica. Los reguladores también podrían considerar si los manuales de procedimientos distinguen adecuadamente entre tipos de equipos similares y si es necesario prestar mayor atención durante las inspecciones, auditorías o campañas de sensibilización para

abordar conceptos erróneos comunes. El suceso subraya la importancia de reforzar la comprensión práctica, y no solo la existencia de los procedimientos.

**Directivos (operadores/empresas)** — «Si las tripulaciones están improvisando el cumplimiento, el sistema ya se ha desviado de la seguridad».

Los mángers deberían considerar si los procedimientos de transbordo de práctico se refuerzan activamente y si las tripulaciones se forman rutinariamente en las normas correctas a través de simulacros, inspecciones y supervisión. También puede ser necesario examinar si el «trabajo tal y como se realiza» se ha desviado del «trabajo tal y como se pretende», especialmente si en la práctica se aceptan sustituciones que no cumplen la normativa.

**Gente de mar** – «Cuando algo “parece estar bien”, ese es el momento de comprobarlo más de cerca». Para los miembros de la tripulación, el incidente subraya la importancia de reconocer que equipos aparentemente similares pueden tener implicaciones de seguridad muy diferentes. Es esencial mantener una comprensión precisa de las normas, especialmente en lo que respecta a los procedimientos de transbordo de práctico. La situación también pone de relieve el valor de expresar las dudas y realizar comprobaciones cruzadas, especialmente cuando existe incertidumbre sobre el cumplimiento. Una mentalidad crítica y la voluntad de verificar las suposiciones siguen siendo factores clave para la seguridad de las operaciones.

## M2734 – Fatiga: seguridad sobre el papel, riesgo en la realidad

### Reporte Inicial

CHIRP recibió un reporte relacionado con la fatiga en el que se pone de relieve el impacto continuo del cansancio en todo el sector marítimo. Basándose en el relato del informante y en otras notificaciones sobre fatiga, CHIRP presenta esta perspectiva de seguridad combinada para ilustrar una preocupación sistémica más amplia en materia de seguridad. La consistencia de los informes recibidos por CHIRP sugiere que no se trata de preocupaciones aisladas, sino de indicadores recurrentes de una situación más extendida en el sector. Este informe incluye la taxonomía SHIELD (“Safety Human Incident and Error Learning Database”, Base de datos de aprendizaje sobre incidentes y errores humanos en materia de seguridad para proporcionar un contexto más amplio.

La fatiga sigue siendo uno de los riesgos más persistentes y menos denunciados en las operaciones marítimas. Rara vez se debe a un único turno largo o a una semana difícil aislada. Lo más habitual es que se desarrolle gradualmente debido a la

exposición prolongada a horarios exigentes, a un tiempo de recuperación insuficiente, a la presión por la falta de personal y a una cultura en la que «aguantar» se convierte en la norma.

CHIRP sigue recibiendo informes sobre personal con patrones de trabajo que implican turnos de noche repetidos, sueño interrumpido, estrés elevado y disminución del estado de alerta. Aunque las horas mínimas de descanso puedan registrarse como cumplidas, en la práctica a menudo no se logra una recuperación auténtica.

Esta distinción es importante: el cumplimiento normativo no siempre significa que una persona esté en condiciones de desempeñar sus funciones de forma segura.

Muchos modelos de guardias se desarrollaron partiendo de supuestos que ya no reflejan las operaciones marítimas actuales. Los tripulantes se ven ahora expuestos a una mayor carga mental y emocional, que incluye una conectividad constante con la dirección en tierra, un entorno de tráfico de información durante las 24 horas del día y unas exigencias administrativas cada vez mayores. Las escalas en los puertos son más rápidas, los horarios comerciales son más ajustados y, con frecuencia, se imponen tareas adicionales sin que aumente, o apenas aumente, la cantidad de personal o el tiempo disponible.

Al mismo tiempo, los retos de contratación y retención en algunos sectores han reducido los niveles de experiencia a bordo, lo que ejerce una mayor presión sobre quienes permanecen en el barco y aumenta la exposición a la fatiga. La incertidumbre sobre la llegada oportuna de los relevos puede añadir más tensión. Varios informantes describieron fatiga acumulada tras un trabajo nocturno prolongado, con períodos de recuperación que no restablecían por completo los patrones normales de sueño.

Estos informes son especialmente preocupantes porque a menudo afectan a personal con experiencia que es consciente de los riesgos, pero que, aun así, tiene dificultades para gestionar la exposición a la fatiga. En varias de las comunicaciones se han señalado microsueños, lapsos de concentración y conatos de accidente relacionados con la fatiga durante la realización de tareas rutinarias. Estos incidentes no deben descartarse como lapsos aislados o fallos individuales, ya que indican que los márgenes de seguridad podrían estar viéndose ya mermados.

Las alarmas de la maquinaria, los fallos de mantenimiento o la falta de fiabilidad de los equipos son factores desencadenantes reconocidos que justifican una intervención, y el mismo principio debería aplicarse al deterioro del rendimiento humano. Los sistemas se desconectan cuando la maquinaria no es segura; las organizaciones deberían actuar de manera similar cuando el personal ya no está lo

suficientemente descansado para desempeñar sus funciones de forma segura.

