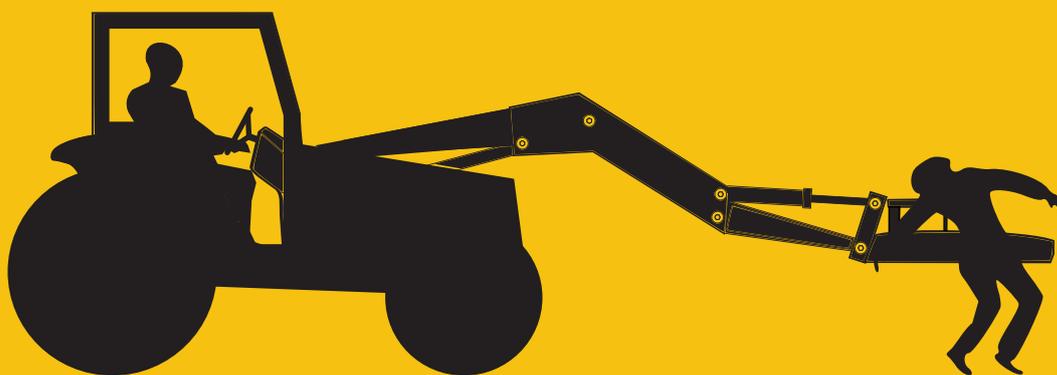


PUDO HABERSE EVITADO

BASE DE ACCIDENTES DE TRABAJO INVESTIGADOS

ATRAPAMIENTO EN UN VIBRADOR DE OLIVOS



RESUMEN

Cuando ajustaban la cabeza vibradora de olivos, la pinza aprisionó mortalmente a uno de los operarios

DATOS DEL ACCIDENTE

DATO	CÓDIGO	TEXTO
Actividad económica (CNAE)	012	Cultivos perennes
Actividad física específica	67	Hacer movimientos en un mismo sitio
Desviación	63	Quedar atrapado por algún elemento
Forma (contacto, modalidad de la lesión)	61	Quedar atrapado en algo en movimiento
Agente material de la actividad física	06050100	Llaves
Agente material de la desviación	09020302	Máquina agrícola
Agente material causante de la lesión	09020302	Máquina agrícola

DESCRIPCIÓN

TRABAJO QUE REALIZABAN



Pinza para vibrar olivos similar a la que produjo el accidente.

El trabajador de 20 años llevaba unos días contratado como peón agrícola en una finca de olivos propiedad de la empresa. Estaba integrado en una cuadrilla formada por otros compañeros y el tractorista.

Recogían las aceitunas con una cabeza vibradora de troncos, acoplada en la parte delantera de un tractor. El equipo había sido fabricado cinco años antes y disponía de marcado CE.



Vista frontal del equipo de trabajo desde donde operaban los trabajadores para el ajuste de la pieza. Con la llave grifa sostenían la articulación elástica.

ACCIDENTE

El trabajador notó que una de las piezas del vibrador se encontraba floja y se lo hizo saber al conductor. Entonces, entre tres, se dispusieron a apretar un tornillo de sujeción.

Un compañero y el tractorista se situaron por la parte de fuera de la cabeza vibradora, para apretar con una llave de cruz el tornillo que estaba por la parte inferior. Mientras el trabajador también desde el exterior de la pinza sujetaba la pieza con una llave grifa.

Para acceder mejor al apriete, el tractorista indicó que iba a levantar y cerrar la pinza. Desde su puesto de conductor elevó el equipo hasta unos 1,60 m y lo paró. Con el implemento levantado, debido al cableado, el motor y la sujeción, perdía de vista la pinza y la posición exacta de los trabajadores.

Cuando activó el mando de cierre, en un instante de descoordinación el trabajador realizó un movimiento inesperado. Al parecer para alcanzar la llave grifa que estaba en la pieza, se introdujo en el interior de la pinza cuando se estaba cerrando y en ese momento fue atrapado. Las lesiones internas que sufrió en la región pélvica y abdominal provocaron su fallecimiento.



Pieza sobre la que realizaban el apriete del tornillo y sujeción con llave grifa. Arriba el silentblock y abajo la tuerca.

OTRAS CIRCUNSTANCIAS RELEVANTES

El empresario había concertado la gestión de la prevención de riesgos laborales un mes antes con un servicio de prevención ajeno.

■ Evaluación de riesgos

La evaluación de riesgos laborales establecía para ese puesto de trabajo el uso de chaleco reflectante de alta visibilidad. Los trabajadores no hacían uso de los mismos.

También frente al peligro de choque contra los vehículos y equipos, se establecía que los trabajadores mantendrían una distancia de seguridad y que debían recibir formación sobre los riesgos de la maquinaria agrícola.

