



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado, Curso 2016-2017

Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza

**MEDICINA
LEGAL Y
FORENSE**

EL COPILOTO SUICIDA.

Problemas médico-legales detectados en el accidente aéreo de Germanwings.

THE SUICIDE COPILOT.

Medical-legal problems detected in the Germanwings company air crash.

Estudiante: **Ángela Beltrán Gómez**

Tutora: **M. T. Criado del Río**



Universidad
Zaragoza

Grado en Medicina, Universidad de Zaragoza

Trabajo de Fin de Grado *“El copiloto suicida. Problemas médico-legales detectados en el accidente aéreo de Germanwings.”*

Día de la defensa: 16 de junio de 2017

Área: Medicina Legal y Forense

Estudiante: Ángela Beltrán Gómez

Tutora: M^a Teresa Criado del Río

Proyecto: Revisión e investigación de un caso clínico

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El accidente aéreo de Germanwings acaecido en Francia en 2015 fue un suceso de gran repercusión mediática, con un total de ciento cincuenta fallecidos. Los personajes implicados en el caso fueron Andreas Lubitz -copiloto-, la academia de formación de Lufthansa -compañía aérea alemana-, y los profesionales sanitarios que atendieron al copiloto.

Se trató de un acto suicida que fue premeditado, por parte de una persona que se encontraba de baja laboral en el momento del accidente. Ponemos en cuestión la rigidez del examen médico que determina la aptitud para pilotar, así como su control por parte de la academia de aviación y de la propia empresa. Dilucidamos si Lubitz era capaz a nivel psíquico de hacer entrega del parte de incapacidad temporal laboral, planteando una responsabilidad civil sobre él. La actuación por parte de los médicos se pone en duda, puesto que el deber de secreto profesional no es absoluto. No hubo una comunicación por parte del médico a las autoridades competentes sobre el estado de su paciente, aunque esto solo se podría reprochar en caso de que el médico considerase a Lubitz como un riesgo para sí mismo o para terceros.

La fiscalía alemana consideró finalmente a Andreas Lubitz como único responsable de la catástrofe.

Palabras clave: accidente aéreo, copiloto suicida, Germanwings, episodio depresivo, incapacidad laboral, secreto profesional, responsabilidad profesional.

SUMMARY AND KEY WORDS

The plane crash of Germanwings, which happened in France in 2015, was an event of great mediatic repercussion, with a total of one hundred fifty mortal victims. People implied in the case were Andreas Lubitz -copilot-, the academy of formation of Lufthansa -a German airline company- and the sanitary professionals who took care of the copilot.

It happened to be a suicide act which was premeditated. The protagonist was off work at the time when the accident occurred. We question the rigidity of the medical examination which determines the aptitude to pilot, as well as its control by the aviation academy and by the airway company. We determined whether Lubitz was capable, at a psychic level, of delivering the doctor's note to his company. This elucidation raises a civil responsibility over him. The action by the sanitarians is put in doubt since the professional secret is not an absolute duty. There was no communication from the doctor to the competent authorities about the medical

condition of his patient. However, this only could be blamed if the doctor considered Lubitz as a risk himself.

The German public prosecutor's office considered Andreas Lubitz to be the only one responsible of the catastrophe.

Keywords: air crash, suicide copilot, Germanwings, depressive episode, temporal laboral inhability, professional secret, professional responsibility.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Hipótesis y objetivos del trabajo | 2 |
| 3. Material y métodos | 3 |
| 4. Reconstrucción de los hechos | 4 |
| 4.1) Andreas Günter Lubitz, antecedentes sociales y de formación | 4 |
| 4.2) Historia Psicopatológica de documentada de A. Lubitz | 6 |
| 4.3) Reconstrucción de los hechos sucedidos en el accidente | 8 |
| 4.4) Consecuencias del accidente aéreo | 10 |
| 4.4.1) Consecuencias a nivel de las aeronaves | 10 |
| 4.4.2) Reclamaciones a Lufthansa | 11 |
| 4.4.3) Repercusiones a nivel sanitario | 12 |
| 5. Resultados y discusión | 13 |
| 5.1) Patología psiquiátrica de Lubitz | 14 |
| 5.1.1) Lubitz enfermo, un delirio nacido de un estado depresivo | 14 |
| 5.1.2) Lubitz sano, un perfil narcisista | 15 |
| 5.1.3) Los actos de Lubitz | 15 |
| 5.2) Problemas médico legales detectados | 16 |
| 5.2.1) Aptitud del piloto y reconocimiento médico | 17 |
| 5.2.2) Conducta médica ante el posible paciente suicida y la existencia de responsabilidad profesional médica | 18 |
| 5.2.3) El parte médico de incapacidad temporal laboral ante el enfermo psiquiátrico | 19 |
| 5.2.4) La relatividad del secreto profesional y el caso de A. Lubitz | 20 |
| 5.2.5) Valoración médico-legal de las posibles responsabilidades | 20 |
| a) Consideración de la responsabilidad de A. Lubitz | 21 |

