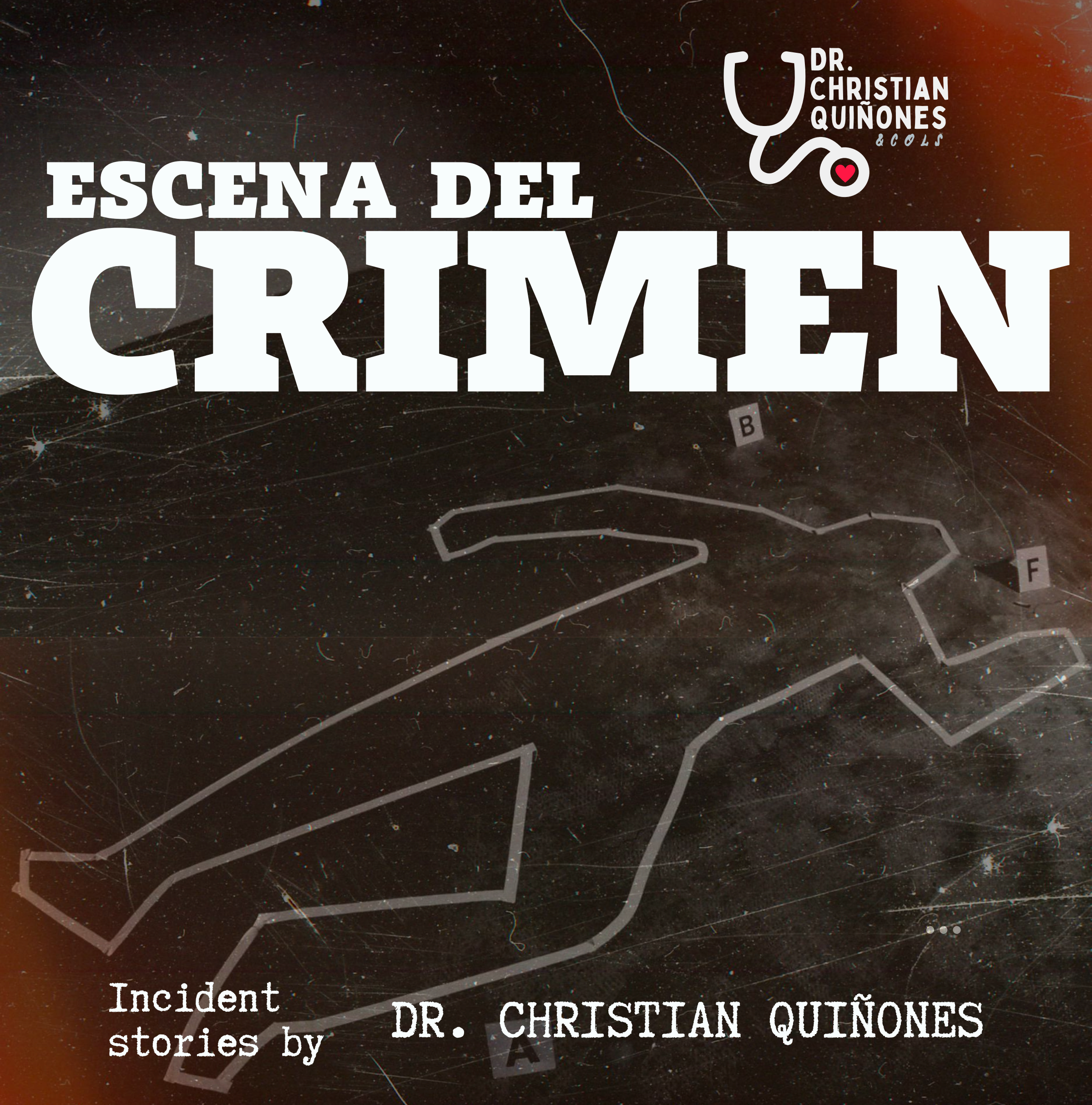
DR. CHRISTIAN QUIÑONES & COLS

ESCENA DEL CRIMEN



Incident stories by DR. CHRISTIAN QUIÑONES

Quack Squad

Incident
No. 00023

Date
23/02/2023

Motivo de consulta: Dolor en cadera derecha posterior a golpe en el trabajo.

