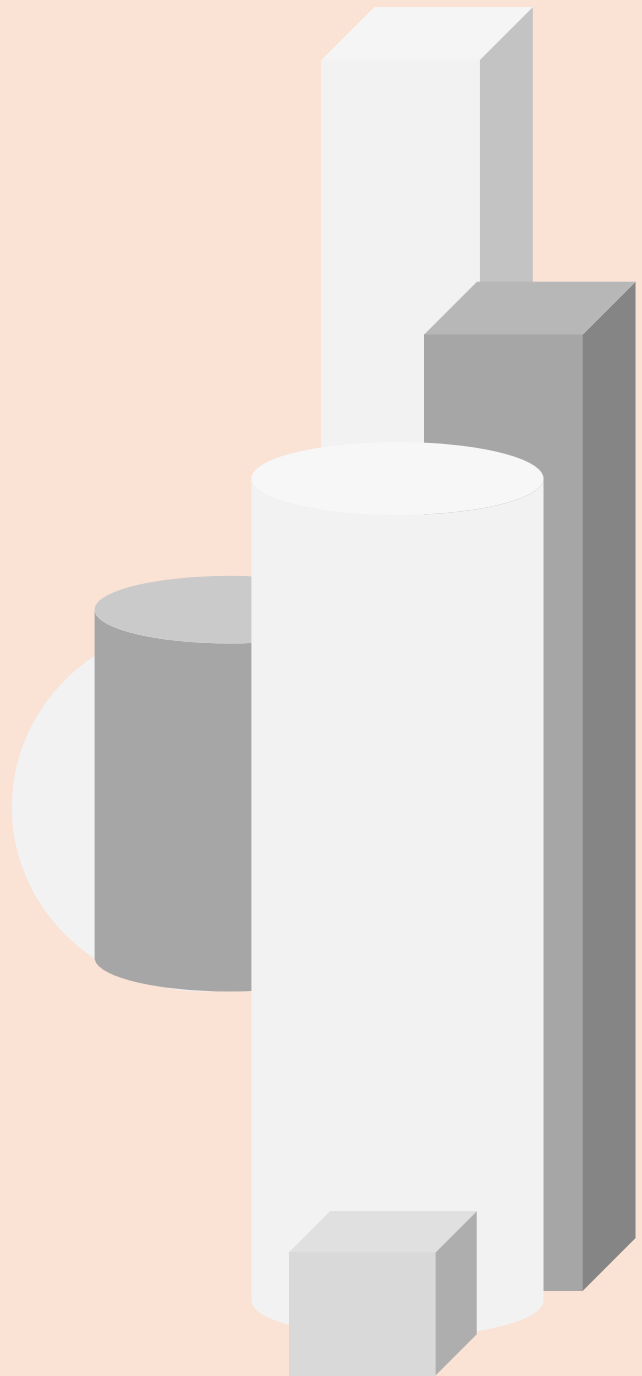




Metodologías de Análisis Causal en Investigaciones de Incidentes, Accidentes y Enfermedades Laborales

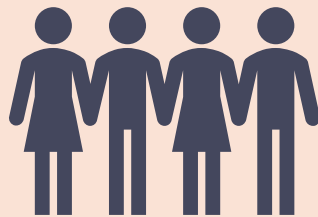
**Metodologías de Análisis Causal en
Investigaciones de Incidentes, Accidentes y
Enfermedades laborales**
Desarrollo Técnico: Dirección de Producto ARL
Diagramación: Dirección de Producto ARL

Todos los derechos reservados
Compañía de Seguros Colsanitas S.A.
2025



Contenido

● Marco legal	4
● Análisis Causal en Investigaciones de Incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral	5
● Cinco Porqués	6
● Diagrama Causa-Efecto (Espina de Pescado o Ishikawa)	9
● Árbol de Causas	11
● Lluvia de Ideas	13
● Método SCRA: Síntoma-Causa-Remedio-Acción	15
● Buenas Prácticas - Análisis Causal de valor	17
● Glosario	19



Marco Legal

El análisis causal en Colombia no es solo una buena práctica, sino una obligación legal. La normativa colombiana exige que las empresas investiguen los incidentes, accidentes de trabajo y las enfermedades laborales para identificar sus causas y establecer medidas preventivas.