CHIRP ya ha destacado anteriormente la tensión existente entre la seguridad operativa y la eficiencia comercial. En algunos casos, los niveles de dotación de personal parecen basarse en los umbrales legales mínimos o en parámetros de referencia de costes, en lugar de en la carga de trabajo necesaria para un funcionamiento seguro. Cuando la planificación depende de que las personas estén continuamente «esforzándose al máximo», es posible que el sistema ya esté funcionando más allá de los límites de seguridad.

Iniciativas en investigación como el Proyecto MARTHA y el programa Horizonte han contribuido a mejorar la comprensión de la fatiga, los límites del rendimiento humano y la carga de trabajo. Sus conclusiones refuerzan un mensaje claro: la fatiga no se puede gestionar de forma eficaz únicamente mediante trámites administrativos.

La fatiga no se limita a un departamento, rango o función concretos. Se observan patrones similares en el puente, la sala de máquinas y otras funciones críticas para la seguridad, tanto en la mar como en tierra. Es necesario aplicar medidas de detección, notificación e intervención de manera coherente, independientemente del nivel de experiencia o del cargo. Tratar la fatiga como un riesgo operativo compartido, en lugar de como una debilidad individual, es esencial para mantener márgenes de seguridad eficaces.

Una gestión eficaz de la fatiga requiere ir más allá de los requisitos mínimos de descanso para comprender cómo se experimenta realmente el trabajo («el trabajo tal y como se realiza»). Entre los indicadores tempranos se incluyen los cuasi accidentes repetidos, los lapsos de atención, el aumento de las tasas de error o las preocupaciones informales planteadas por el personal. Cuando se dan estos indicadores, la fatiga debe tratarse como un riesgo para la seguridad que requiere una gestión activa, de forma análoga a los defectos técnicos o al deterioro del equipo. Puede ser necesario ajustar la carga de trabajo, revisar los turnos, revisar la asignación de tareas o retrasar las actividades no esenciales para proteger los márgenes de seguridad. Cuando se dan estos indicios, se requieren medidas de mitigación inmediatas para evitar una mayor reducción de los márgenes de seguridad.

### CHIRP Comentario

La fatiga rara vez aparece de forma repentina. Se acumula con el tiempo y puede llegar a considerarse algo habitual dentro de una organización, lo que dificulta la detección del riesgo.

Este informe pone de relieve la brecha existente entre el cumplimiento normativo registrado y la recuperación real. Un

periodo de descanso registrado no garantiza un sueño reparador. El ruido, el estrés, la alteración de los ritmos circadianos, el trabajo nocturno repetido y el déficit de sueño acumulado reducen la calidad de la recuperación.

El informe también reitera que la fatiga afecta a todo el mundo, incluido el personal con experiencia. La competencia y la profesionalidad son importantes barreras de seguridad, pero no pueden superar los límites biológicos.

Los conatos de accidente relacionados con faltas de concentración o microsueños son señales de alerta tempranas de que los márgenes de seguridad pueden estar reduciéndose, lo que brinda la oportunidad de intervenir antes de que se produzca un incidente más grave.

CHIRP ha recibido informes anteriores que relacionan la fatiga con errores de navegación, toma de decisiones deficiente, comunicación ineficaz y atajos no seguros. Estos patrones aparecen de forma sistemática en todos los sectores, lo que demuestra que la fatiga sigue siendo un peligro sistémico generalizado.

Los niveles de dotación seguros deben revisarse periódicamente. En algunos casos, la tripulación mínima puede cumplir los requisitos reglamentarios, pero ya no refleja la realidad operativa a bordo, donde han aumentado la carga de trabajo administrativo, las exigencias de mantenimiento, la presión comercial y las expectativas de rotación en los puertos.

Cuando los sistemas dependen de que las personas estén continuamente «esforzándose al máximo», es posible que ya existan señales de alerta.

### Cuestiones clave relacionadas con este informe

**Fatiga** — el déficit acumulado de sueño, los turnos de noche repetidos y una recuperación deficiente reducen el estado de alerta, la concentración y la capacidad de toma de decisiones.

**Presión** — las exigencias comerciales y operativas pueden fomentar la continuidad de las operaciones a pesar de una capacidad reducida para desempeñar las funciones.

**Comunicación** — se plantearon cuestiones relacionadas sin que se les diera una solución efectiva. Cuando las personas creen que sus inquietudes no conducirán a ningún cambio, es probable que disminuya la comunicación de incidencias y, sin duda, la moral se verá afectada.

**Complacencia** — los microsueños, los conatos de accidente o la fatiga pueden normalizarse si no se cuestionan ni se abordan.

**Alerta** — las personas pueden seguir trabajando, aunque estén fatigadas, en lugar de retirarse del servicio o comunicar sus preocupaciones. Es fundamental que los miembros de la tripulación permanezcan alerta y dejen de trabajar si sospechan que están fatigados.

**Trabajo en equipo** — la reducción de plantilla y la disminución del personal con experiencia aumentan la carga de trabajo y reducen la resiliencia del sistema. El trabajo en equipo es vital en estas circunstancias.

**Prácticas locales** — las secuencias prolongadas de trabajo nocturno pueden llegar a aceptarse culturalmente, incluso cuando no son seguras. Cuestione esta falsa normalidad y realice los cambios necesarios en los turnos para modificarla.