S: El paciente refiere haber sufrido un golpe en la región de la cadera derecha tras un accidente laboral. Menciona que el incidente ocurrió cuando intentaba retirar un speaker de la cabina de pruebas de calidad, realizando un movimiento lateral, momento en el que perdió estabilidad y sufrió un impacto con el borde metálico de la máquina.

O: Signos vitales NORMALES. Exploración física: Inspección: Equimosis (hematoma) de aproximadamente 3 cm de diámetro en la región de la cadera derecha. Leve edema en la zona afectada. Palpación: Dolor moderado a la palpación en la zona del impacto. No se identifican crepitaciones ni deformidades óseas. Integridad conservada de la piel. Movilidad: Limitación leve en la movilidad de la cadera debido a dolor. Sin alteraciones neurológicas o pérdida de fuerza. Estudios de imagen: Radiografías de cadera AP y lateral: Sin evidencia de fracturas, luxaciones o lesiones óseas. Integridad estructural conservada.

Incident
No. 00023

Date
23/02/2023

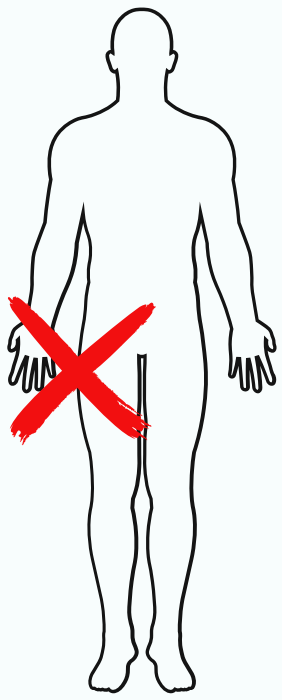
A: Impresión diagnóstica: Contusión en cadera derecha (S70.0 - Contusión de cadera y muslo). Dx diferencial: Esguince de cadera. Fractura de pelvis (descartada por estudios de imagen). Clasificación: Leve, sin complicaciones.

P: Aplicación de hielo local (I5-20 min cada 4 horas por 48 horas). Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días (según tolerancia y sin contraindicaciones). Reposo relativo por 24-48 horas, evitando esfuerzos innecesarios.

Recomendaciones laborales: Evitar carga de peso excesiva o movimientos repetitivos con cadera afectada. Si el dolor persiste o aumenta en 48 horas, acudir a evaluación médica complementaria.

Seguimiento: Reevaluación en 48 horas para descartar complicaciones o persistencia del dolor.

Medidas preventivas en el área de trabajo: Evaluación ergonómica del puesto de trabajo. Revisión de la ubicación de la cabina de pruebas. Implementación de mejoras en la disposición del área y procedimientos de seguridad.