- **Resolución 1401 de 2007:** Establece los requisitos mínimos y el formato de informe de investigación de accidentes de trabajo. Aunque parte de su contenido ha sido integrado al Decreto 1072, sigue siendo una referencia importante para la presentación y contenido de los informes. Es fundamental revisar su vigencia y complementariedad con la normativa actual.
- **Ley 1562 de 2012:** Modifica el Sistema General de Riesgos Laborales. En su Artículo 3, define el accidente de trabajo y en el Artículo 4, la enfermedad laboral. Es la base para la obligatoriedad de la investigación de eventos.
- **Decreto 1072 de 2015 (Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6 - Artículos 2.2.4.6.1 al 2.2.4.6.37):** El Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo establece las directrices para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Específicamente, exige la investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
 - **Artículo 2.2.4.6.32:** Obligación de investigar todos los incidentes y accidentes de trabajo y las enfermedades laborales con la participación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) o la Vigía de SST.
 - **Artículo 2.2.4.6.33:** Establece que la investigación debe ser realizada por un equipo investigador que debe incluir al jefe inmediato o supervisor del trabajador accidentado o enfermo, un representante del COPASST o la Vigía de SST, y el encargado del SG-SST. En caso de accidentes graves o mortales, debe participar un profesional con licencia en SST.
 - **Artículo 2.2.4.6.34:** Indica que la investigación debe identificar las causas, determinar las acciones correctas y preventivas, y asegurar su implementación y seguimiento.

Es crucial que las empresas conozcan y apliquen esta normativa para evitar sanciones y, lo más importante, para proteger la vida y la salud de sus trabajadores.

Análisis Causal en Investigaciones de Incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral



El análisis causal es una herramienta fundamental en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Su objetivo es identificar las causas raíz de los incidentes, accidentes de trabajo y las enfermedades laborales, no solo para corregir el problema inmediato, sino para implementar medidas preventivas que eviten su recurrencia. Esta guía explora

metodologías libres y de fácil acceso, con ejemplos prácticos, y recomendaciones para una investigación efectiva.

Es fundamental detallar el **paso a paso o procedimiento** para aplicar en cada metodología una de las 5 opciones que se presentan a continuación:



1. Cinco Porqués

a. Estándar



Figura 1. Cinco Porqués estándar

Conocimiento: Esta técnica sencilla y poderosa busca la causa raíz de un problema preguntando repetidamente "¿Por qué?". La idea es que al menos cinco veces se profundice en la cadena de causalidad, revelando relaciones que no son evidentes a primera vista. Es ideal para problemas de complejidad moderada y para iniciar un análisis.

Utilización: Se utiliza en equipos pequeños o individualmente. Cada respuesta al "¿Por

qué?" se convierte en la base para la siguiente pregunta.

Resultados: Permite identificar rápidamente causas raíz superficiales y facilitar la comprensión de las interacciones entre los factores que contribuyen a un evento.

Procedimiento paso a paso:

1. Identifica el Problema/Evento: Define claramente el accidente o enfermedad

laboral que ocurrió. Escríbelo de forma concisa.

2. Pregunta "¿Por qué?": Pregúntate por qué ocurrió el problema identificado en el paso anterior y escribe la respuesta.

3. Continúa Preguntando "¿Por qué?": Toma la respuesta del paso anterior y pregúntate nuevamente "¿Por qué ocurrió esto?". Repite este paso al menos cinco veces, o hasta que la respuesta te dirija a una causa raíz que ya no puede ser

desglosada con otro "por qué" práctico y que puede ser controlado o eliminado.

4. Identifica la Causa Raíz: La última respuesta en la cadena de "porqués" es probablemente la causa raíz. Esta debe ser una causa fundamental que, si se corrige, evitaría que el problema se repita.

5. Desarrolla Acciones Correctivas: Basado en la causa raíz identificada, fórmula acciones para abordarla y prevenir la recurrencia.

Ejemplo de aplicación:

Accidente: Un trabajador se resbala y cae en el área de producción.

- **Problema:** El trabajador se resbala y cae.
- **1. ¿Por qué se resbaló y cayó el trabajador?** Había aceite derramado en el suelo.
- **2. ¿Por qué había aceite derramado en el suelo?** Una máquina estaba goteando.
- **3. ¿Por qué la máquina estaba goteando?** El sello de una manguera hidráulica estaba deteriorado.
- **4. ¿Por qué el sello de la manguera hidráulica estaba deteriorado?** No se realizó el mantenimiento preventivo programado.
- **5. ¿Por qué no se realizó el mantenimiento preventivo programado?** No existe un programa de mantenimiento preventivo para esa máquina en particular.

Causa Raíz Identificada: Falta de un programa de mantenimiento preventivo para la máquina.

b. Compuesto

El **5 Porqués Compuesto**, adiciona más preguntas a cada "Porqué" con el fin de tener más información de modo lugar o circunstancia. Esta preguntas adicionales son:

- **¿Quién?**, aquí se establece el sujeto relacionado con el argumento del porqué. Podría indicar el mismo sujeto

del accidente u otros que intervengan en la cadena de sucesos.

