



**Gobierno
de La Rioja**

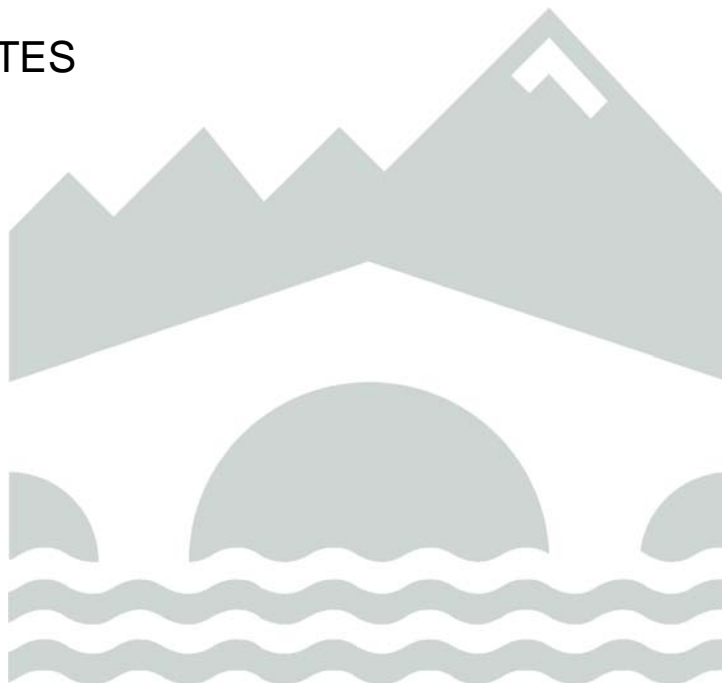
Obras Públicas, Política
Local y Territorial

Urbanismo y Vivienda

Prado Viejo, 62 bis
26071-Logroño. La Rioja.
Teléfono: 941 291 100
Fax: 941 291 778

Área de Minas

ANEXO Nº 4.- PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES



(EMPRESA)	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES/INCIDENTES		Pág.2/3 Revisión: 00
	Nº REGISTRO		
(EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)	ASUNTO	PROCEDIMIENTO	

ÍNDICE

OBJETIVO

ALCANCE

IMPLICACIONES Y RESPONSABILIDADES

DESARROLLO

REGISTRO INTERNO DE ACCIDENTES / INCIDENTES

CONTROL ESTADÍSTICO

NOTIFICACIÓN

ANEXOS

Fecha: _____ Elaborado por: _____ _____	Fecha: _____ Revisado por: _____ _____	Fecha: _____ Aprobado por: _____ _____
Firma:	Firma:	Firma:

(EMPRESA)	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES/INCIDENTES	
	Nº REGISTRO	Pág.3/3
(EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)	ASUNTO	PROCEDIMIENTO
		Revisión: 00

OBJETIVO

Este procedimiento tiene como objetivo deducir las causas que generan los accidentes a través de un previo conocimiento de los hechos acaecidos, con el fin de poder diseñar e implantar medidas correctoras encaminadas, tanto a eliminar las causas para evitar la repetición del mismo accidente o similares, como aprovechar la experiencia para mejorar la prevención en la empresa.

También es objeto de este procedimiento el registro y control de la siniestralidad.

ALCANCE

Se investigarán y registrarán:

- Todos los accidentes que hayan causado un daño para los trabajadores.
- Todos los accidentes con pérdidas materiales significativas o que impliquen paro de proceso.
- Los accidentes/ incidentes que, potencialmente o cambiando alguna condición, podrían haber tenido consecuencias graves, tales como conatos de incendios, caídas libres de cargas, etc.
- Otros que, a juicio del mando directo, sea conveniente investigar.

IMPLICACIONES Y RESPONSABILIDADES

Cuando ocurre un accidente en su sección o área el mando directo es el encargado de actuar y dar las instrucciones correspondientes para mantener la situación bajo control y evitar daños mayores. Cuando el accidente implique curas importantes o bajas deberá informar de lo ocurrido, lo antes posible, al responsable de su sección.

También el *mando directo* es el responsable de realizar la investigación de los accidentes especificados en el alcance de este procedimiento, acaecidos en su área o sección, y de enviar los resultados de la investigación a la dirección. En el caso de que los accidentes sean de cierta importancia o que le surjan dificultades en la investigación de las causas o en el diseño de las medidas a implantar deberá recurrir al asesoramiento y cooperación del responsable de la unidad funcional, del coordinador de prevención o de un especialista.

Los *directores* de las unidades funcionales deberán participar en la investigación cuando los accidentes sean graves o pudieran haberlo sido, a su vez deberán controlar que en los lugares de trabajo se aplican en el plazo establecido las medidas preventivas acordadas a raíz de los accidentes investigados.