### Taxonomía SHIELD identificada

**Actos — Qué falla** – Faltas de atención involuntarias, disminución de la vigilancia, reacciones tardías y errores relacionados con la fatiga.

**Condiciones previas — Factores que influyen en el rendimiento** – Déficit de sueño, alteración del ritmo circadiano, estrés, recuperación deficiente, elevada carga de trabajo y disminución de la vigilancia.

**Liderazgo operativo — Políticas que afectan al trabajo** – Turnos, decisiones sobre la dotación de personal, asignación de tareas y gestión diaria del riesgo de fatiga.

**Influencias organizativas — Influencia de la empresa/ entorno externo** – Modelos de dotación de personal, presiones de contratación, prioridades comerciales, cultura de seguridad y la eficacia de los sistemas de gestión de la fatiga.

### Conclusiones clave

Una dotación mínima no siempre significa una dotación óptima. El cumplimiento sobre el papel no garantiza que el riesgo de fatiga esté controlado en la práctica.

### Autoridades reguladoras

El cumplimiento documentado debe evaluarse en función de la carga de trabajo real, la carga administrativa y el ritmo operativo para determinar si los controles de fatiga son eficaces.

### Operadores/Gerentes

Los sistemas que dependen de que las personas cansadas se las arreglen por sí mismas son inseguros. Los niveles de tripulación, los horarios y las cargas de trabajo deben reflejar la realidad operativa. Los indicadores de fatiga, como las

alarmas de los equipos, deben dar lugar a la intervención de la dirección.

### Gente de mar / Contratistas

La profesionalidad es una barrera de seguridad importante, pero no debe ser la única. Manténgase alerta ante señales de alerta tempranas, como la disminución de la concentración, la irritabilidad o los errores repetidos. Plantee sus inquietudes a tiempo, apoye a sus compañeros y compruebe las tareas críticas cuando el riesgo de fatiga sea elevado.

## M2755 – Factor humano: del puente a la escala del práctico

### Reporte Inicial

Un práctico nos contó lo siguiente:

El capitán abandonó el puente unos 15 minutos después de que zarpáramos del muelle, dejando al primer oficial en el puente conmigo. El capitán regresó unos 15 minutos antes del desembarque.

Durante el intercambio entre el piloto y el capitán (PMX, le pregunté al capitán cuál era su plan, ya que había una «previsión de viento fuerte» para más tarde ese mismo día, con olas de entre 2,5 y 3,5 m... «un mar muy agitado para un barco pequeño con solo 3,0 m de calado», y le aconsejé que buscar refugio sería una decisión sensata. Él tenía la intención de continuar hacia su siguiente puerto de todos modos. No fue hasta que regresó al puente, justo antes de que yo desembarcara, cuando mantuvimos una nueva conversación sobre el tiempo, y sólo tras un rato de discusión cambió de opinión y decidió buscar refugio durante un par de horas.

Cuando llegué a la escala de práctico para desembarcar, estaba claro que la escala no había sido revisada por ningún oficial (ya que el oficial había estado conmigo todo el tiempo), y él se quedó atrás mientras me acercaba. Inmediatamente me fijé en los amarres para asegurar la escala, que eran cabos de polipropileno de unos 6-8 mm aseguradas con lo que sólo puede describirse como un «nudo de abuelita». Le dije al marinero que esos amarres debían sustituirse por otros adecuados, y él respondió «sí», pero luego se quedó allí mirándome, perplejo. También me di cuenta de que el extremo de la escala tampoco estaba asegurado, y se lo señalé al marinero para que lo rectificara. Debí de decirle a él y al primer oficial cuatro o más veces que había que cambiar los cabos inmediatamente, que había que hacer firme los extremos de la escala y que no utilizaría la escala hasta que estuviera debidamente asegurada. En ese momento, regresé al puente, pedí a la lancha de práctico que esperara para hablarlo porque la escala no estaba debidamente

asegurada, e informé al capitán de que este problema debía subsanarse inmediatamente antes de que yo desembarcara y de que iba a informar del asunto. El capitán no tuvo mucho que decir al respecto. Una vez que la tripulación confirmó que la escala estaba «debidamente asegurada», volví a la escala y el primer oficial se disculpó. Le dije al primer oficial que, aunque agradecía la disculpa, esta situación era totalmente inaceptable y que una disculpa no serviría de consuelo si yo o cualquier otra persona acabábamos en el agua y no podíamos volver a casa. Volví a comprobar la escala y, una vez resueltos los defectos, desembarqué sin incidentes.

### CHIRP Comentario

CHIRP considera que este informe pone de manifiesto prácticas no seguras tanto en la gestión del puente como en el transbordo de práctico, en las que los factores humanos desempeñan un papel importante. La situación no se debió a un único error, sino a un patrón de comunicación deficiente, a la aceptación de prácticas inadecuadas y a la falta de una supervisión adecuada en puntos clave. Los medios de transbordo de práctico deben ser objeto de un control y una supervisión activos. Se espera que el oficial responsable no solo organice la tarea, sino que también se asegure de que se realiza correctamente y de forma segura. Confiar en otros sin comprobarlo no es aceptable cuando el riesgo es elevado. El informe también muestra cómo las decisiones operativas pueden verse influidas por la presión de continuar a pesar de las condiciones meteorológicas adversas. Unas directrices claras y prácticas, asumidas y utilizadas por las tripulaciones, pueden ayudar a tomar decisiones más seguras y dar a los capitanes la confianza necesaria para retrasar la salida o buscar refugio cuando las condiciones son límite.