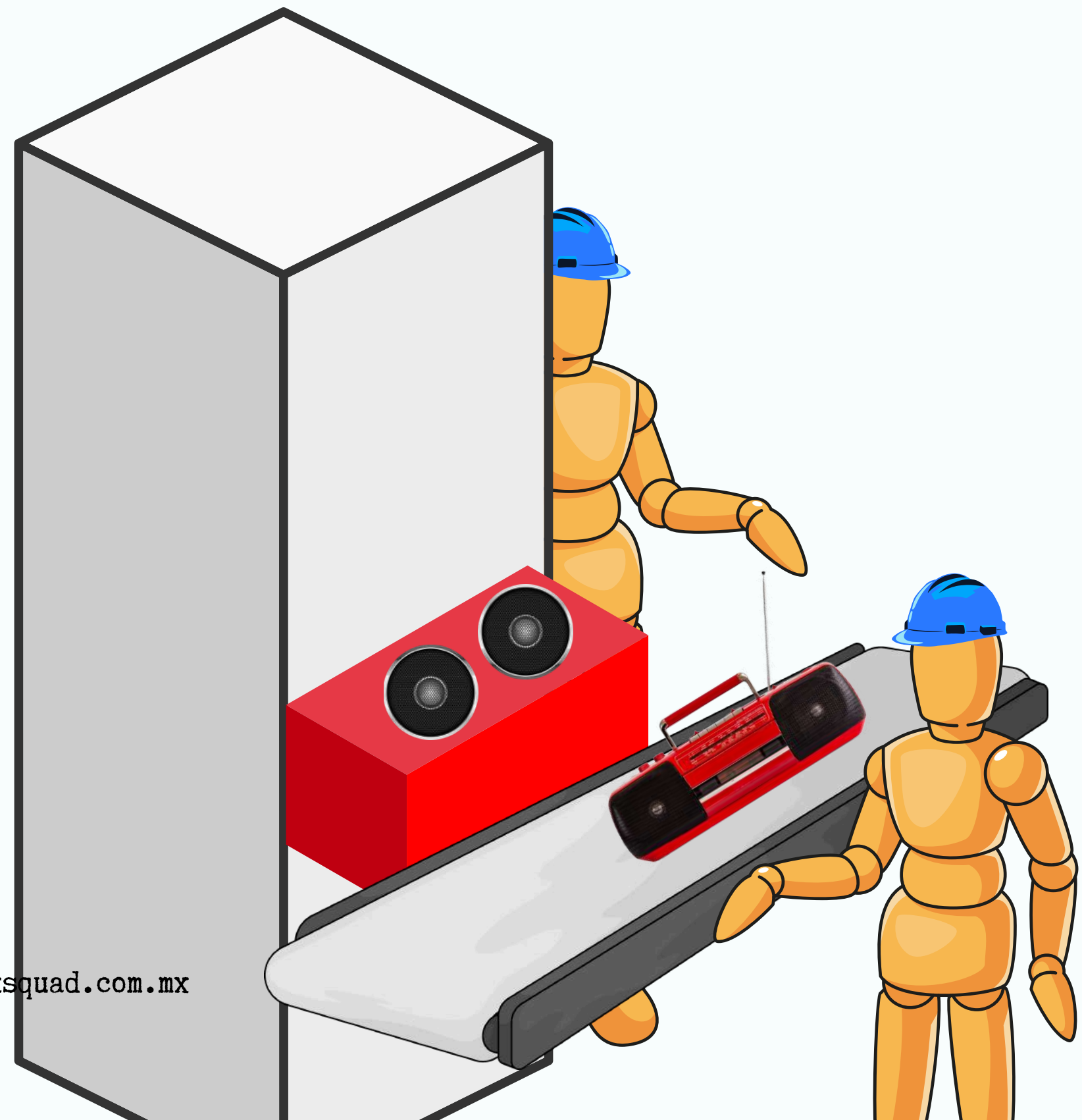


ANTECEDENTES

En la fábrica de radiograbadoras Sonicx, se incorporaron nuevas cabinas importadas de Asia para realizar pruebas de calidad en los speakers del modelo Radiocasetera X99. Estas cabinas cuentan con un mecanismo automatizado: un cajón que se abre para colocar los speakers, se cierra al presionar un botón y ejecuta una prueba de audio de aproximadamente cinco minutos.

