Gmail **Nanda Mejia Collazos <namejiaformacion@gmail.com>**

Plan de Sesión SST del sábado 7 de marzo de 2026 – Ficha 25

3 mensajes

Nanda Mejia Collazos <namejiaformacion@gmail.com> 7 de marzo de 2026 a las 15:00
Para: Mariana Mora González <marianamora773@gmail.com>, Jose Alberto Medina Cuevas <joseyes83@gmail.com>, Valentina Estrada Melchor <incognito178alv@gmail.com>, austinsoscue.07@gmail.com, Jacqueline.pena@medicinalegal.gov.co, edith.melo.1225@gmail.com, camilolopez184@gmail.com, ac03101997@gmail.com, velasconarvaezangienatalia@gmail.com, Saray Pino <saraypino335@gmail.com>, vivi.jun8812@gmail.com, Janisxiomara2003@gmail.com, jennifer.clavijo@hotmail.com, sezacuqui@gmail.com, Brandonalexi2031@gmail.com, tangerinebymichelle@gmail.com, HENRY ALBERTO ANGARITA RODRIGUEZ <henryalbertoar@ufps.edu.co>, Jesusperez2510@gmail.com, paulaandreatgarzon@gmail.com, lopezdelgadolauraisabel@gmail.com, patinocristian6340@gmail.com, kevin.riascos@hotmail.com, ronald_240507@hotmail.com, rventeferia@gmail.com, lopezdelgadolauraisabel5@gmail.com, mj7238123@gmail.com, kevin.riascos23@hotmail.com

🟢 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA

Centro ASTIN
Programa: Coordinación del Sistema Integrado de Gestión – SST
Ficha: 25
Modalidad: Presencial
Fecha: 07 de marzo de 2026
Instructora: Nanda N. Mejía Collazos

🏷️ PLAN DE SESIÓN

“Análisis de Causalidad en Investigación de Accidentes de Trabajo: De la Observación al Control Preventivo”

🎯 RESULTADO DE APRENDIZAJE

Investigar accidentes de trabajo aplicando metodologías de análisis de causas y proponiendo acciones correctivas y de mejora dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

🎯 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la competencia técnica en investigación de accidentes mediante la aplicación práctica de metodologías de análisis de causalidad (Árbol de Problemas, Espina de Pescado y Cinco ¿Por Qué?), estructurando acciones correctivas y de mejora orientadas a la prevención.

🎯 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Comprender las metodologías de análisis de causalidad.
✓ Aplicar técnicamente el análisis de causas en el accidente trabajado.
✓ Diferenciar causa inmediata, básica y raíz.
✓ Formular acciones correctivas y acciones de mejora.
✓ Consolidar el informe técnico de investigación.

📝 Nota aclaratoria – Modalidad de la sesión

La presente sesión estaba programada inicialmente en modalidad presencial. Sin embargo, debido a la disposición institucional que establece el cierre del ambiente de formación por ser punto oficial de votación en el marco de las elecciones programadas, la sesión se desarrolló en modalidad virtual sincrónica, garantizando la continuidad del proceso formativo y el cumplimiento del resultado de aprendizaje.

Se realizaron los ajustes metodológicos correspondientes para asegurar la participación activa de los aprendices y el desarrollo de las actividades previstas en el plan de sesión.

🌱 REFLEXIÓN INICIAL

> “Un accidente no ocurre por casualidad; ocurre cuando ignoramos señales que estaban frente a nosotros.”

Reflexión guiada:

- ¿Cuántos accidentes pudieron evitarse si alguien hubiera preguntado “por qué” una vez más?
- ¿Estamos formando investigadores o solo diligenciadores de formatos?

Se conecta con el compromiso profesional del Coordinador SST.

🧠 METODOLOGÍA

✓ Activación de saberes previos.
✓ Participación activa.
✓ Exposición dirigida por aprendices.
✓ Aprender haciendo.
✓ Aplicación inmediata en caso real trabajado.
✓ Retroalimentación formativa.