También preocupa que no se llevaran a cabo adecuadamente las comprobaciones rutinarias. Aunque los problemas se solucionaron finalmente, la cuestión principal es que deberían haberse identificado y corregido antes de la intervención del práctico. El equipo y su instalación son críticos para la seguridad y deben comprobarse adecuadamente desde el principio, no solo después de que se plantee una cuestión. Aunque la situación se corrigió, no está claro que se hayan asimilado plenamente las lecciones aprendidas. Las buenas prácticas de seguridad dependen de una comprobación constante, de un cuestionamiento abierto y de garantizar que «hecho» signifique siempre «debidamente verificado». CHIRP se ha puesto en contacto con la empresa que gestiona el buque para señalar sus preocupaciones en torno a los estándares de competencia, la disciplina referida a la seguridad y la comunicación durante este transbordo de práctico.

## Cuestiones clave relacionadas con este informe

**Comunicación** — se observan problemas tanto en la toma de decisiones que tengan en cuenta las condiciones meteorológicas como en la preparación de la escala de práctico, ya que las inquietudes no se comunicaron de manera eficaz o no se les dio curso a pesar de haberse planteado en repetidas ocasiones.

**Alerta** — la tripulación no cuestionó el aparejo no seguro de la escala ni notificó sus inquietudes antes de la intervención del práctico.

**Complacencia** — se deduce de la aceptación de un medio de transbordo de práctico que no cumplía con los estándares y de la disposición inicial a navegar en condiciones meteorológicas adversas sin una reevaluación suficiente.

**Trabajo en equipo** — la falta de trabajo en equipo se pone de manifiesto en la ausencia de comprobaciones cruzadas y de responsabilidad compartida, especialmente en una tarea crítica para la seguridad como la instalación de la escala de práctico, y se refleja en la escasa presencia del capitán en el puente durante una situación de riesgo en desarrollo y en la falta de supervisión de los preparativos críticos para la seguridad.

**Conciencia Situacional** — está presente tanto en la percepción del riesgo ambiental como en la incapacidad de reconocer la gravedad de una escala mal asegurada.

**Prácticas locales** — las normas están claramente indicadas, y las prácticas inseguras (amarre deficiente, extremo de la escala sin asegurar) parecen ser habituales más que excepcionales.

**Competencia** — la falta de competencia se deduce de las técnicas de instalación incorrectas y del uso de materiales inadecuados.

## Conclusiones clave

**Autoridades reguladoras — el cumplimiento sobre el papel no garantiza la seguridad en la práctica.**

Es necesario garantizar que el cumplimiento de las normas y procedimientos relativos al transbordo de prácticos no solo quede documentado, sino que se verifique de forma sistemática en la práctica, sobre todo en aquellos casos en los que las tareas rutinarias puedan desviarse de las normas con el paso del tiempo. Poner mayor énfasis en la auditoría de los comportamientos en la práctica, especialmente en lo que respecta a la instalación de las escalas de práctico y a la gestión de recursos en el puente, ayudaría a identificar las discrepancias entre el «trabajo tal y como se concibe» y el

«trabajo tal y como se realiza». Reforzar la supervisión de cómo se imparten, evalúan y consolidan los procedimientos críticos para la seguridad podría abordar los problemas culturales latentes que permiten que persistan las normas poco seguras.

**Directivos (operadores/empresas) — lo que los líderes toleran se convierte en la norma que sigue la tripulación.**

Es importante reforzar activamente la cultura de seguridad a bordo, especialmente en lo que respecta a la supervisión, la comunicación y la capacidad de cuestionar decisiones, procedimientos, etc. Los comportamientos de liderazgo en el puente marcan la pauta; la ausencia de implicación, o una implicación limitada, durante fases operativas clave puede debilitar los estándares y reducir la capacidad de respuesta de la tripulación. También es necesario garantizar que las tripulaciones estén formadas y capacitadas para detener las tareas inseguras, con expectativas claras en cuanto a la verificación de equipos críticos de seguridad como las escalas de práctico. Las tareas rutinarias requieren la misma disciplina que las operaciones de alto riesgo, ya que es ahí donde a menudo se desarrollan la complacencia y la desviación de las normas.

**Gente de mar — si algo no es seguro, detener el trabajo es la medida más segura.**

El suceso demuestra la importancia de alzar la voz, realizar comprobaciones cruzadas y no conformarse con lo «suficientemente bueno» cuando está relacionado con la seguridad. Incluso tareas familiares como aparejar una escala de práctico conllevan un riesgo significativo si no se realizan correctamente. Se necesitaron repetidas instrucciones del práctico antes de que se tomaran medidas, lo que pone de relieve la necesidad de una comunicación más clara y una respuesta inmediata a las preocupaciones de seguridad. Cada miembro de la tripulación tiene un papel que desempeñar en el mantenimiento de los estándares, y una intervención oportuna puede evitar que la situación derive en incidentes graves.