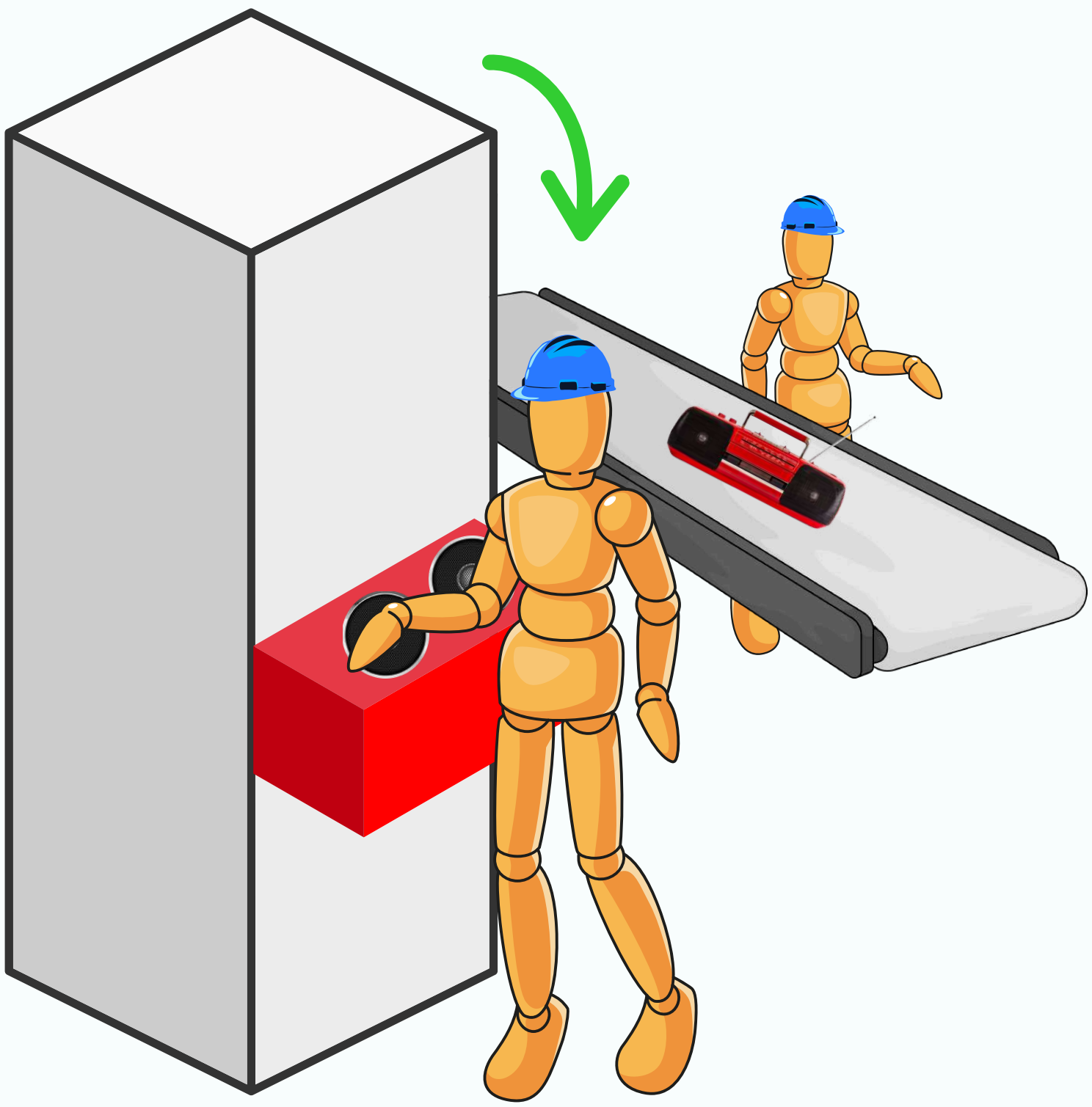
Al finalizar, el cajón se abre automáticamente y el operador clasifica los speakers: los que cumplen con los estándares continúan en la banda transportadora, mientras que los defectuosos se colocan en una caja aparte.

Sin embargo, la instalación de estas cabinas presentó un problema: fueron ubicadas de manera que el operador debía colocar y retirar los speakers de forma lateral en lugar de estar de frente al cajón. Esta disposición reducía el espacio de maniobra y aumentaba el riesgo ergonómico, además de exponer al operador a posibles atrapamientos o golpes si se colocaba directamente frente al cajón.