🔹 DESARROLLO DE LA SESIÓN

1️⃣ Reflexión Inicial

🌱 SER IMPECABLE CON LAS PALABRAS

🎯 El poder de las palabras en la Seguridad y Salud en el Trabajo

📖 Base conceptual breve

Miguel Ruiz, en *Los Cuatro Acuerdos*, nos habla del primero y más importante:
“Sé impecable con tus palabras.”

Ser impecable significa:

- Hablar con verdad.
- No usar la palabra para dañar.
- No usarla contra otros ni contra nosotros mismos.

- Ser coherente entre lo que pensamos y lo que decimos.

Desde la Programación Neurolingüística (PNL) sabemos que el lenguaje no solo comunica…
programa nuestra mente.

Las palabras que repetimos se convierten en creencias.
Y las creencias dirigen nuestro comportamiento.

💬 Dinámica participativa

Preguntas al grupo:

- ¿Qué palabras se dicen ustedes cuando se equivocan?
- ¿Se hablan con respeto o con dureza?
- ¿Qué palabras escuchamos en los ambientes laborales cuando ocurre un error?

Construcción colectiva en tablero:

Palabras que construyen vs palabras que destruyen.

🔎 Conexión con SST

En Seguridad y Salud en el Trabajo:

- Un “eso no es nada” puede costar una vida.
- Un “revise eso por favor” puede prevenir un accidente.
- Un “eso siempre se ha hecho así” puede mantener el riesgo.

Un coordinador SST debe ser impecable con sus palabras porque:

✓ Forma cultura preventiva.
✓ Lidera con ejemplo.
✓ No minimiza riesgos.
✓ No humilla, corrige con respeto.

🌟 Cierre Reflexión

“Las palabras crean cultura.

Y la cultura crea seguridad.”

🔹 Actividad de Activación – “Buscando la Prevención”

Antes de iniciar las exposiciones, se realizará una actividad dinámica tipo **sopa de letras**, donde los aprendices deberán identificar términos clave relacionados con los pasos para reportar un accidente de trabajo.

Los aprendices contarán con **15 minutos** para desarrollar la actividad. Durante ese tiempo deberán:

✓ Resolver la sopa de letras.
✓ Identificar las palabras encontradas.
✓ Revisar los documentos adjuntos donde se explican los pasos para el reporte de accidente de trabajo.

Dinámica motivadora:

> "Vamos a ver qué equipo termina primero… pero más importante aún, que comprenda qué significa cada palabra encontrada."

Al finalizar, se hará una retroalimentación corta donde se preguntará:

- ¿Qué significa FURAT?
- ¿Cuál es el plazo para reportar un accidente?
- ¿Quién debe reportarlo?
- ¿Por qué es importante no omitir ningún paso?