## M2745 – Trabajo de soldadura en el tanque de proa sin comprobaciones de seguridad

### Reporte Inicial

Se estaban realizando trabajos de soldadura en el tanque de proa mientras el buque se cargaba con gasóleo. Los trabajos eran necesarios para solucionar la entrada de agua de mar a través de una grieta en el mamparo. El incidente se notificó a CHIRP debido a que los trabajos no se realizaban de forma

segura. CHIRP ha realizado un seguimiento tanto con la Administración de la bandera como con la persona que realizó la notificación.

Dos contratistas llevaban a cabo las reparaciones bajo la supervisión de un superintendente a bordo.

No se había cumplimentado ningún permiso de trabajo (PTW) ni procedimiento de entrada en espacios confinados. No había equipo de rescate ni tripulación presente, y el informante no observó indicios de monitorización de gases.

En este momento no está claro si la sociedad de clasificación había programado los trabajos para la reparación. Se ha notificado al equipo de investigación de la bandera y se le ha pedido que contacte con la sociedad de clasificación para el seguimiento del caso.

### CHIRP Comentario

Este informe identifica un incumplimiento grave de los requisitos internacionales establecidos para la entrada en espacios confinados y los trabajos en caliente. Se realizaron trabajos de soldadura en un tanque de proa mientras el buque estaba cargado con gasóleo, sin un sistema de permiso de trabajo, sin procedimientos de entrada en espacios confinados ni evidencia de pruebas de atmósfera o monitorización continua de gases. No se disponía de equipo de rescate, personal de guardia ni aparatos respiratorios.

Estas deficiencias contravienen las directrices de la Organización Marítima Internacional (MSC.1/Circ.1401 Rev.1) y las disposiciones obligatorias del Código Internacional de Gestión de la Seguridad. El acceso a espacios cerrados debe controlarse mediante la evaluación de riesgos, permisos de trabajo, análisis de la atmósfera verificados y continuos, una ventilación eficaz y planes de rescate totalmente preparados.

Los tanques de proa y de lastre son espacios confinados de alto riesgo. Además de las atmósferas inflamables o tóxicas, presentan un riesgo significativo y a menudo subestimado de deficiencia de oxígeno causada por la corrosión interna, una causa reconocida de múltiples muertes. Sin una monitorización, ventilación y preparación para emergencias adecuadas, el riesgo de incapacitación rápida y muerte es elevado.

Realizar trabajos en caliente o entrar en espacios confinados sin estas medidas de seguridad representa un fallo fundamental en el control de riesgos. La ausencia de equipos de rescate y de aparatos respiratorios disponibles de forma inmediata aumenta significativamente la probabilidad de desenlaces fatales y puede dar lugar a medidas coercitivas por parte de las autoridades de la bandera y del PSC.

La participación de contratistas y de un superintendente no reduce estas obligaciones. Los contratistas pueden no estar familiarizados con los riesgos específicos del buque, especialmente durante reparaciones urgentes. El armador y el capitán siguen siendo legalmente responsables de garantizar una formación inicial adecuada, la supervisión y el pleno cumplimiento del sistema de gestión de la seguridad del buque. La responsabilidad de la seguridad de las operaciones no puede delegarse.

Este informe nos recuerda de manera contundente que el acceso a espacios confinados y la realización de trabajos en caliente exigen un cumplimiento estricto de las normas establecidas. Los sistemas de permisos de trabajo, la vigilancia continua de los riesgos, una supervisión eficaz y una preparación para emergencias probada son esenciales para evitar accidentes mortales.

### Cuestiones clave relacionadas con este informe

Este suceso pone de manifiesto un conjunto de comportamientos humanos y organizativos de alto riesgo, más que un único fallo.

Comunicación — no hubo una comunicación clara sobre el alcance del trabajo y los riesgos asociados (trabajos en caliente, entorno de un depósito de gasóleo en un espacio confinado). Es posible que una diferencia de poder entre la dirección en la oficina y la tripulación impidiera que las personas expresaran sus inquietudes

Complacencia — la actividad se trató como una reparación rutinaria y, debido a la falta de medidas de control eficaces, pareció normalizarse una práctica insegura.

Competencia — no se reconoció que se trataba de un entorno de trabajo de alto riesgo ni la necesidad de controles de seguridad básicos.

Trabajo en equipo — brilló por su ausencia, ya que, si la tripulación hubiera actuado como un equipo, se habría cuestionado la actividad.

Competencia — en el trabajo faltaban los siguientes elementos: un permiso de trabajo, equipos de monitorización de gases, aparatos respiratorios, equipos de rescate y personal de guardia con equipos de comunicación.

Presión — es probable que la urgencia debida a la entrada de agua de mar y la necesidad de mantener la disponibilidad operativa hayan prevalecido sobre la toma de decisiones seguras.

Costumbre local — la ausencia de un permiso de trabajo sugiere claramente: «Así es como lo hacemos normalmente en

esta empresa», de modo que las desviaciones de la práctica operativa estándar se han convertido en normas aceptadas.

#### Conclusiones clave

Si no se dispone del permiso, es posible que aún no comprendamos los riesgos lo suficientemente bien como para comenzar.

Autoridades reguladoras (Administración de la bandera / Sociedad de clasificación) Este caso pone de relieve la necesidad de verificar activamente el cumplimiento de los controles de seguridad fundamentales, incluidos los procedimientos de permiso de trabajo, control de gases y espacios confinados. Se requiere una mayor supervisión para garantizar que los requisitos se apliquen de manera consistente en la práctica, con una clara distribución de responsabilidades entre la Administración de la bandera, la Sociedad de clasificación y los operadores. Las inspecciones específicas y el seguimiento de las cuestiones notificadas pueden ayudar a cerrar la brecha entre los procedimientos y la realidad a bordo.