- **¿Dónde?**, esta pregunta refiere al lugar físico relacionado en el suceso y/o descrito en el contexto de lugar del porqué.
- **¿Cuándo?**, en este campo de debe indicar el tiempo (fecha/hora) en el que

se desarrolló el suceso o contexto del respectivo porqué.

- **¿Cómo?**, aquí se debe ampliar el modo o como ocurrió lo argumentado a cada porqué. Normalmente sirve de contextualización sobre la situación, para ampliar los detalles que para el equipo investigador puedan ser relevantes.
- **¿Cuánto?**, permite detallar cuando sea posible si las acciones de cada porque

tuvieron un impacto económico cuantificable.

Esta modalidad metodológica es muy aplicable a eventos complejos y con alta significancia, donde la ampliación de detalles en el análisis causal requiera de mayor trabajo y permita mantener con relevancia la información detallada para procesos subsiguientes a la investigación, como la generación de planes de acción o acciones correctivas y preventivas.

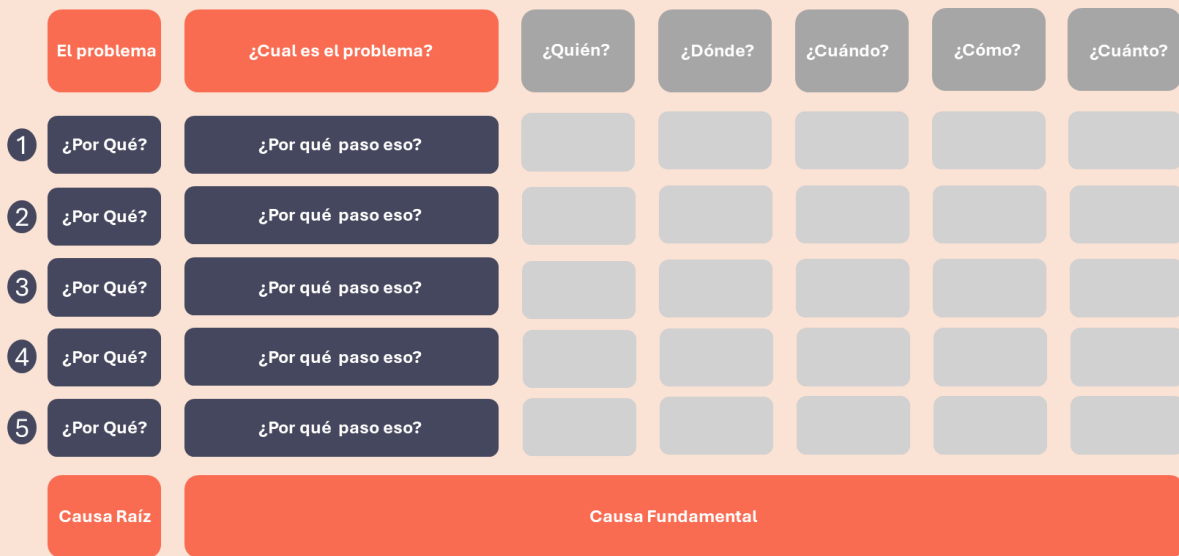


Figura 2. Cinco Porqués compuesto



2. Diagrama Causa-Efecto (Espina de Pescado o Ishikawa)

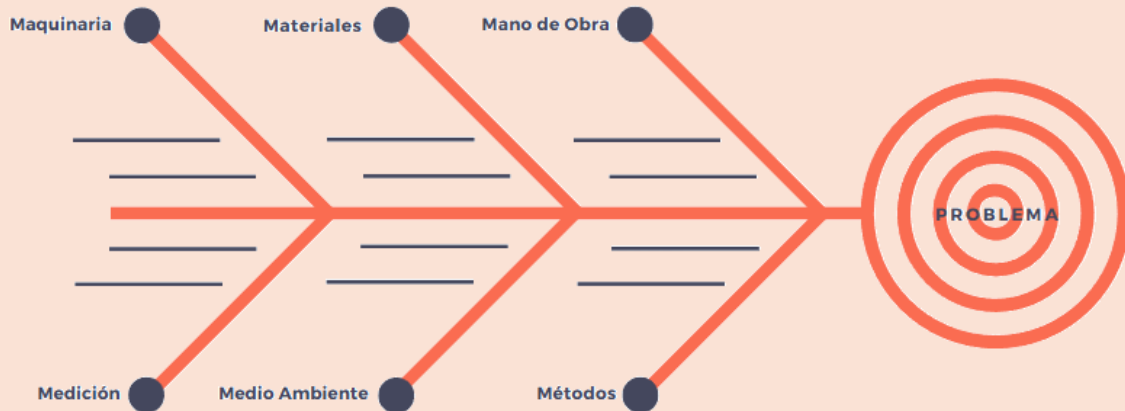


Figura 3. Diagrama Ishikawa

Conocimiento: El Diagrama Causa-Efecto, también conocido como Diagrama de Ishikawa o Espina de Pescado, es una herramienta gráfica que ayuda a visualizar las múltiples causas potenciales de un problema. Organiza las causas en categorías principales (comúnmente Materiales, Maquinaria, Mano de Obra, Medio Ambiente, Métodos y Medición), facilitando una visión holística.