El *coordinador* de prevención/servicio de prevención es el encargado de asesorar y ayudar en las investigaciones siempre que, en una investigación de la línea, el investigador así lo requiera. Asimismo, realizará la investigación de aquellos supuestos que, por su complejidad, gravedad, etc., requieran una investigación especializada. También debe recopilar los registros de los accidentes y elaborar estadísticas de la siniestralidad.

La *dirección* de la empresa/Administración debe notificar el accidente a la autoridad competente y asegurarse de que las medidas adoptadas se cumplen.

Todos los trabajadores de la empresas deberán colaborar y testificar en la investigación de accidentes siempre que puedan aportar datos de interés sobre el suceso.

DESARROLLO

La investigación se efectuará inmediatamente después del accidente una vez se ha controlado la situación en un plazo no superior a 48 horas.

Todos los directores de las unidades funcionales donde se hayan producido los accidentes deberán estar informados sobre las medidas a adoptar como resultado de la investigación.

Las experiencias de los accidentes de trabajo serán aprovechadas en el conjunto de la empresa. En tal sentido los resultados de las investigaciones serán difundidos a los mandos y al personal afectado por los riesgos en cuestión.

Se deberá cumplimentar el formulario de investigación de accidentes e incidentes adjunto, (código de referencia.....) de forma clara y detallada para evitar posteriores dudas o interpretaciones. Cada uno de los apartados del formulario debe ser cumplimentado por el servicio o la persona indicados: Recursos Humanos, el Mando Directo, Coordinador de Prevención, etc.

(EMPRESA)	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES/INCIDENTES		Pág.4/3 Revisión: 00
	Nº REGISTRO		
(EXPLOTACIÓN / ESTABLECIMIENTO DE BENEFICIO)	ASUNTO	PROCEDIMIENTO	

REGISTRO INTERNO DE ACCIDENTES

Anualmente se registrarán los accidentes con lesión ocurridos en la Hoja de registro de accidentes (código) en el que se indicará:

- Nombre del accidentado
- Periodo de baja (si ha existido baja)
- Fecha del accidente
- Departamento en el que ocurrió el accidente
- Forma de accidente: suceso que directamente dio por resultado la lesión (codificado)
- Naturaleza de la lesión: tipo de lesión física producida (codificado)
- Ubicación de la lesión: parte del cuerpo directamente afectada por la lesión (codificado)
- Agente material: objeto, sustancia o instalación que provocó el accidente
- Condición peligrosa: causa técnica del accidente (codificado)

CONTROL ESTADÍSTICO

Se controlará la evolución de la siniestralidad, detectando si los cambios experimentados son debidos a una fluctuación aleatoria o a un nuevo factor que ha modificado las condiciones de seguridad.

Para ello se calcularán los índices mensuales de frecuencia e incidencia para los accidentes con baja y para los accidentes totales (con y sin baja). Se representarán en función de cada mes del año.

NOTIFICACIÓN OFICIAL

Accidentes con baja médica

Se cumplimentará la notificación oficial de accidentes de trabajo (código de referencia) entregando una copia al departamento de administración, otra al accidentado y el resto a la entidad gestora (mutua) en el plazo máximo de 5 días hábiles a partir del día del suceso.

En el caso de accidentes graves, muy graves, mortales o que afecten a cuatro o más trabajadores, además del trámite anterior se efectuará una comunicación (vía telegrama) a la Dirección Provincial de Trabajo y Seguridad Social, en el plazo máximo de 24 horas.

Accidentes sin baja médica

Se cumplimentará mensualmente la notificación de accidentes sin baja médica (código de referencia.....), entregando una copia al departamento de administración, otra al accidentado y el resto a la entidad gestora (mutua) en el plazo máximo de 5 días hábiles del mes siguiente.

ANEXO 1

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES		Pág. 1/3
UNIDAD FUNCIONAL PARTE DE ACCIDENTE NUM. _____ AÑO _____ <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> INCIDENTE	CIRCUITO DEL INFORME Código: _____ <input type="checkbox"/> Servicio médico o botiquín <input type="checkbox"/> Mando directo <input type="checkbox"/> Servicio de Prevención / persona designada <input type="checkbox"/> Administración	
A cumplimentar por Mando y Administración	1. DATOS DEL TRABAJADOR Apellidos _____ Nombre _____ Antigüedad: En la empresa (meses) _____ En el puesto (meses) _____ Edad _____ Tipo de contrato _____ Ocupación _____ Categoría profesional: _____	
A cumplimentar por el Mando Directo con la colaboración de la persona accidentada	2. DATOS DEL SUCESO Fecha _____ Hora del suceso _____ de trabajo (1ª, 2ª) _____ Testigos _____ Estaba en su puesto: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Era su trabajo habitual: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Forma en que se produjo: _____ Agente material: _____ Parte del agente: _____ 3. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN Fecha _____ Personas entrevistadas: _____ Descripción del accidente: _____ _____ _____ 4. CAUSAS DEL ACCIDENTE: Descripción literal de las principales causas determinantes del accidente. Consultar el análisis causal del dorso de este formulario para facilitar la detección de causas _____ _____ _____	
Fecha _____		Firma: El Mando Directo