🌟 **"El que aprende jugando, recuerda trabajando."**

2️⃣ Exposiciones – Metodologías de Análisis de Causalidad

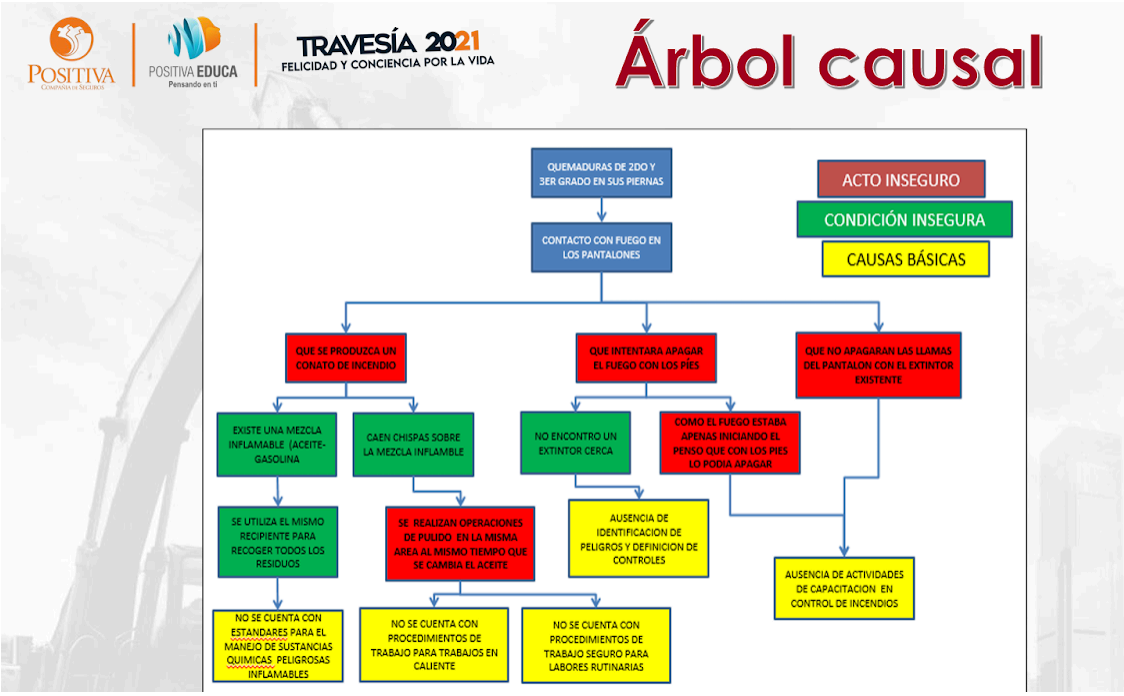
📌 1. Árbol de Problemas

Concepto teórico:
El Árbol de Problemas es una herramienta de análisis que permite identificar de manera estructurada un problema central, sus causas y sus efectos. Se representa gráficamente como un árbol donde las raíces representan causas, el tronco el problema principal y las ramas los efectos.

Aplicación en SST:
En investigación de accidentes permite visualizar de forma clara cómo múltiples causas se conectan y generan un evento.

Ejemplo 1:
Accidente: caída en escaleras.
Raíces: falta de señalización, iluminación deficiente, ausencia de inspecciones.
Efectos: lesión, incapacidad, costos.

Ejemplo 2:
Accidente por atrapamiento en máquina.
Raíces: falta de mantenimiento, ausencia de capacitación, presión por producción.



📌 2. Espina de Pescado (Diagrama de Ishikawa)

Concepto teórico:
Herramienta gráfica que organiza posibles causas de un problema en categorías (método, maquinaria, mano de obra, medio ambiente, materiales, medición).

Aplicación en SST:
Permite clasificar causas en factores humanos, técnicos y organizacionales.

Ejemplo 1:
Accidente por cortadura:

- Mano de obra: falta de capacitación.
- Máquina: protección retirada.
- Método: procedimiento inexistente.

Ejemplo 2:
Intoxicación por químico:

- Material: sustancia mal etiquetada.
- Método: no uso de EPP.
- Medio ambiente: ventilación deficiente.

📌 3. Cinco ¿Por Qué?

Concepto teórico:
Metodología que consiste en preguntar repetidamente “¿por qué?” hasta llegar a la causa raíz del problema.

Aplicación en SST:
Evita quedarse en la causa superficial.

Ejemplo 1:
Trabajador cayó.
¿Por qué? Piso mojado.
¿Por qué? No había señalización.
¿Por qué? No se realizó inspección.
¿Por qué? No existe cronograma.
¿Por qué? No se implementó plan de trabajo.

Ejemplo 2:
Trabajador sufrió descarga eléctrica.
¿Por qué? Cable expuesto.
¿Por qué? No se realizó mantenimiento.
¿Por qué? No hay responsable asignado.
¿Por qué? Falta de planificación.

🔹 Pausa Activa y Virtuscopio del Mes

Se realiza pausa activa guiada.
Espacio breve de virtuscopio enfocando la virtud de la responsabilidad profesional.

🔹 Continuación del Caso de Investigación

Aplicación directa de las metodologías al accidente trabajado por las parejas.

Cada equipo debe:

✓ Ajustar análisis causal.
✓ Confirmar causa inmediata, básica y raíz.
✓ Justificar técnicamente.

📌 ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA

🔹 Acción Correctiva

Concepto:
Medida que elimina la causa de un accidente ya ocurrido para evitar su repetición.

Ejemplo 1:
Instalar señalización permanente en zona de riesgo.