El análisis de riesgo inicial, realizado por el equipo de salud y seguridad industrial, identificó estas condiciones y propuso tres opciones de mejora:

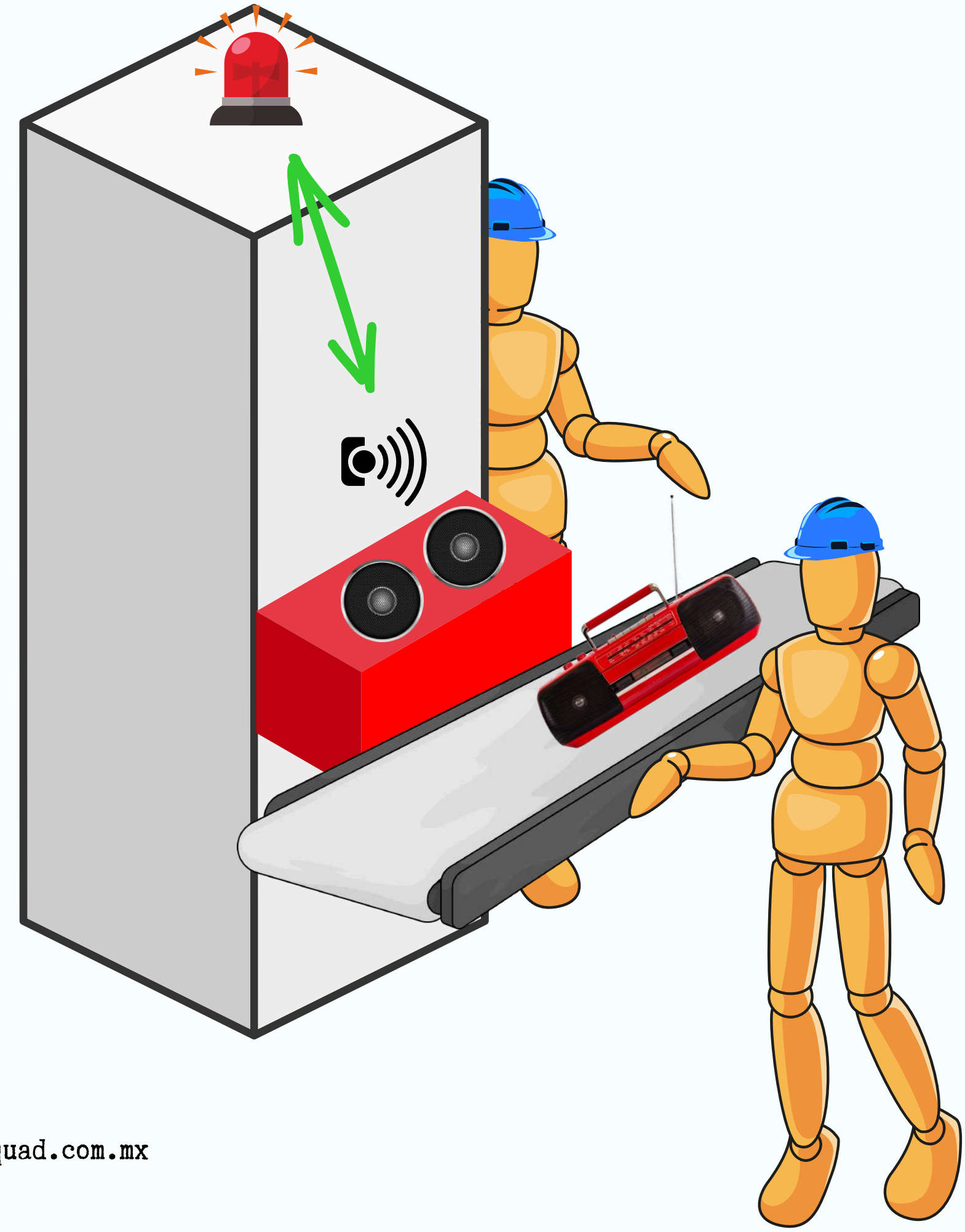
I. Reorientar la cabina para que el cajón quede de frente al operador, mejorando la ergonomía.