Utilización: Ideal para sesiones de lluvia de ideas grupales. Se dibuja una "espina" horizontal que apunta al "efecto" (el problema o accidente). De esta espina, se desprenden ramas principales que representan las categorías de causas. De cada rama principal, se desprenden ramas más pequeñas para las causas específicas.

Resultados: Proporciona una representación visual clara de todas las posibles causas, promueve el pensamiento estructurado y ayuda a

identificar áreas donde se necesita más investigación.

Procedimiento paso a paso:

1. Defina el Efecto/Problema: En el extremo derecho del diagrama, escriba claramente el problema o efecto que desea analizar (el accidente o enfermedad laboral). Dibuja una flecha horizontal que apunte hacia él, representando la "espina" del pescado.

2. Identifica las Categorías Principales: Dibuja "espinas" diagonales (ramas principales) que se desprenden de la espina central. Tradicionalmente se usan las "6M": **Mano de Obra, Maquinaria, Métodos, Materiales, Medio Ambiente y Medición**. Puedes adaptar o añadir categorías según la naturaleza de tu problema.

3. Realiza una lluvia de ideas de causas: Para cada categoría principal, realiza una lluvia de ideas con el equipo para

identificar todas las posibles causas relacionadas con el problema. Anímate a pensar de forma amplia y no descartar ideas inicialmente.

4. Agregue las Causas a las Ramas: Escriba cada causa identificada como una rama más pequeña que se desprende de su categoría principal correspondiente. Si una causa tiene subcausas, dibuja ramas

aún más pequeñas que se desprendan de ella.

5. Analiza y Prioriza: Una vez completado el diagrama, revisa todas las causas. Discute con el equipo cuáles son las más probables o significativas. Puedes usar técnicas adicionales como la votación o la ponderación para priorizar las causas que requieren una acción inmediata.

Ejemplo de aplicación:

Efecto (Incidente/Accidente): Explosión en el laboratorio.

Posibles Causas (Ejemplos):

- **Mano de Obra:** Falta de capacitación del personal, omisión de protocolos de seguridad, uso inadecuado de EPP.
- **Materiales:** Sustancias químicas incompatibles almacenadas juntas, reactivos caducados, envases deteriorados.
- **Maquinaria:** Fallo en el sistema de ventilación, equipos en mal estado, termostatos defectuosos.
- **Métodos:** Procedimientos de trabajo inseguros, ausencia de listas de verificación, supervisión inadecuada.
- **Medio Ambiente:** Temperatura ambiente elevada, ventilación deficiente, humedad excesiva.
- **Medición:** Calibración incorrecta de instrumentos, falta de monitoreo de variables críticas.