Ejemplo 2:
Implementar mantenimiento correctivo inmediato de maquinaria.

🔹 Acción de Mejora

Concepto:
Acción que fortalece el sistema más allá del evento específico, optimizando procesos preventivos.

Ejemplo 1:
Implementar programa anual de inspecciones.

Ejemplo 2:
Capacitación trimestral obligatoria en riesgos críticos.

🔹 Conexión con la Investigación que Están Desarrollando

Después de esta actividad, ustedes continuarán con la investigación del accidente simulado que ya vienen trabajando.

Hoy es clave porque deben **cerrar el informe técnico**.

Recuerden que investigar no es describir lo que pasó, sino explicar:

✓ Por qué pasó.
✓ Qué falló en el sistema.
✓ Qué se va a hacer para que no vuelva a ocurrir.

🔹 Finalización del Informe – Entregable de Hoy

Cada pareja debe:

Identificación de causas inmediatas y causas básicas:
En la investigación de un accidente de trabajo es fundamental diferenciar entre causas inmediatas y causas básicas. Las **causas inmediatas** son aquellas razones visibles y directas que desencadenaron el accidente, como actos inseguros o condiciones inseguras (por ejemplo, un piso mojado sin señalización o el no uso de un elemento de protección personal). En cambio, las **causas básicas** son los factores subyacentes que permitieron que esas causas inmediatas existieran, como fallas en la capacitación, ausencia de supervisión, deficiencias en los procedimientos o debilidades en la gestión. Por ejemplo, si un trabajador cae por un piso mojado (causa inmediata), la causa básica podría ser la falta de un programa de inspecciones locativas o la inexistencia de un protocolo de señalización. Identificar correctamente ambas permite ir más allá del hecho superficial y fortalecer el sistema para evitar que el accidente se repita.

Recuerden incluir la identificación de causa básica e inmediata guiándose en la norma ISO

✓ Incorporar el análisis definitivo aplicando una de las metodologías vistas (Árbol de Problemas, Espina de Pescado o Cinco ¿Por Qué?).

Identificación de la causa raíz:
Además de las causas inmediatas y básicas, la investigación debe profundizar hasta encontrar la **causa raíz**, que es el origen estructural del problema dentro del sistema de gestión. La causa raíz responde a la pregunta: ¿qué falló realmente en la organización para que este accidente pudiera ocurrir? No se trata de culpar a la persona, sino de identificar la debilidad del sistema. Por ejemplo, si un trabajador cayó por piso mojado (causa inmediata) y no existía un protocolo de señalización ni supervisión (causa básica), la causa raíz podría ser la ausencia de un procedimiento formal de control de riesgos locativos o la falta de implementación efectiva del SG-SST. Cada pareja debe incluir claramente en su investigación la causa raíz identificada, sustentada técnicamente, ya que es esta la que permitirá formular acciones correctivas realmente eficaces y evitar la repetición del accidente.

"Si una investigación no identifica la causa raíz, no es una investigación completa; es solo una descripción del accidente. La verdadera prevención comienza cuando se corrige el origen del problema, no solo el síntoma."

✓ Formular mínimo 2 acciones correctivas.
✓ Formular mínimo 2 acciones de mejora.
✓ Ajustar la redacción técnica del informe.
✓ Verificar coherencia entre causas y acciones.

Recuerden:

- La acción correctiva elimina la causa del accidente ocurrido.
- La acción de mejora fortalece el sistema para evitar que algo similar vuelva a suceder.

Ejemplo:

Si el accidente ocurrió por falta de señalización:

✓ Acción correctiva: instalar señalización inmediata.
✓ Acción de mejora: implementar programa mensual de inspecciones locativas.

📌 Orientación para cierre de Investigación de Accidente de Trabajo

Apreciados aprendices,

Con el fin de cerrar de manera formal y técnica el proceso de investigación de accidente de trabajo, el día de hoy debemos consolidar y finalizar todos los documentos correspondientes.

Independientemente de las exposiciones, el resultado de aprendizaje exige que cada uno demuestre dominio en la investigación completa del accidente.