ANÁLISIS CAUSAL					
	MATERIALES	AMBIENTE Y LUGAR DE TRABAJO	INDIVIDUALES	ORGANIZATIVAS	
A cumplir por el Mando Directo y el Responsable de la Unidad Funcional afectada ANALISIS CAUSAL	1. Órganos móviles alejados del punto de operación accesibles 2. Zona de operación desprotegida 3. Parada de emergencia ineficaz 4. Ausencia de medios para la consignación de la máquina 5. Productos peligrosos no identificados 6. Materiales con aristas/perfiles cortantes 7. Inestabilidad en el almacenamiento 8. Deficiente protección frente a contactos eléctricos 9. Instalaciones de extinción de incendios incorrectas 10.....	11. Aberturas y huecos desprotegidos 12. Zonas de trabajo, tránsito y almacenamiento no delimitadas 13. Dificultad en el acceso al puesto de trabajo 14. Dificultad de movimiento en el puesto de trabajo 15. Escaleras inseguras o en mal estado 16. Pavimento deficiente o inadecuado (discontinuo, resbaladizo, etc.) 17. Vías de evacuación insuficientes o no practicables 18. Falta de orden y limpieza 19.....	20. Incapacidad física para el trabajo 21. Deficiencia física para el puesto 22. Falta de cualificación para la tarea 23. Inexperiencia 24. Deficiente asimilación o interpretación de órdenes o instrucciones recibidas 25. Incumplimiento de órdenes expresas de trabajo 26. Retirada o anulación de protecciones o dispositivos de seguridad 27. No utilización de equipos de protección individual 28. Incapacidad mental 29.....	30. Tarea extraordinaria/inhabitual para el operario 31. Apremio de tiempo/ritmo de trabajo elevado 32. Monótono / rutinario / Aislamiento 33. Formación inexistente o insuficiente sobre proceso o método de trabajo 34. Instrucciones inexistentes, confusas, contradictorias o insuficientes. 35. Método de trabajo inexistente o inadecuado 36. Mantenimiento inexistente o inadecuado 37. Inexistencia o insuficiencia de tareas de identificación/evaluación riesgos 38. Falta de corrección de riesgos ya detectados 39. Inexistencia de los EPI necesarios o no ser éstos inadecuados 40. Intervenciones ante emergencias no previstas 41.....	
	5. ÁRBOL CAUSAL. Indicar las causas más significativas				
	6. MEDIDAS PREVENTIVAS PROPUESTAS. Indicar el responsable de la ejecución de las medidas propuestas y el plazo previsto de finalización.				
Fecha: Firma: Mando directo		Fecha: Firma: El Responsable Unidad Funcional			

PARTE DE ACCIDENTE Nº _____		Pág. 3/3
A cumplimentar por el Servicio Médico	<p>7. INFORME ASISTENCIAL</p> <p>Descripción de lesión:</p> <p>Parte del cuerpo lesionada:</p> <p>Grado de lesión: Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy grave <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/></p> <p>Causa baja: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de la baja medica _____</p> <p>Asistencia: Botiquín <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/></p> <p>Informe del médico:</p> <p>Fecha _____ Firma: El Médico de Empresa</p>	
A cumplimentar por el Servicio de Prevención	<p>8. INFORME DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN</p> <p>Observaciones adicionales: (al informe del Mando Directo):</p> <p>.....</p> <p>ESTIMACIÓN DE COSTES NO ASEGURADOS DEL ACCIDENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por horas pérdidas (accidentado, compañeros, técnicos, etc.): Euros • Por daños materiales (maquinaria, instalaciones, productos, etc): Euros • Otros (comerciales, punitivos, honorarios profesionales, etc.): Euros <p style="text-align: right;">COSTE ESTIMADO Euros</p> <p>COSTE TOTAL = COSTE ASEGURADO + COSTE ESTIMADO</p> <p>Fecha _____ Firma: Responsable Servicio de Prevención</p>	
A cumplimentar por el responsable de la Unidad Funcional	<p>9. OBSERVACIONES A LAS MEDIDAS CORRECTORAS PROPUESTAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solucionado en fecha: _____ (Describir las soluciones adoptadas) <input type="checkbox"/> Se precisa asesoramiento de: <input type="checkbox"/> Género petición de trabajo núm. Fecha Interna Externa <input type="checkbox"/> Se precisa presupuesto <input type="checkbox"/> Se precisa elaboración de normativa de trabajo, por <input type="checkbox"/> No se precisa adoptar medidas <input type="checkbox"/> Fecha prevista para la ejecución de las medidas diferidas <input type="checkbox"/> Fecha de comprobación de la idoneidad de las medidas adoptadas: <input type="checkbox"/> Comprobación realizada por <p>Fecha _____ Firma: El responsable de la Unidad Funcional</p>	