| | |
|--|-----------|
| b) Consideración de la responsabilidad de Lufthansa_____ | 22 |
| c) Consideración de la responsabilidad del profesional sanitario____ | 22 |
| 6. Conclusiones_____ | 24 |
| 7. Anexos_____ | 27 |
| 8. Bibliografía_____ | 35 |

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo se desarrolla la problemática suicida y su polémica repercusión en el caso del accidente aéreo en Francia el día 24 de marzo de 2015, protagonizado por Andreas Lubitz, el copiloto de Germanwings del vuelo A320 - filial de Lufthansa -. Consgo, se llevó ciento cuarenta y nueve vidas.

La relevancia del suceso está presente en todas y cada una de las personas que fueron afectadas por un gesto cuyo manejo diagnóstico, clínico y terapéutico no está definido al cien por cien, puesto que la naturaleza del suicidio no está completamente fundamentada.

Gracias al análisis de multitud de artículos de prensa, hemos conseguido conocer la vida del copiloto a nivel biopsicosocial y su formación académica. Atendemos la premeditación y los pensamientos registrados por parte de Andreas para llevar a término el acto. Un médico había expedido un parte de incapacidad laboral temporal para esos días, lo que indica que aquel 24 de marzo no debía estar en su puesto de trabajo.

Con todo ello, aportamos posibles perfiles psicopatológicos del protagonista, considerando que pudo ser un enfermo mental o un simple narcisista que actuaría de manera consciente.

Estudiamos y profundizamos en las cuestiones médico-legales relativas a este caso y sus repercusiones. Entre ellas: el reconocimiento médico y la aptitud requerida para pilotar, el manejo del parte de incapacidad temporal laboral en el enfermo psiquiátrico y la relatividad del secreto médico profesional.

Nos cuestionamos hasta qué punto la academia de vuelo se encuentra involucrada en el caso, deliberamos sobre el comportamiento de los médicos que atendieron a Andreas, y recapacitamos en su capacidad civil de actuación. De esta forma, sopesamos las responsabilidades que podrían ser exigidas a nivel jurídico tanto del propio Lubitz, como de la academia de formación, y de los profesionales sanitarios involucrados.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

Se propone el estudio y análisis de un complejo caso real que tuvo una importante repercusión social: el accidente aéreo de Germanwings, de etiología suicida. Los objetivos de este trabajo contemplan el estudio pormenorizado de la reconstrucción de los hechos acaecidos en el accidente.

A raíz de ello, exponemos hipótesis clínicas psicopatológicas relativas a los procesos mentales del protagonista. Por un lado, se propone que el copiloto pudo sufrir un trastorno delirante en el contexto de una recaída a una grave depresión. Por otro lado, se evalúa la opción de que no padeciese una enfermedad mental, sino que se tratase simplemente de una persona narcisista.

Bajo la perspectiva del ámbito médico-legal, se realiza un estudio más detallado del caso. Contrastamos la cadena de sucesos en función de los cumplimientos requeridos por la ley, siendo el propósito principal del proyecto el estudio de cómo fue cada acto y de qué manera la legislación expone que debe llevarse a cabo. De esta manera, valoramos la actuación que tuvo cada parte implicada, con objetivo de deducir si hay un punto de inflexión en la cadena de sucesos, que sería decisivo para que tal hecho se llevara a término.

