

# PLANTILLA DE REPORTE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES

## METODOLOGÍA CIENTÍFICA DEL ÁRBOL DE CAUSAS

Diseñado en conformidad con la Resolución SRT 230/2003 y las pautas de Prevención 4.0 (Disp. GG SRT 15/2026).

Buscando causas y no culpables.

## I. GUÍA METODOLÓGICA Y FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS

El **Método del Árbol de Causas** es una herramienta analítica promovida con carácter de prioridad por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) para investigar siniestros graves, mortales o enfermedades profesionales en el sector industrial argentino. Esta metodología sostiene que un accidente no es fruto de la casualidad, sino un síntoma de un disfuncionamiento preexistente en la interacción del sistema de trabajo (persona, máquina, organización, entorno). **Queda estrictamente prohibida la atribución del siniestro al 'error humano' o 'negligencia'**, debido a que estas nociones ocultan las fallas de organización de fondo que provocan los desvíos.

### REGLAS DE ENCADENAMIENTO LÓGICO-GRÁFICO

| Relación de Cadena (A → B)                                                                                                                        | Relación de Conjunción ({A, B} → C)                                                                                                                                | Relación de Disyunción (A → {B, C})                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Un antecedente único (A) es necesario y suficiente para que se produzca el hecho (B). Ej: Presión hidráulica excede el límite → Ruptura de junta. | Múltiples antecedentes independientes (A y B) son indispensables juntos para generar el hecho (C). Ej: Presencia de gas inflamable + Chispa eléctrica → Explosión. | Un único antecedente (A) produce de forma simultánea dos o más hechos independientes (B y C). Ej: Rotura de cañería → Derrame de aceite y Pérdida de presión. |

## II. REGISTROS GENERALES Y DATOS DEL TRABAJADOR DAMNIFICADO (Anexo I - Res. SRT 5/2026)

|                          |                |                    |                                                 |
|--------------------------|----------------|--------------------|-------------------------------------------------|
| Razón Social Empleador:  | .....<br>..... | CUIT / CUIT:       | .....                                           |
| Aseguradora (ART):       | .....<br>..... | N° Siniestro ART:  | .....                                           |
| Nombre del Trabajador:   | .....<br>..... | CUIL:              | .....                                           |
| Puesto de Trabajo:       | .....<br>..... | Antigüedad (Años): | .....                                           |
| Edad al Siniestro / PMI: | .....<br>años  | Tipo de Actividad: | Dificultad Leve [ ] / Intermedia [ ] / Alta [ ] |

### III. DATOS DEL ACCIDENTE LABORAL (Formulario D - Denuncia)

|                                   |                                                             |              |                  |                       |                                      |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------|------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| <b>Fecha del Hecho:</b>           | ...../...../2026                                            | <b>Hora:</b> | ..... : ..... hs | <b>Sector / Área:</b> | .....<br>.....                       |
| <b>Tipo Siniestro:</b>            | En ocasión del trabajo [ ] / In Itinere [ ] / En Misión [ ] |              |                  | <b>Gravedad:</b>      | Leve [ ] / Grave [ ] /<br>Mortal [ ] |
| <b>Testigos<br/>Presenciales:</b> | 1. .... 2.<br>.....                                         |              |                  |                       |                                      |

## IV. TOMA DE DATOS: RECOPIACIÓN DE HECHOS REALES Y OBJETIVOS

*Instrucción: Enumere únicamente hechos objetivos que hayan sido constatados y verificados en el lugar del siniestro (sin opiniones ni interpretaciones de culpabilidad).*

| ID | Descripción del Hecho Objetivo Constatado                                                               | Fuente de Información / Método de Verificación                  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| H1 | La válvula reguladora de presión registraba un bloqueo mecánico debido a acumulación de residuos.       | Inspección física del equipo post-accidente - Reporte de HyS    |
| H2 | El operario realizaba tareas de mantenimiento correctivo bajo presión temporal para reiniciar la línea. | Entrevista individual con el operario e historial de producción |
| H3 | El equipo no contaba con enclavamiento físico de seguridad que bloqueara la operación de la prensa.     | Relevamiento técnico e histórico de modificaciones del equipo   |
| H4 | .....                                                                                                   | .....                                                           |
| H5 | .....                                                                                                   | .....                                                           |
| H6 | .....                                                                                                   | .....                                                           |

