

**DATOS DEL INCIDENTE**

**N.º DE INFORME:**

71-225-2022-SP

**FECHA DEL INFORME:**

15 de agosto de 2022

**FECHA DEL INCIDENTE:**

16 de septiembre de 2021

**TRABAJADOR:**

54 años de edad

**INDUSTRIA:**

Contratistas de acero estructural y concreto preformado

**OCUPACIÓN:**

Operador de montacargas / Instalador

**ESCENARIO:**

Almacén del cliente

**TIPO DE EVENTO:**

Atropellado / Aplastado



Cuñas niveladoras en el piso, cerca del soporte metálico donde los trabajadores estaban instalando bastidores.

[Para ver una versión en presentación de diapositivas, oprima aquí.](#)



Este relato se elaboró para alertar a los empleadores y trabajadores sobre un incidente trágico y se basa SOLAMENTE en datos preliminares y no representa las determinaciones definitivas sobre la naturaleza del incidente o la causa de la lesión. Elaborado por el Programa de Evaluación y Control de Fatalidades del Estado de WA (FACE) y la División de Seguridad y Salud Ocupacional (DOSH) del Departamento de Labor e Industrias del Estado de Washington. El Programa FACE recibe apoyo parcial de un subsidio del Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (subsidio de NIOSH n.º 5U60H008487). Para obtener más información, visite [www.lni.wa.gov/safety-health/safety-research/ongoing-projects/work-related-fatalities-face](http://www.lni.wa.gov/safety-health/safety-research/ongoing-projects/work-related-fatalities-face).

**Operador aplastado entre montacargas y bastidor de almacenamiento**

**RESUMEN**

Un operador de montacargas de 54 años de edad murió después de ser aplastado entre un montacargas y un bastidor de almacenamiento. El operador y un compañero de trabajo estaban instalando bastidores de almacenamiento metálicos grandes en el almacén de un cliente. Estaban en el proceso de colocar cuñas debajo de los soportes para nivelar los bastidores.

El operador estaba usando un montacargas para levantar los soportes para instalar las cuñas mientras su compañero de trabajo taladraba agujeros en el piso de concreto para anclar los soportes. El operador estacionó el montacargas, apagó el motor y aplicó el freno de estacionamiento. Después salió del montacargas pero dejó las cuchillas levantadas a unas 39 pulgadas de altura. Accidentalmente estacionó sobre el cable del taladro que su compañero de trabajo estaba usando. Su compañero de trabajo subió al montacargas para moverlo y tratar de liberar el cable. Arrancó el motor y puso la marcha en avance, pero no sabía cómo quitar el freno de estacionamiento. Pidió ayuda, así que el operador introdujo el cuerpo en la cabina y liberó el freno de estacionamiento. Al liberar el freno, el montacargas empezó a avanzar hacia los soportes metálicos. El compañero de trabajo giró el volante para evitar los soportes y el operador fue aplastado entre la parte trasera del montacargas y uno de los soportes metálicos. El compañero de trabajo entró en pánico y saltó del montacargas, que por fin se detuvo cuando sus cuchillas golpearon una pared. El operador fue declarado muerto poco después de su llegada al hospital.

Después del accidente, los investigadores determinaron que:

- El empleador tenía un programa para la prevención de accidentes (APP, por sus siglas en inglés) y había realizado un análisis de los riesgos de trabajo (JHA, por sus siglas en inglés) antes de esta tarea, pero esta situación no era un peligro previsto.
- Ni el operador ni el compañero de trabajo habían concluido un programa de capacitación obligatorio para operadores antes de operar el montacargas u otros vehículos industriales motorizados (PIT, por sus siglas en inglés).
- El operador había recibido capacitación en el trabajo y fue autorizado por el empleador para operar el montacargas. El compañero de trabajo no estaba capacitado ni autorizado para operar el montacargas.

Después del accidente, los investigadores determinaron que:

- El empleador tenía un programa para la prevención de accidentes (APP, por sus siglas en inglés) y había realizado un análisis de los riesgos de trabajo (JHA, por sus siglas en inglés) antes de esta tarea, pero esta situación no era un peligro previsto.
- Ni el operador ni el compañero de trabajo habían concluido un programa de capacitación obligatorio para operadores antes de operar el montacargas u otros vehículos industriales motorizados (PIT, por sus siglas en inglés).
- El operador había recibido capacitación en el trabajo y fue autorizado por el empleador para operar el montacargas. El compañero de trabajo no estaba capacitado ni autorizado para operar el montacargas.

**REQUISITOS**

- Los empleadores deben asegurarse de que los empleados concluyan con éxito un programa de capacitación para operadores antes de operar un PIT. [WAC 296-863-60005](#)

**RECOMENDACIONES**

**Los investigadores de FACE concluyeron que, para ayudar a prevenir sucesos similares, los empleadores deben:**

- Capacitar a sus trabajadores para que:
  - Identifiquen situaciones inesperadas que no se aborden específicamente en el JHA.
  - Evalúen los riesgos relacionados con las situaciones inesperadas.
  - Controlen los riesgos de manera segura si es posible, y consulten a un supervisor si no pueden hacerlo o si tienen preguntas.
- Ordenen a los trabajadores no autorizados que nunca operen un PIT, incluso por un período breve. Del mismo modo, ordenen a los operadores autorizados que impidan que los trabajadores no autorizados operen PIT.

**RECURSOS**

- [La Seguridad con los Montacargas – Reglas del Camino.](#)



**Parte trasera del montacargas que golpeó y aplastó al operador contra uno de los soportes metálicos.**