#### Directivos/operadores

Este incidente refleja un incumplimiento del núcleo fundamental del sistema de gestión de la seguridad. Los directivos deben garantizar que los controles críticos se traten como innegociables, independientemente de la presión operativa. Es esencial una mayor supervisión de los contratistas y los superintendentes, junto con el refuerzo de una cultura en la que se cuestione el trabajo inseguro y se respalde plenamente la autoridad para detener el trabajo.

#### Gente de mar

Este reporte reafirma que no se debe continuar con el trabajo sin que se hayan establecido las medidas de seguridad esenciales. La ausencia de un permiso de trabajo, de pruebas de gas o de planes de rescate debe ser motivo claro para detener el trabajo. La gente de mar debe permanecer alerta, cuestionar las condiciones inseguras y evitar aceptar el riesgo como algo habitual.

## M2715 – Energía liberada de un cabo de remolque causa lesiones

### Reporte Inicial

Mientras el buque estaba a la deriva, se preparó una lancha auxiliar para remolcarlo desde la plataforma de popa. Se hizo firme el cabo y, tras la comunicación entre cubierta y el puente, se procedió a la operación asumiendo que el cabo de

remolque estaba correctamente afirmado. Cuando el buque hizo avance, se fue acumulando tensión en el cabo, que acabó enredándose en la parte superior de una bita, creándose un atoramiento bajo tensión.

El oficial se acercó para solucionarlo y, con el cabo aún bajo tensión, intentó liberarlo dándole una patada. Cuando el cabo se soltó repentinamente, se retrajo con fuerza, golpeando al oficial en el brazo y el cuello y dejándolo inconsciente durante unos instantes.

Se le prestaron primeros auxilios a bordo y se trasladó a la víctima a tierra para su evaluación. No se le detectaron lesiones graves y regresó al buque más tarde ese mismo día.

La operación se llevó a cabo partiendo de la base de que el cabo estaba correctamente tendido. El enredo bajo tensión, combinado con los intentos de intervenir sin eliminar primero la tensión, aumentó el riesgo. Esto pone de relieve los peligros de trabajar con cabos templados y la necesidad de hacer una pausa y garantizar la seguridad de la situación antes de actuar.

### CHIRP Comentario

Este reporte describe un incidente grave relacionado con un cabo con tensión durante una operación de remolque entre un superyate y su embarcación auxiliar. Existe preocupación sobre si el punto de fijación utilizado, una bita de amarre situada en la plataforma de baño, era estructuralmente adecuado o estaba homologado para soportar cargas de remolque, y cómo se verificó esto.

Al parecer, la operación se llevó a cabo partiendo de la premisa de que el remolque estaba correctamente aparejado, sin que se realizara una comprobación final una vez que la embarcación arrancó adelante. Al aplicar la carga, el cabo se enredó en la bita, creando una situación no segura que no se identificó de inmediato. La planificación limitada y la escasa comunicación entre los equipos del puente y la cubierta contribuyeron a que la situación se agravara.

Una lección clave es el intento de intervenir mientras el cabo estaba bajo tensión. Manipular o intentar liberar un cabo bajo tensión expone al personal al riesgo de liberación violenta de la energía acumulada. En este caso, una mala evaluación de la carga y del momento oportuno provocó una liberación repentina y lesiones. Incluso pequeños errores de sincronización durante este tipo de operaciones pueden tener graves consecuencias.

Faltaron controles básicos de riesgo. Una breve charla de seguridad, una comunicación más clara o desembragar el motor podrían haber reducido el riesgo.

Este incidente refuerza el hecho de que todos los cabos con tensión deben tratarse como de alto riesgo. La idoneidad del equipo y el apareamiento deben verificarse de forma fehaciente antes de aplicar la tensión, y las operaciones deben detenerse para eliminarla antes de cualquier intervención. Es esencial una comunicación sólida entre los equipos de puente y cubierta en todo momento.

Este incidente con lesiones personales muestra lo rápido que pueden agravarse las tareas rutinarias cuando hay energía acumulada de por medio, así como la importancia de detenerse y replantear la situación antes de actuar.

### Cuestiones clave relacionadas con este informe

**Complacencia** — es evidente que el cabo de remolque se tendió de forma incorrecta, sin que se realizara una verificación exhaustiva tras aplicar la carga. Al parecer, la operación se trató como una tarea rutinaria, lo que redujo la vigilancia en un momento crítico.

**Conciencia Situacional** — se refleja en la incapacidad de reconocer plenamente el peligro que supone un cable tenso y enredado, en particular los riesgos asociados a la energía acumulada y a las zonas con peligro de ser golpeado por el cabo.

**Comunicación** — puede haber contribuido, ya que, aunque hubo comunicación entre el puente y la cubierta, no hay indicios de que se estableciera un modelo mental compartido del peligro que se estaba desarrollando (enredo bajo tensión).

**Trabajo en equipo/Asertividad** — se sugiere por la ausencia de cuestionamiento o pausa antes de la intervención, sin evidencia de verificación cruzada o comunicación antes de intentar aclarar el cabo.