Incident
No. 00023

Date
23/02/2023

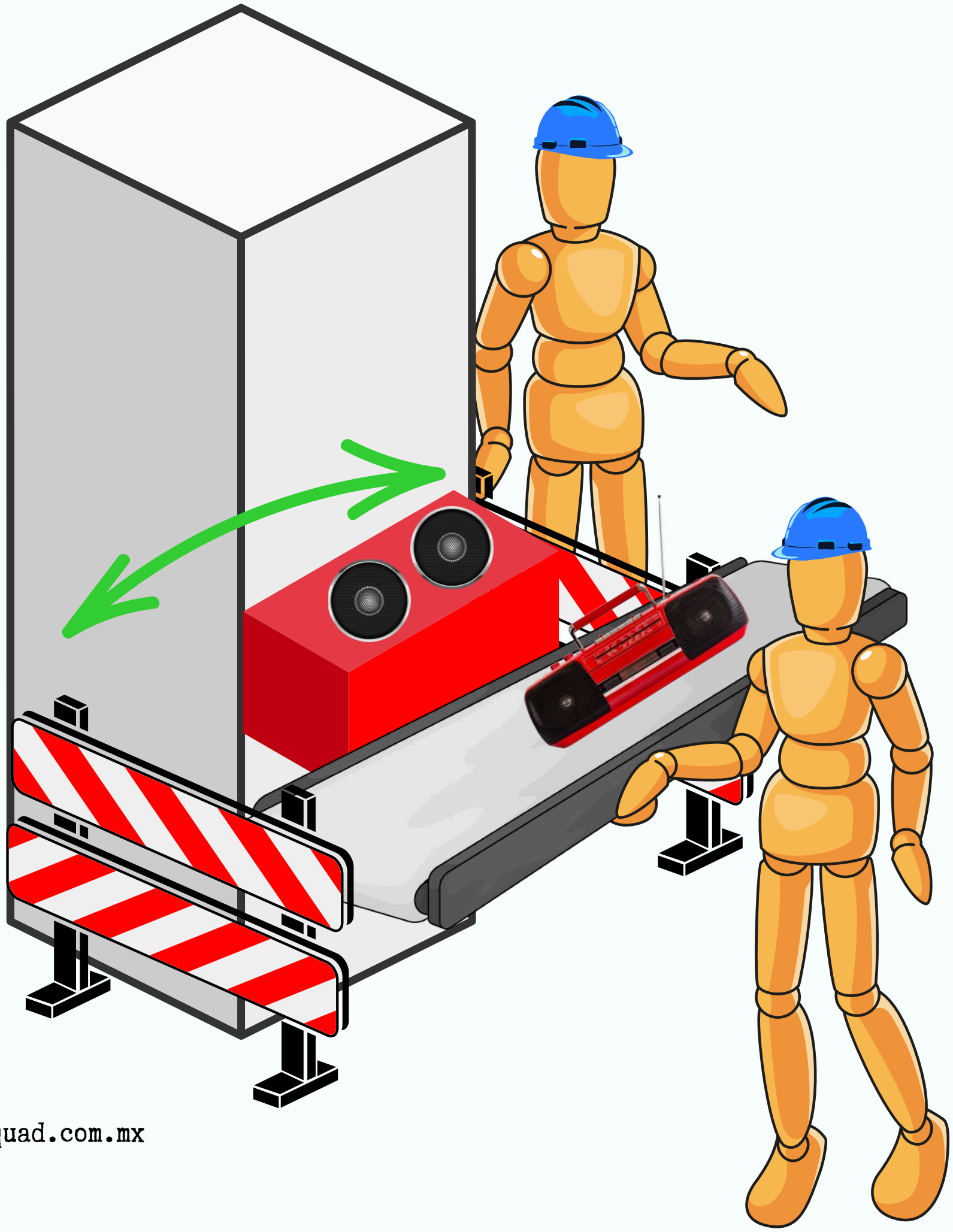
2. Implementar un sensor de seguridad que impida la apertura del cajón si el operador está en una posición riesgosa, acompañado de una alarma luminosa.