3. Árbol de Causas

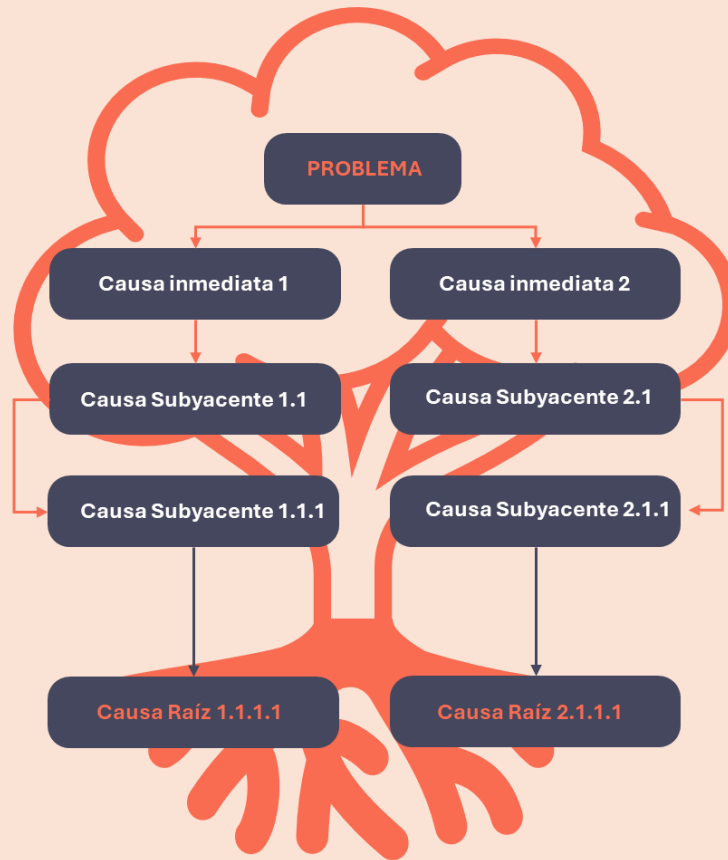


Figura 4. Diagrama Árbol de Causas

Conocimiento: El Árbol de Causas es una metodología que representa gráficamente la secuencia de eventos que llevaron al accidente, identificando las causas inmediatas y las causas subyacentes. Se construye de abajo hacia arriba, comenzando por el último evento y preguntando "¿Qué fue lo inmediatamente anterior y necesario para que esto sucediera?".

Utilización: Es especialmente útil para investigaciones de accidentes complejos, donde se busca comprender la interacción entre múltiples factores. Se

construye un diagrama que muestra las relaciones lógicas entre los hechos y los eventos.

Resultados: Ofrece una visión clara de la cadena causal, identifica los "nudos" o puntos críticos donde se pueden aplicar medidas preventivas y permite ver las interconexiones entre los factores humanos, técnicos y organizacionales.

Procedimiento paso a paso:

1. Definir el Hecho Final (Accidente):

Identifica el evento final, el accidente o la

lesión. Colócalo en la parte superior del diagrama.

2. Identifica los Hechos Inmediatos

Anteriores: Pregúntate: "¿Qué evento o circunstancia fue inmediatamente anterior y necesaria para que el hecho final ocurriera?". Busque todos los hechos directamente relacionados y que, al eliminarlos, hubieran evitado el accidente.

3. Continúa la Cadena de Hechos: Para cada hecho identificado en el paso anterior, vuelve a preguntar: "¿Qué evento o circunstancia fue inmediatamente anterior y necesaria para que este hecho ocurriera?". Repite este proceso regresivamente, identificando la cadena de causas.

4. Representa las Relaciones Lógicas:

- **Conjunción (AND):** Si dos o más hechos son necesarios simultáneamente para que ocurra el siguiente, dibuja una "Y" o un

conector que los una antes de la flecha que lleva al siguiente hecho.

- **Disyunción (OR):** Si un hecho puede ser causado por una de varias circunstancias independientes, dibuja flechas separadas que confluyen en el hecho. (Aunque en un árbol de causas puro se prioriza la conjunción, es importante reconocer la posibilidad de caminos alternativos).

5. Identifica las Causas Raíz: El análisis se detiene cuando se llega a causas que son fallas fundamentales del sistema, factores organizacionales o condiciones básicas que, si se modifican, prevendrían eventos similares en el futuro. Estas son las "raíces" del árbol.

6. Formular Acciones Preventivas: Una vez identificadas las causas raíz, desarrolla acciones correctivas y preventivas que actúen sobre ellas.

Ejemplo de aplicación:

Accidente: Caída de un trabajador desde una altura. Problema: Trabajador cae desde altura

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| • (Causa inmediata 1) | Trabajador pierde equilibrio |
| • (Causa inmediata 2) | No hay baranda de seguridad |
| • (Causa subyacente 1.1) | Superficie resbaladiza |
| • (Causa subyacente 2.1) | Diseño inadecuado de la plataforma |
| • (Causa subyacente 1.1.1) | Derramamiento de agua |
| • (Causa subyacente 2.1.1) | Falta de inspección de seguridad |
| • (Causa raíz 1.1.1.1) | Fuga en tubería |
| • (Causa raíz 2.1.1.1) | No hay procedimiento para inspección |

Causas Raíz Identificadas: Fuga en la tubería y falta de un procedimiento para la inspección de la plataforma.