Por lo tanto, hoy deben entregar:

📂 Documentos obligatorios:

1. FURAT completamente diligenciado.
2. Entrevista al trabajador accidentado.
3. Entrevista al testigo del accidente.
4. Formato de Investigación de Accidente de Trabajo diligenciado.
5. Identificación clara de:
    - Causas inmediatas
    - Causas básicas

- Causa raíz

6. Aplicación de una metodología de análisis de causalidad:
    - Diagrama de Ishikawa (Espina de pescado)
    - Árbol de problemas
    - Técnica de los 5 ¿Por qué?
7. Proponer acciones correctivas y de mejora a partir del analisis del accidente de trabajo.

📌 Recordatorio técnico importante

Una investigación no termina cuando se describe el accidente.

Termina cuando:

✓ Se identifican correctamente las causas.
✓ Se determina la causa raíz.
✓ Se establecen acciones correctivas y de mejora.

Si no se identifica la causa raíz, el accidente puede repetirse.

📌 Organización del tiempo

Durante la sesión se dará un espacio para que consoliden la información y organicen los formatos.
Posteriormente, podrán terminar detalles en casa si es necesario.

📌 Fecha máxima de entrega:
7 de marzo de 2026, antes de finalizar el día.

Debe enviarse el expediente completo del accidente, con todos los anexos.

📌 IMPORTANTE

La evidencia debe quedar finalizada y entregada el día de hoy.

No es solo un trabajo académico.
Es una simulación real de lo que ustedes harán como Coordinadores del SG-SST.

Leer el material de apoyo adjunto y aplicar una de las metodologías a la investigación del accidente de trabajo simulado y cerrar el informe entregable el dia de hoy

📄 EVIDENCIAS

✓ Conocimiento: comprensión de metodologías.
✓ Desempeño: aplicación al caso real.
✓ Producto: informe ajustado con análisis causal completo.

🌟 FRASE DE CIERRE

“Investigar no es cumplir un requisito, es proteger vidas.

Quien aprende a analizar causas hoy, evitará tragedias mañana.”

Y una invitación final:

“Estudiar Seguridad y Salud en el Trabajo no es solo obtener un título, es prepararse para salvar vidas con conocimiento.”

Cordialmente,

--
Nanda N. Mejía Collazos
Administradora de empresas - Postgrado en docencia
Especialista en Gerencia Seguridad y Salud en el trabajo

5 adjuntos

- **que-hacer-accidente palabras claves.pdf** 9400K
- **reportar-accidente.pdf** 10540K
- **investigación de accidentes METODOLOGIA.pptx** 3640K
- **ntc-3701-clasificacion-y-estadistica-de-at-y-el.pdf** 149K
- **D057-PR-500-02-001 Guia Investigacion Accidentes v1 Chile.pdf** 819K

Jacqueline Peña Rivera <jacqueline.pena@medicinalegal.gov.co> 7 de marzo de 2026 a las 17:41
Para: Nanda Mejia Collazos <namejiaformacion@gmail.com>

Este mensaje y sus archivos adjuntos están dirigidos exclusivamente a su destinatario y pueden contener información confidencial. No se permite su reproducción o distribución sin autorización del INMLCF. Si usted no es el destinatario final, elimínelo e informe al remitente. Consulte nuestra política de tratamiento de datos en el siguiente enlace: https://www.medicinalegal.gov.co/en/politicas-institucionales.

Este mensaje y sus archivos adjuntos están dirigidos exclusivamente a su destinatario y pueden contener información confidencial. No se permite su reproducción o distribución sin autorización del INMLCF. Si usted no es el destinatario final, elimínelo e informe al remitente. Consulte nuestra política de tratamiento de datos en el siguiente enlace: https://www.medicinalegal.gov.co/en/politicas-institucionales.

ACCIDENTES DE TRABAJO.pptx
7540K

Agustín Soscue. <austinsoscue.07@gmail.com> 7 de marzo de 2026 a las 22:04
Para: Nanda Mejia Collazos <namejiaformacion@gmail.com>

[El texto citado está oculto]

2 adjuntos

que-hacer-accidente palabras claves.pdf
9812K

reportar-accidente.pdf
10652K