**Competencia (o aplicación insuficiente de la formación)** — esto se pone de manifiesto en la decisión de intervenir físicamente en un cabo tensado, en contra de las prácticas de manejo seguro de cabos ampliamente enseñadas.

### Conclusiones clave

**Autoridades Regulatoras — los riesgos conocidos no son lo mismo que los riesgos gestionados.**

Este caso pone de relieve que peligros bien conocidos, como el peligro de ser golpeado por los cabos (snapback) y la energía acumulada, se siguen produciendo a pesar de las abundantes directrices, lo que indica que los mensajes de seguridad actuales no están influyendo de manera consistente en el comportamiento operativo. Existe la oportunidad de integrar, evaluar y reforzar mejor las directrices, como la MGN 520 (Marine Guidance Note 250

“The Deadly Dozen”), en todo el sector, especialmente en lo que respecta a la evaluación dinámica de riesgos y los umbrales de intervención.

**Directivos (empresa/operadores) — los procedimientos solo protegen a las personas cuando dan forma al comportamiento real en cubierta.**

El incidente indica una brecha entre los procedimientos y la práctica, especialmente a la hora de detener el trabajo cuando las condiciones se desvían del plan. Los responsables deben considerar la eficacia con la que se forma y capacita a las tripulaciones para detener las operaciones, la claridad con la que se muestran los riesgos de ser golpeados por el cabo (snapback), y si la supervisión y la cultura a bordo refuerzan activamente la toma de decisiones preventivas en las tareas rutinarias.

**Para la gente de mar — si está bajo tensión, no lo toques; primero, ponlo en condiciones de seguridad.**

Este suceso es un recordatorio de que los cabos con tensión son intrínsecamente peligrosos y pueden volverse letales sin previo aviso. Intervenir antes de retirar la tensión, incluso con acciones sencillas, puede acarrear graves consecuencias. Tomarse un momento para detenerse, reevaluar y garantizar la seguridad de la situación es siempre la opción más segura, incluso bajo la presión percibida de continuar.

## M2740 – Condiciones sanitarias y de higiene preocupantes a bordo

### Reporte Inicial

Se informó de la preocupación por las condiciones sanitarias y de higiene a bordo del buque. El Certificado de Exención de Control Sanitario del Buque se había renovado recientemente; sin embargo se entiende que sólo se expidió el certificado, sin que se facilitaran los detalles de la inspección ni la documentación justificativa correspondiente.

Se observó una aparente infestación a bordo. Se dispone de pruebas fotográficas, aunque no pueden compartirse a través de este canal de notificación.

Durante la última escala en puerto, al parecer, este asunto fue registrado como una deficiencia por el PSC. Sin embargo, parece que el problema no se abordó en ese momento y, en su lugar, se aplazó hasta el siguiente puerto, lo que implica una travesía de aproximadamente tres semanas. Se entiende que la persona designada en tierra (DPA estaba al corriente de la situación.

Además, se observó que el agua utilizada para cocinar y para el consumo diario presentaba una coloración amarillenta, lo que podría suscitar inquietudes respecto a la idoneidad de su uso. Se dispone de pruebas que respaldan el estado del agua.

Estas condiciones pueden estar teniendo un impacto adverso en la salud y el bienestar de las personas a bordo.

### CHIRP Comentario

Este informe identifica graves deficiencias que entran dentro del ámbito de aplicación del Convenio sobre Trabajo Marítimo (MLC, 2006) de la Organización Internacional del Trabajo, concretamente en el Título 3: Alojamiento, instalaciones recreativas, alimentación y servicio de comidas. Las condiciones descritas no solo representan un posible incumplimiento de los requisitos del MLC, sino también un fallo más amplio en la aplicación efectiva de las medidas de protección de la seguridad y la salud a bordo.

La Norma exige que el alojamiento de la gente de mar se mantenga en condiciones seguras, dignas e higiénicas. La presencia de una infestación a bordo es un claro indicador de que las medidas básicas de gestión de la higiene y de control de plagas no se han aplicado ni mantenido de manera eficaz. Esto no puede atribuirse razonablemente a un descuido aislado, sino que apunta a deficiencias tanto en la gestión a bordo como en los sistemas de apoyo en tierra.

La Norma también exige el suministro de agua potable segura y adecuada. Los informes sobre el uso de agua con coloración amarillenta para cocinar y para el consumo diario representan un riesgo directo e inaceptable para la salud de la tripulación.

Tales condiciones sugieren fallos en los procesos de almacenamiento, tratamiento, control y verificación del agua. El uso continuado de esta agua indica que, o bien no se evaluó adecuadamente el riesgo, o bien no se actuó con la urgencia necesaria ante las preocupaciones identificadas.

Una preocupación clave que plantea este informe es la aparente brecha entre la identificación de deficiencias y su resolución efectiva. Registrar las deficiencias y luego darlas por resueltas sin medidas correctivas verificadas socava la integridad de los sistemas de gestión de la seguridad. Crea una ilusión de cumplimiento al tiempo que permite que persistan las condiciones peligrosas. Esto refleja una debilidad sistémica en la que se da prioridad al cumplimiento de los procedimientos sobre la eliminación del riesgo real.