- Profundizamos en cómo pudo estar Lubitz en su puesto de trabajo aquel día, en que consta un parte de incapacidad temporal expedido por un médico.
- Estudiamos la capacidad civil de Lubitz, con la propuesta de deducir si estaba capacitado mentalmente para hacer la entrega del parte de incapacidad laboral a su empresa.
- Evaluamos la cumplimentación del examen médico que califica la aptitud para pilotar, con objetivo de saber si se hizo correctamente o si hay mejorables en ese aspecto.
- Proponemos hipótesis con respecto la actuación de la academia de formación y su conocimiento sobre los antecedentes psiquiátricos de uno de sus trabajadores.
- Con respecto al médico facultativo, se estudia la legislación del secreto profesional y las consecuencias médico-legales en el caso del paciente suicida. El objetivo en este caso es valorar la cumplimentación jurídica requerida en el deber profesional.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

La información expuesta procede de diversos medios de comunicación y otras fuentes de medicina basada en la evidencia, siendo que el grueso del material utilizado proviene de artículos mediáticos surgidos en el momento del accidente. Hemos llevado a cabo una extensa revisión bibliográfica basada en entrevistas a profesionales sanitarios implicados en la investigación, artículos de reputados periodistas, archivos de reseña epidemiológica de eventos similares y el *“Informe final”* sobre el caso del accidente aéreo de Germanwings. Hemos organizado los sucesos por criterio cronológico, según la evolución diaria registrada.

Tras recabar la información versada sobre el tema, se ha procedido a la discriminación objetiva de aquellos datos más fiables, relevantes y adecuados para el estudio. Tras el análisis de los artículos de prensa, mostramos aquellos datos objetivos sobre los hechos y las opiniones del autor o del entrevistado.

Las fuentes de información utilizadas han sido en su mayoría diarios electrónicos y portales médicos, como *“El País”*, *“La voz de Galicia”*, *“El Pajarito”*, *“PrevenBlog”*, *“Psychiatry on line”*, *“Diario Médico.com”*, *“Revista médica.com”*, *“Portales médicos.com”*. También, textos publicados por la *Organización Mundial de la Salud* y el *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-5)*.

Las palabras clave introducidas en el buscador de las diversas fuentes han sido *“caso del copiloto de Germanwings”*, *“accidente aéreo Germanwings”*, *“Andreas Lubitz”*, *“accidente aéreo suicida”*, *“accidente en los Alpes”*, *“Informe final caso aéreo Germanwings”*, seleccionando los artículos publicados entre los años 2015 y 2017. Con respecto a la terminología puramente médica, las palabras clave a estudio han sido *“suicidio”*, *“depresión mayor”*, *“trastorno delirante”*, *“trastorno psicótico breve”*. La primera norma contemplada en esta aplicación ha sido la medicina basada en la evidencia, puesto que los textos trabajados ofrecen un material reputado.

4. RECONSTRUCCIÓN DE LOS HECHOS

En los siguientes apartados se exponen los datos recabados en orden cronológico, según fueron publicándose las noticias.

- En primer lugar, abordamos las características de Andreas Lubitz, sus antecedentes personales, sociales y profesionales.
- Una vez contextualizada su persona, nos referiremos a la psicopatología documentada en su historia clínica.
- A continuación, trataremos detalladamente la información obtenida a partir de la caja negra de la aeronave, mostrando cómo fueron los minutos previos a la colisión.
- La última parte de la reconstrucción de los hechos abarca las repercusiones que hubo a posteriori, hasta el momento que finalizamos nuestra búsqueda y obtención de información en las fuentes de datos.

4.1. Andreas Günter Lubitz, antecedentes sociales y de formación

Del conjunto de artículos recogidos sobre los antecedentes de Andreas, optamos por basarnos mayoritariamente en el trabajo publicado por Hammer, J. en febrero de 2016 ⁽¹⁾ para el desarrollo de este apartado. En él, encontramos una minuciosa relación de datos sobre este aspecto.

