

Obrero muere cuando se cae a través de un techo

Un obrero ayudante murió cuando cayó por una abertura en el techo de una bodega. Cayó aproximadamente 27 pies al piso de abajo.

El empleador estaba demoliendo el techo de la bodega en un edificio comercial. El trabajo se hacía de noche porque el alquitrán de carbón en el techo despediría gases tóxicos, si se trabajaba con el calor del sol. El sitio estaba adecuadamente iluminado con lámparas de halógeno. Ninguno de los trabajadores en el trabajo estaba usando protección contra caídas.

Después de quitar la capa del techo, las láminas de plywood de 4x8 pies quedaban expuestas. Se tenía que reponer cualquier lámina dañada. El trabajo del ayudante era seguir a los trabajadores que estaban reponiendo el plywood y recoger las láminas dañadas que se habían removido. El las botaba por una rampa entubada.

Esa noche, un trabajador había removido una lámina de plywood dañada, pero se le habían terminado los clavos para poner la lámina nueva. El fue a traer más clavos. La abertura donde estaba el plywood dañado quedó sin resguardo. La cuadrilla no fue informada de que estaba temporalmente sin resguardo. La abertura estaba cubierta por un material aislante de color gris, dentro del techo.

El ayudante vino, recogió la lámina de plywood dañada y caminó hacia la rampa. El pisó dentro de la abertura, rompió el material aislante y se cayó.

20 de abril, 1998

¿Qué deberían haber hecho para prevenir este accidente?

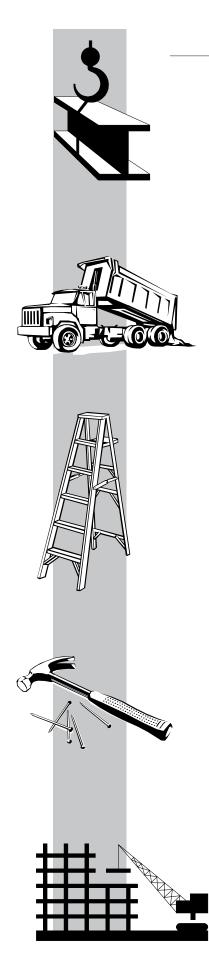
Medidas preventivas

Cal/OSHA investigó este accidente e hizo las siguientes recomendaciones.

Los empleadores deben:

- Tener planes de seguridad que señalen posibles peligros que podrían causar lesiones o muerte.
- Asegurarse de que las aberturas en el techo no queden al descubierto, sin resguardo o sin estar cubiertas.
- Equipar a todos los trabajadores en el techo con protección contra caídas (como arneses y acolladores). Un acollador retractable dejaría que un trabajador hiciera su trabajo, además de darle protección contra caídas.
- Requerir que todos los peligros en el área de trabajo fueran comunicados contínuamente a los trabajadores en el área.

Este estudio de caso fue basado en un incidente real en California. Para más información, refiérase al Departamento de servicios de salud de California, División de Salud Ocupacional, Asesoría de Fatalidades y Evaluación de Control (FACE) reporte #98CA005.



Trabajador de estructuras de hierro muere después de caer de una viga

Un supervisor de cuadrilla de 42 años, que trabajaba en estructuras de hierro, murió cuando se cayó de una viga de hierro en el techo de una bodega sin terminar. El se cayó como 38 pies al piso.

El empleador estaba instalando la última viga de hierro estructural en el techo de una bodega para refrigeración, que estaba bajo construcción. Después de que la grúa levantó la viga a su lugar, ésta no estaba alineada y el supervisor quería usar un martillo para alinearla.

El área donde el supervisor necesitaba trabajar tenía una barricada con cable de seguridad de acero a los cuatro lados, pero para poder pasar, él los había quitado. El no estaba usando el equipo de protección contra caídas.

El supervisor estaba parado en una porción del techo que ya se había terminado. Para alcanzar la viga, tenía que estirar su pie sobre un área abierta del techo. Puso su pie izquierdo en la unión de la viga más cercana. Mientras se preparaba para darle con el martillo, su pie se resbaló de la viga. Sus manos agarraron parte de la viga, pero no pudo sostenerse y se cayó.

29 de junio, 1998

¿Qué deberían haber hecho para prevenir este accidente?

Medidas preventivas

Cal/OSHA investigó este accidente e hizo las siguientes recomendaciones.

Los empleadores deben:

- Requerir que todo aquel que trabaje en lugares altos use equipo de protección contra caídas.
- Estar seguro de que las aberturas estén cubiertas apropiadamente o protegidas de alguna manera.
- Si es posible, proveer alternativas de acceso al trabajo, como ascensos por grúas telescópicas (grúa de extensión).

Este estudio de caso fue basado en un incidente real en California. Para más información, refiérase al Departamento de servicios de salud de California, División de Salud Ocupacional, Asesoría de Fatalidades y Evaluación de control (FACE) reporte #98CA010.