3. Lluvia de Ideas

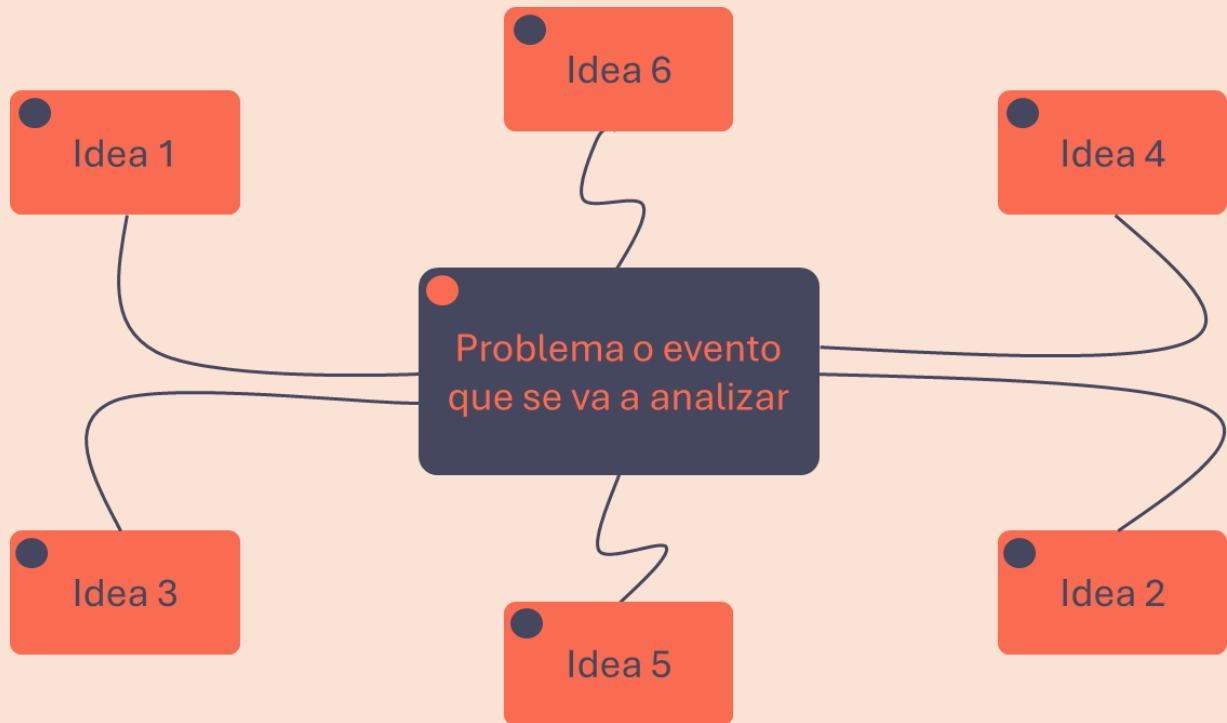


Figura 5. Esquema de Lluvia de Ideas

Conocimiento: La lluvia de ideas es una técnica de generación de ideas en grupo, utilizada para recolectar el mayor número posible de causas potenciales relacionadas con un evento o problema. Se fomenta la creatividad y la participación sin juicios iniciales.

Utilización: Se realiza en una sesión grupal con un facilitador. Los participantes exponen todas las ideas que se les ocurren sobre las posibles causas del accidente o enfermedad laboral. Todas las ideas se registran, sin importar cuán "descabelladas" parezcan al principio. Posteriormente, las ideas se agrupan, clasifican y se analizan para determinar su relevancia.

Resultados: Genera una gran cantidad de ideas en poco tiempo, fomenta la participación del equipo, y puede revelar perspectivas y causas que de otra manera no se hubieran considerado. Aunque no es una metodología de análisis por sí misma, es una excelente herramienta complementaria para las otras metodologías.

Procedimiento paso a paso:

1. Define el Objetivo: Expresa claramente el problema o el evento que se va a analizar (ej. "Causas del accidente X"). Asegúrate de que todos los participantes entiendan el objetivo.

2. Establece las Reglas Básicas:

- **No críticas:** Todas las ideas son válidas, no se permite juzgar ni criticar las ideas de otros.

- **Cantidad sobre calidad:** El objetivo es generar el mayor número de ideas posibles.

- **Ideas "locas" bienvenidas:** Anima a los participantes a pensar fuera de lo convencional.

- **Construir sobre las ideas de otros:** Anima a los participantes a tomar ideas de otros y expandirlas.

3. Genera Ideas: El facilitador debe invitar a los participantes a expresar sus ideas de forma libre. Pueden decirlo en voz alta, escribirlas en post-its o en una pizarra. El

facilitador anota todas las ideas sin modificarlas.

4. Organiza y Clarifica (Opcional, pero recomendado): Una vez que se ha agotado la generación de ideas (no surgen más ideas nuevas), el facilitador puede agrupar las ideas similares, eliminar duplicados y aclarar cualquier idea que no sea completamente entendible.

5. Analiza y Prioriza: Con las ideas organizadas, el equipo ahora puede analizarlas críticamente. Pueden usar votación, discusión o aplicar otra metodología (como el Diagrama de Ishikawa) para identificar las causas más probables o significativas que requieren mayor investigación o acción.

Ejemplo de aplicación:

Incidente/Accidente: Cortes frecuentes en la mano de los operarios al manipular una máquina.