Incident
No. 00023

Date
23/02/2023

3. Colocar barreras laterales para evitar que los operadores ingresen al área de riesgo entre la banda transportadora y la cabina.



Incident
No. 00023

Date
23/02/2023

La respuesta del equipo de operaciones fue contundente:

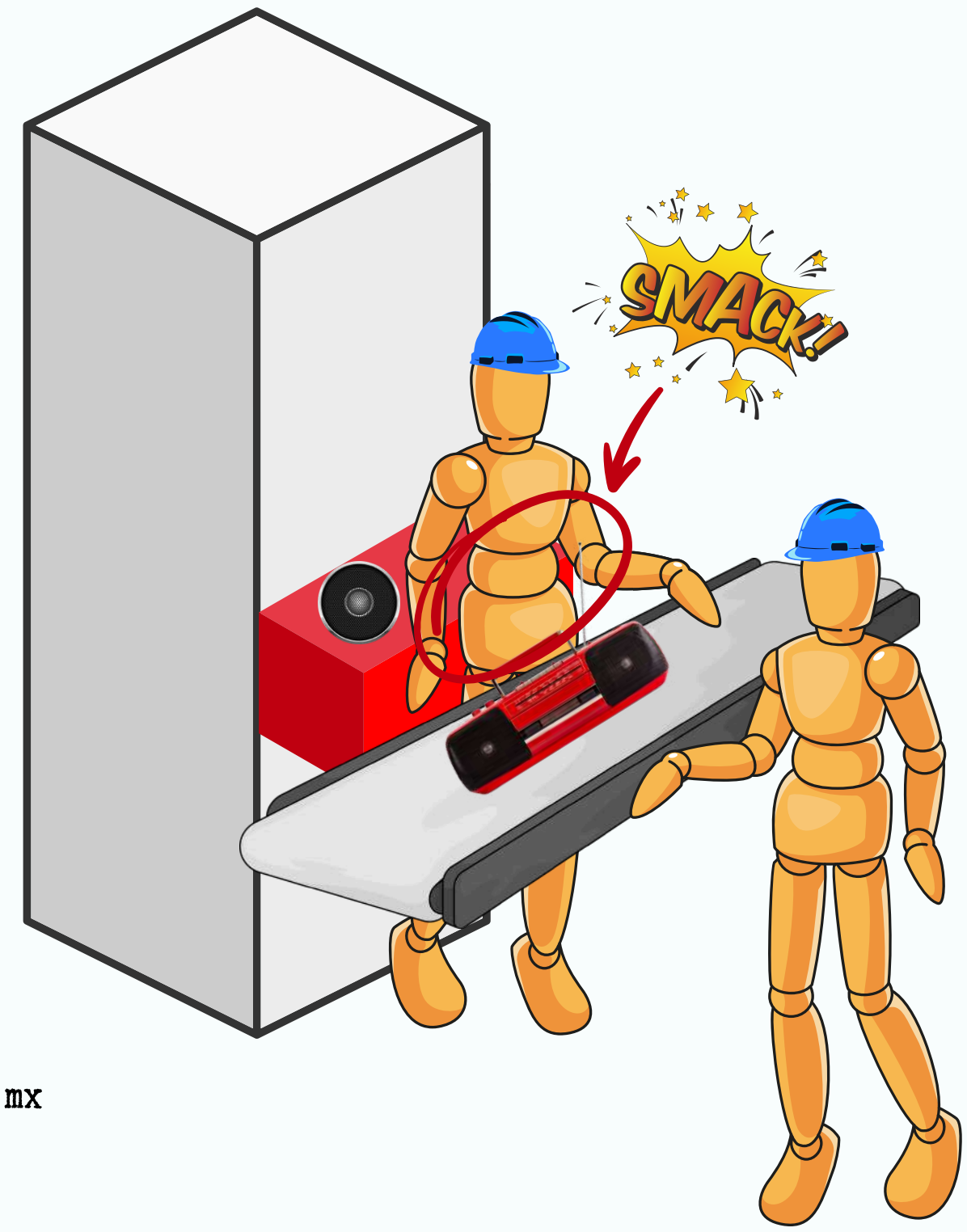
"El mecanismo de la puerta es lento, por lo que un accidente es improbable. Además, en Asia han usado estas cabinas por cinco años sin incidentes, e incluso un solo operador maneja hasta cuatro cabinas a la vez. Nos enfocaremos en reforzar la capacitación."