## V. CONSTRUCCIÓN Y DIAGRAMACIÓN DEL ÁRBOL DE CAUSAS

Frente a cada hecho, el investigador debe remontar sistemáticamente hacia atrás en el tiempo respondiendo a las tres preguntas científicas de causalidad:

1. ¿Qué fue necesario para que se produjera este hecho?
2. ¿Fue suficiente este hecho por sí solo?
3. ¿Se ha detectado alguna otra consecuencia directa de este hecho?

***ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA DIAGRAMACIÓN DEL ÁRBOL DE CAUSAS (PARTIENDO DE LA LESIÓN)***

*Comience desde el suceso último en la derecha y vincule retrospectivamente los hechos identificados (H1, H2, H3, H4...) usando líneas y flechas (Cadena, Conjunción, Disyunción).*

## VI. PLAN DE TRABAJO CORRECTIVO Y ACCIONES PREVENTIVAS

Al finalizar el árbol de causas, se determinan las **Causas Primarias (Causas Raíz)**. Para cada causa raíz identificada, se deben implementar acciones preventivas inmediatas para mitigar el riesgo en su misma fuente y evitar la repetición del siniestro. El plan de prevención debe integrarse en la planificación general de la empresa.

| ID Hecho | Causa Raíz Determinada                                  | Medida Correctiva / Preventiva Requerida                                                | Responsable   | Fecha Límite | Estado    |
|----------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-----------|
| H1       | Bloqueo mecánico por falta de mantenimiento preventivo. | Implementar cronograma de limpieza bimestral de válvulas y registrar en legajo técnico. | Jefe de Mant. | 05/09/2026   | Pendiente |
| H3       | Inexistencia de enclavamiento físico de seguridad.      | Instalar barreras de seguridad con corte de energía enclavado eléctricamente.           | Ing. Planta   | 15/09/2026   | En Prog.  |
| -        | .....<br>.....                                          | .....<br>.....                                                                          | .....         | .../.../2026 | Pendiente |
| -        | .....<br>.....                                          | .....<br>.....                                                                          | .....         | .../.../2026 | Pendiente |

## VII. ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN PARITARIA Y CONTROL

De conformidad con las funciones del **Comité Mixto de Higiene y Seguridad Laboral** (Resolución SRT 573/2007) y la Resolución SRT 905/15, este reporte ha sido elaborado en forma colectiva y paritaria, garantizando la auditoría técnica y el compromiso social de prevención.

## VIII. REGISTRO Y CUSTODIA DIGITAL (Disposición GG SRT N° 15/2026)

**ADVERTENCIA DE CUSTODIA DIGITAL:** En el marco de la regulación del **Ecosistema Prevención 4.0 (Disposición GG SRT N° 15/2026)**, toda la documentación de prevención (RAR, capacitaciones e investigaciones de accidentes) debe cargarse de manera electrónica garantizando la **Cadena de Custodia Digital**. Este reporte y sus firmas biométricas/digitales deben registrarse mediante tecnologías inmutables (Blockchain) que certifiquen el momento de creación, impidiendo alteraciones de fechas en legajos preventivos de forma retroactiva tras un accidente.

**Riesgo Legal por Falta de Capacitación y Prevención Documentada:** Ante un siniestro donde se compruebe la omisión o falseamiento de registros de capacitación, la SRT aplicará multas severas con agravamientos acumulativos de hasta el 200%. Además, la inmutabilidad digital en blockchain impide legalmente confeccionar planes de capacitación a mano con fechas anteriores tras la ocurrencia del accidente.