Ideas de Causas (Lluvia de Ideas):

- La máquina es vieja.
- Falta de guantes adecuados.
- El diseño de la máquina es defectuoso.
- Los operarios no están capacitados.
- Hay prisa en la producción.
- La iluminación es deficiente.
- Hay distracciones en el área.
- Los cuchillos están desafilados.
- Falta de protectores en la máquina.
- No hay pausas activas.
- El material es difícil de cortar.
- Falta de supervisión.
- La limpieza del área es inadecuada.

Posteriormente, estas ideas se pueden organizar y analizar con otras metodologías (ej. Diagrama Causa-Efecto) para identificar las causas raíz.

5. SCRA: Síntoma-Causa-Remedio-Acción



Figura 6. Esquema SCRA

Conocimiento: El método **SCRA** es un enfoque estructurado para el análisis de problemas y la formulación de soluciones. Desglosa el problema en cuatro componentes clave:

- **Síntoma:** ¿Qué es lo que está sucediendo? La manifestación observable del problema.
- **Causa:** ¿Por qué está sucediendo? La raíz del problema.
- **Remedio:** ¿Qué se puede hacer para resolver el problema? La solución propuesta.
- **Acción:** ¿Qué se debe hacer para implementar el remedio? Los pasos concretos para seguir.

Utilización: Se utiliza para abordar problemas específicos de manera metódica. Es útil para equipos que necesitan un marco claro para pasar del diagnóstico a la implementación de soluciones.

Resultados: Proporciona un marco lógico para el análisis y la resolución de problemas, asegura que las soluciones estén directamente relacionadas con las causas raíz y facilita la planificación de la implementación.

Procedimiento paso a paso:

1. Identificar el Síntoma: Describa de forma precisa y objetiva la manifestación del problema o el accidente/enfermedad laboral. Responde a la pregunta "¿Qué observamos que está sucediendo?". Para ampliar la información se podría aplicar la **metodología de las 6 W**, basadas en las preguntas de "qué, quién cuándo, dónde y cómo". Su finalidad es poner el "foco" al análisis. Se obvia el "por qué", puesto que se va a desarrollar en el cuadrante siguiente.

2. Determinar la causa: Profundiza en el porqué del síntoma. Utiliza otras metodologías de análisis causal (como los 5 Porqués o el Árbol de Causas) si es necesario

para llegar a la causa raíz. Responde a la pregunta "¿Por qué está sucediendo el síntoma?". Es posible que haya varios asuntos que hayan originado el suceso, por lo que puede haber más de un camino a seguir (puedes hacer varios análisis en paralelo): cada raíz te llevará a un problema distinto.

3. Proponer el Remedio: Basado en la causa identificada, piensa en la solución ideal o el enfoque general para eliminar o controlar la causa raíz. Responde a la pregunta "¿Qué se puede hacer para resolver el problema?". Pueden ser medidas de tipo correctivo, preventivo e incluso proactivo. Es recomendable hacerlo en grupos de trabajo,

especialmente del mismo área afectada. Una buena forma puede ser la de hacer un "Brainstorming", por ejemplo, usando el **método 3-12-3**.

4. Definir las Acciones: Convierte el remedio en pasos concretos, específicos y medibles. Establece quién es el responsable de cada acción y un plazo para su implementación. Responde a la pregunta "¿Qué pasos concretos se deben tomar para implementar el remedio?".

Importante, para su SGSST (Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo) y de mejora continua, todas las acciones deberán entrar en dicho ciclo PHVA.

Ejemplo de aplicación:

Incidente/Accidente: Un trabajador sufre quemaduras de primer grado en un brazo mientras manipula un horno industrial.

Síntoma: El trabajador sufrió quemaduras de primer grado en el brazo izquierdo.

Causa: El guante de protección térmica que utilizaba el trabajador estaba perforado y no brindó la protección adecuada. Además, el trabajador no había sido reentrenado en el uso correcto de los EPP en los últimos 6 meses.

Remedio: Suministrar guantes de protección térmica nuevos y de mayor calidad. Implementar un programa de inspección regular de EPP y reentrenamiento periódico en su uso adecuado.

Acción:

- Adquirir 20 pares de guantes de protección térmica con certificación (Responsable: [Nombre/Área], Fecha límite: [Fecha]).
- Capacitar a todo el personal que opera el horno industrial sobre la importancia y el uso correcto de los guantes térmicos (Responsable: [Nombre/Área], Fecha límite: [Fecha]).
- Establecer un cronograma de inspección mensual de EPP para el personal de producción (Responsable: [Nombre/Área], Fecha límite: [Fecha]).
- Actualizar el inventario de EPP y los registros de entrega y capacitación (Responsable: [Nombre/Área], Fecha límite: [Fecha]).