Incident
No. 00023

Date
23/02/2023

El tiempo pasó y, I.4 años después, ocurrió el incidente. Un operador sufrió un traumatismo leve (aunque doloroso) al pasar entre la banda transportadora y el cajón cuando esté se abrió automáticamente al terminar la prueba. El nuevo médico de planta atendió la lesión, mientras que el inspector de seguridad industrial concluyó en su reporte:

"Se trató de un acto inseguro. Es necesario reforzar la capacitación del trabajador."



Para que este accidente ocurriera, intervinieron varios factores clave que pueden analizarse desde distintas perspectivas: **Técnica, organizacional y humana.**

1 **Diseño inadecuado de la maquinaria y su instalación:**

- La posición de la cabina obligaba al operador a trabajar de forma lateral, lo que generaba un riesgo ergonómico y aumentaba la probabilidad de movimientos forzados o posturas incómodas.
- No se consideró la interacción del operador con la máquina antes de instalarla, lo que llevó a una disposición que limitaba el espacio de maniobra y generaba puntos de atrapamiento.
- La falta de adecuación al contexto mexicano (normativa y ergonomía local) fue un factor importante en la aparición del riesgo.

2 **Falta de implementación de medidas preventivas:**

- A pesar de que un análisis de riesgo identificó el problema y propuso soluciones viables, la empresa decidió no implementarlas.
- La respuesta de operaciones se basó en la percepción de que “el mecanismo es lento” y en la experiencia de otros países, subestimando la posibilidad de que ocurriera un accidente.
- No se estableció un mecanismo de seguimiento y control para verificar si la decisión de no modificar la cabina era la correcta.

3 Rotación del personal de seguridad y salud:

- Los especialistas que hicieron la evaluación inicial ya no estaban en la empresa cuando ocurrió el accidente.
- El nuevo médico y el nuevo inspector de seguridad no tenían contexto sobre el análisis de riesgo previo y enfocaron su reporte en el acto del trabajador en lugar de las condiciones del entorno.
- Esto refleja una falta de continuidad en la gestión de riesgos, ya que los cambios de personal diluyeron el conocimiento previo.

4 Cultura de seguridad deficiente:

- Se priorizó la operatividad sobre la seguridad, basando las decisiones en el rendimiento en otros países en lugar de en un análisis técnico.
- Se asumió que el problema podía resolverse con capacitación, cuando en realidad el riesgo estaba en el diseño y ubicación de la máquina.
- Cuando ocurrió el accidente, en lugar de revisar el diseño del proceso, la empresa culpó al trabajador, lo que es una práctica común en organizaciones con cultura de seguridad reactiva en lugar de preventiva.

Conclusión:

El accidente no fue producto del azar ni de un "acto inseguro" del trabajador. Fue el resultado de una serie de decisiones y omisiones que generaron una condición insegura. La prevención de accidentes no se basa solo en la capacitación del operador, sino en diseñar entornos de trabajo seguros, dar seguimiento a los análisis de riesgo y asegurar la continuidad de las acciones preventivas.

¿Cómo crees que se pudo haber evitado este accidente desde el inicio?

Dr. Christian Quiñones

Líder en Salud y Seguridad

SÍGUEME

para más contenido de SS&MA.

dr.quinones@quacksquad.com.mx

Quack Squad