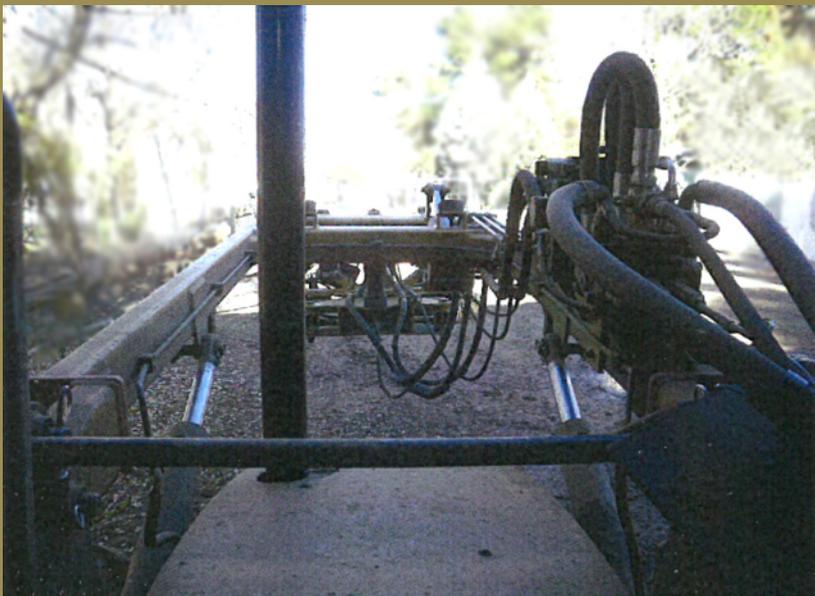
■ Formación

Se documentó una formación de una hora de duración sobre riesgos del sector agrario y las tareas de recolección de aceitunas, con contenido de normativa, protección individual y colectiva, riesgos y medidas preventivas, primeros auxilios y medidas de emergencia. No se acreditó formación en riesgos de maquinaria agrícola.

Al tractorista también se le impartió una formación de una hora sobre riesgos específicos sector agrario y uso de maquinaria, también con un extenso contenido.

CAUSAS

Del análisis de los datos se deducen las siguientes causas del accidente:



Vista de la pinza vibradora desde el puesto de conducción del tractor.

■ Ausencia de señalización u otro tipo de elementos necesarios para la delimitación de la zona de trabajo. (Código* 1115)

■ Accesibilidad a órganos de la máquina peligrosos atrapantes. No existe ningún elemento que evite el acceso a la pinza del vibrador al realizar la operación de cierre. (Código 3111).

■ Visibilidad insuficiente en el puesto de conducción de la máquina ya sea por un mal diseño o por no disponer de dispositivos auxiliares que mejoren la visibilidad cuando el campo de visión no es directo (espejos, cámaras). (Código 3114).

■ Falta de coordinación entre trabajadores que realizan la misma o distintas tareas. (Código 6109).

* Para facilitar el análisis y la definición de medidas preventivas, las causas del accidente se han codificado según clasificación propuesta en la Nota Técnica de Prevención 924 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Formación/información inadecuada sobre la tarea. No se acreditó formación en riesgos de maquinaria agrícola. (Código 6304).
- Utilización de la máquina de manera no prevista por el fabricante. Las operaciones de mantenimiento se realizan con la máquina desconectada y asegurada. (Código 6405).
- No ejecución de medidas preventivas propuestas en la planificación derivada de la evaluación de riesgos, donde se establecía el uso de chaleco reflectante de alta visibilidad, mantener una distancia de seguridad y formación en los riesgos de la maquinaria agrícola. (Código 7203).
- No poner a disposición de los trabajadores las prendas o equipos de protección necesarios o ser estos inadecuados o mal mantenidos, o no supervisar su correcta utilización. (Código 7208).
- Permanencia de algún trabajador dentro de una zona peligrosa o indebida. En concreto en el radio de acción del equipo de trabajo. (Código 8108).

El origen del accidente se indica en este árbol de causas:



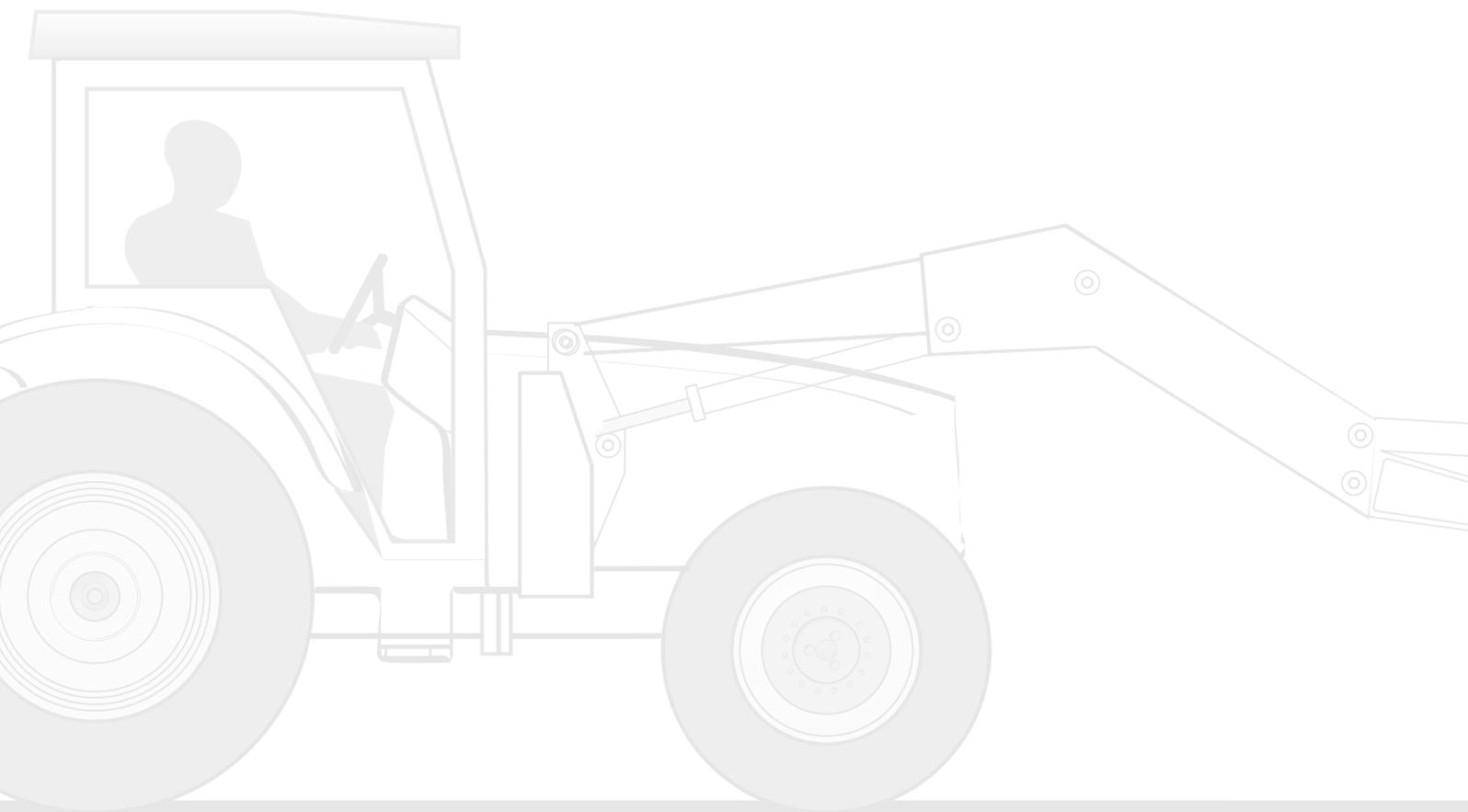
PUDO HABERSE EVITADO

Este accidente podría haberse evitado si se hubieran llevado a cabo las medidas preventivas propuestas en la evaluación inicial de los riesgos que redactó el servicio de prevención ajeno, donde se establecía que los trabajadores mantendrían una distancia de seguridad con la maquinaria agrícola. No se llegó a implantar un procedimiento de trabajo con una zona de protección mínima, según qué condiciones, para que en todo caso estuvieran en un lugar visible desde el puesto de conducción del equipo.

Es muy peligroso realizar ajustes mientras las máquinas están funcionando. Primero habría que haber puesto el freno de mano del tractor, asegurado el implemento con borriquetas para poder acceder al tornillo y haber parado el motor. Pero los trabajadores no tenían la formación suficiente para realizar esa operación con seguridad.

Podría haberse evitado si el tractorista dispusiera de algún medio auxiliar que asegurara una visibilidad suficiente desde su puesto cuando elevaba la pinza del vibrador, o si la máquina contara con un sistema de alerta o aviso automático ante la puesta en marcha del vibrador.

En relación a los chalecos reflectantes de alta visibilidad, dado que estaba prevista su utilización, la empresa debería haber vigilado su uso por los trabajadores lo que hubiera mejorado la visibilidad del tractorista.



Cláusula de Exención de Responsabilidad

La información que se ofrece tiene carácter meramente informativo y divulgativo. La Consejería de Empleo, Formación y Trabajo Autónomo no se hace responsable de algún posible error u omisión en el análisis de los accidentes investigados y la atribución de las causas. Aunque basados en accidentes reales, se han modificado determinados aspectos para ser más didáctico, evitando la identificación de los hechos reales. Las imágenes no tienen por qué corresponderse con las del accidente real.