Brainstorming 3-12-3. Se trata de utilizar 3 minutos para generar ideas, 12 minutos para crear los conceptos y 3 minutos para presentarlos. Y los resultados suelen ser muy creativos y con muchos detalles.

Buenas Prácticas para realizar un Análisis Causal de Valor

Realizar un análisis causal efectivo es clave para la mejora continua de la seguridad y salud en el trabajo. Aquí te presento algunas recomendaciones:

1. **Actuar con prontitud:** La investigación debe iniciarse lo más pronto posible después del evento, mientras la información está fresca y las evidencias no se han alterado.
2. **Asegurar la escena:** Es fundamental proteger el lugar del accidente para preservar la evidencia. Si es seguro hacerlo, tome fotografías, haga croquis y registre todos los detalles relevantes.
3. **Formar un equipo multidisciplinario:** La investigación debe ser realizada por un equipo que incluya al jefe inmediato, un representante del COPASST/Vigía de SST, y el profesional del SG-SST. En casos graves, considere la participación de expertos externos si es necesaria.
4. **Recopilar información de diversas fuentes:** No se limite a una sola fuente. Hable con testigos, revise procedimientos, hojas de seguridad, registros de mantenimiento, historiales médicos y cualquier otro documento relevante.
5. **Entrevistar a los involucrados:** Realice entrevistas a los trabajadores afectados, testigos y supervisores. Cree un ambiente de confianza para obtener información honesta y completa. Evite culpar, el objetivo es entender qué pasó y por qué.
6. **Enfocarse en "por qué" y no en "quién":** El objetivo principal del análisis causal es identificar las deficiencias del sistema, no encontrar culpables. Una cultura de no castigo fomenta la divulgación de información.
7. **Profundizar en las causas:** No se queda en las causas inmediatas. Use metodologías como los 5 Porqués o el Árbol de Causas para llegar a las causas raíz.
8. **Implementar acciones correctivas y preventivas:** Una vez identificadas las causas raíz, desarrollos concretos para eliminarlas o controlarlas. Estas acciones deben ser específicas, medibles, alcanzables, relevantes y con un plazo definido (SMART).
9. **Realizar seguimiento y verificación:** Las acciones implementadas deben ser monitoreadas para asegurar su efectividad. Verifique que los riesgos se hayan reducido y que no hayan surgido nuevos problemas.

10. Documentar todo el proceso: Mantenga un registro detallado de la investigación, las metodologías utilizadas, los hallazgos, las acciones implementadas y los resultados del seguimiento. Esta documentación es fundamental para el cumplimiento legal y para el aprendizaje organizacional.

11. Comunicar los hallazgos: Comparte los resultados de la investigación y las lecciones aprendidas con todos los trabajadores relevantes. Esto fomenta la cultura de seguridad y ayuda a prevenir futuros incidentes.

12. Aprender de cada evento: Cada accidente o enfermedad laboral es una oportunidad para aprender y mejorar el SG-SST. Utilice la información para revisar y actualizar sus políticas, procedimientos y programas de capacitación.

Al seguir estas recomendaciones, las empresas podrán realizar análisis causales rigurosos y efectivos, contribuyendo significativamente a un entorno de trabajo más seguro y saludable.



Glosario

- **Incidente en el trabajo:** Suceso en el trabajo que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos.
- **Accidente de Trabajo:** Todo suceso arrepentido que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produce en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. (Ley 1562 de 2012, Artículo 3).
- **Enfermedad Laboral:** Aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. (Ley 1562 de 2012, Artículo 4).
- **Causa Raíz:** Aquella causa fundamental y profunda que, si se elimina, evitará que el evento no deseado se repita.
- **Causa Inmediata:** Circunstancia que precede directamente al accidente o incidente y que puede ser el contacto con una energía o sustancia, o la falta de protección.
- **Causa Básica/Subyacente:** Razones fundamentales que subyacen a las causas inmediatas y que generalmente se relacionan con factores personales o factores del trabajo.
- **Factor Personal:** Característica individual de un trabajador que contribuye a un accidente o enfermedad laboral (ej. falta de conocimiento, motivación inadecuada).
- **Factor del Trabajo:** Condición del ambiente de trabajo, equipos, materiales o métodos que contribuyen a un accidente o enfermedad laboral (ej. diseño de máquina, mantenimiento deficiente).
- **Investigación:** En el contexto de esta guía, se define como proceso sistemático para identificar las causas de un incidente, accidente de trabajo o enfermedad laboral con el fin de prevenir su recurrencia.
- **Prevención:** Conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.
- **Control de Riesgos:** Aplicación de medidas para eliminar o reducir la probabilidad o la severidad de un evento peligroso.

Seguros  Colsanitas ARL

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO


Vigilado Supersalud