Más importante aún, este caso demuestra una falta de actuación ante un peligro conocido. Las preocupaciones fundadas sobre la infestación y la calidad del agua potable no parecen haber desencadenado una intervención oportuna o eficaz por parte del armador/operador. Tampoco hay pruebas

de un seguimiento riguroso a través de la supervisión de la Administración de la bandera o de control por el PSC. Permitir que un buque siga operando en tales condiciones representa un fallo significativo en múltiples niveles de garantía y cumplimiento.

El informe también plantea preocupaciones sobre la confianza de la tripulación en los mecanismos de reporte. La percepción de falta de confidencialidad y el temor a verse expuesto pueden disuadir de la notificación de problemas de salud y seguridad, lo que retrasa la intervención y aumenta el riesgo. Con el tiempo, esto contribuye a la normalización de condiciones deficientes, en las que problemas como la infestación pueden llegar a considerarse rutinarios en lugar de inaceptables. Dicha normalización suele verse reforzada por presiones comerciales y preocupaciones sobre posibles repercusiones, y supone una amenaza directa para la cultura de la seguridad.

En este contexto, el papel de la persona designada en tierra (DPA) es fundamental. El Código ISM exige que la DPA actúe como un enlace eficaz e independiente entre el buque y tierra, con la autoridad necesaria para garantizar que se aborden las preocupaciones en materia de seguridad. En este caso, la ausencia de una intervención eficaz plantea serias dudas sobre si la función de la DPA se está ejerciendo tal y como estaba previsto. Una función de la DPA que no dé lugar a una escalada oportuna y a medidas correctivas corre el riesgo de convertirse en administrativa en lugar de operativa, lo que socava el propósito del Sistema de Gestión de la Seguridad.

Cuando existan informes creíbles de infestación y de agua potable no apta para el consumo, el informe a la Administración de la bandera y, cuando proceda, al PSC, debe ser inmediato. Estos mecanismos existen para proporcionar una verificación y una aplicación independientes, y el hecho de no recurrir a ellos de manera oportuna permite que persistan condiciones inaceptables sin control.

Si bien los problemas identificados son graves, el mero hecho de denunciarlos es un indicador positivo. La mayor disposición de la tripulación a plantear estas preocupaciones sugiere un cambio gradual hacia una mayor transparencia. Sin embargo, este progreso solo se mantendrá si las denuncias dan lugar a medidas correctivas visibles, eficaces y oportunas. Sin ello, existe el riesgo de que se erosione la confianza en los sistemas de denuncia, lo que reforzaría las mismas condiciones que permitieron que se desarrollaran estas deficiencias.

### Cuestiones clave relacionadas con este informe

**Comunicación** — se manifiesta en la brecha existente entre la identificación del problema y su resolución. Aunque se conocía el problema (PSC y DPA), la falta de detalles sobre las

inspecciones y de medidas correctivas indica que la información crítica en materia de seguridad no se compartió ni se aplicó de manera eficaz.

**Complacencia** — puede estar presente en el hecho de que se haya seguido operando a pesar de conocer los problemas de infestación y de agua. El aplazamiento de las medidas sugiere una aceptación de las condiciones deterioradas, posiblemente influida por experiencias pasadas de funcionamiento sin consecuencias inmediatas.

**Falta de asertividad** — queda sugerida por la persistencia del problema. Aunque se informó de la gravedad del problema, es posible que no fuera suficiente para provocar una intervención oportuna, especialmente teniendo en cuenta los riesgos para la salud.

**Presión** — parece que las decisiones se vieron influidas por presiones operativas o comerciales. El hecho de posponer la rectificación hasta llegar a un puerto posterior sugiere que las consideraciones relativas al calendario o a los costes prevalecieron sobre la mitigación inmediata del riesgo.

**Falta de recursos** — puede haber contribuido a que no se abordaran los problemas en el momento de su identificación, incluyendo limitaciones de tiempo, de equipamiento o de acceso a contratistas.

**Falta de liderazgo** — esto se deduce de la ausencia de medidas efectivas a pesar de que se conocía la situación en tierra, lo que sugiere una priorización insuficiente o una falta de seguimiento de un problema de bienestar conocido.

**Falta de concienciación** — también puede ser un factor, especialmente en lo que respecta a los riesgos para la salud

derivados de la exposición prolongada al agua contaminada y a las infestaciones, que quizá no se hayan valorado en su justa medida.

**Prácticas locales** — parece relevante, ya que posponer la reparación de defectos y continuar las operaciones en condiciones degradadas puede reflejar una práctica aceptada, aunque informal.

### Conclusiones clave

**Organismos reguladores** — «Si no lo verificas, no lo controlas».

Cuando la certificación se trata como una formalidad en lugar de como un proceso de verificación, la garantía se debilita y el riesgo se desplaza en lugar de controlarse.

**Directivos** — «Lo que permites hoy se convierte en la norma mañana».

Aplazar riesgos conocidos para la salud con el fin de mantener el calendario puede indicar involuntariamente que la seguridad es negociable, lo que refuerza la normalización de las condiciones deterioradas en todo el sistema.

**Gente de mar** — «Plantearlo una vez es informar; llevarlo hasta el final es proteger».

Notificar las preocupaciones es esencial, pero el seguimiento persistente y la elevación de las notificaciones son igualmente importantes cuando las condiciones siguen suponiendo un riesgo para la salud y la seguridad.