El presunto autor del siniestro en los Alpes Franceses el día 24 de marzo de 2015, con 150 víctimas mortales, fue Andreas Günter Lubitz de 27 años. Era natural de Alemania (se crió en Montabaur). Nació el 28 de diciembre de 1987, siendo el hijo primogénito de Günter Lubitz, un banquero, y de Úrsula, una profesora de piano que tocaba el órgano en la iglesia.

Desde pequeño fue un niño tranquilo y con un excelente expediente académico, apasionado por convertirse en piloto. De acuerdo con los archivos del fiscal de Düsseldorf, se trataba de un hombre *"tranquilo, competitivo, determinado, y diligente"*.

Tras acabar la escuela secundaria en 2007, solicitó y consiguió la adhesión en la academia de vuelo, de manera que en 2008 fue uno del cinco por ciento de los solicitantes aceptados en el programa.

Durante el primer año debía comenzar con el estudio de la materia teórica en la Escuela de Pilotos de Lufthansa en Bremen (Alemania), para posteriormente realizar el

entrenamiento práctico de vuelo en Arizona (Estados Unidos). Estuvo en dicho programa tan sólo dos meses, tuvo que retirarse y regresar a su casa por motivos de salud mental.

Dos meses más tarde de haberse retirado, un psiquiatra de Montabaur diagnosticó a Lubitz de un episodio depresivo mayor. El episodio se relacionó con factores externos influyentes considerados como agentes estresantes en él. A destacar, el inicio de la nueva vida fuera de casa, separado de sus padres y hermano menor. En una entrevista a la familia, los padres contaron que desde que se marchó a vivir fuera, había *“desarrollo de un infundado temor al fracaso”*.

Durante nueve meses fue atendido por el psiquiatra. Fue tratado mediante psicoterapia y los fármacos *mirtazapina* y *escitalopram*. A los seis meses del inicio de dicho tratamiento, el médico declaró *“se ha obtenido una considerable remisión”*, autorizando la reanudación de su entrenamiento en Bremen. Constató que *“el paciente se encuentra totalmente consciente y orientado, sin trastornos evidentes. El Sr. Lubitz se encuentra completamente recuperado, no hay ningún trastorno residual asociado. El tratamiento ha finalizado”*. Sin embargo, continuó con el tratamiento antidepresivo prescrito durante tres meses más.

Pasaron unos meses para restablecer la licencia de alumno, quedando constatado este proceso depresivo en el registro de Lubitz con las siglas *“SIC incl. PPL”*, que significa *“Reconocimientos médicos regulares específicos - ponerse en contacto con la autoridad emisora de la licencia”* ⁽²⁾. Esto quiere decir que debido a algún antecedente médico de interés, el examinador que corresponda en el momento del reconocimiento médico debe conocer la historia clínica del piloto - antes de proceder a su evaluación -.

La continuación de su preparación requería una sesión de cuatro meses en la escuela de vuelo de Lufthansa, en Arizona. Para ello, rellenó un documento requerido por la Administración Federal de Aviación de los Estados Unidos, en cuyo formulario debía señalar si alguna vez había sido diagnosticado de *“trastornos mentales de cualquier tipo, depresión, ansiedad, etc”*. Lubitz mintió, indicó que no.

Esta mentira fue detectada cuatro días después de que Lubitz enviase el formulario a la Federación Alemana de Aviación (FAA). En base a este hecho, un piloto puede acabar permanentemente fuera de servicio e incluso en la cárcel. En este caso, sin embargo, la falsedad consiguió retrasar pero no descarrilar el proceso. Se le dio una segunda oportunidad. Un funcionario de la FAA declaró la denegación para emitir el certificado aeronáutico en aquel momento, señalando lo siguiente: *“debido a su historial de depresión reactiva, por favor, envíe un informe actual de su estado, detallado por médico tratante”*.

Esta vez, admitiendo su historial de depresión, cumplimentó su solicitud con un informe médico. Al parecer, esto fue suficiente para satisfacer a las autoridades en ambos lados del Atlántico.

En julio de 2009, le fue concedido el certificado para volar. En su licencia de piloto se incluyó la limitación “*SIC incl. PPL*”, con el aviso adjunto: “*Adviértanse las condiciones/restricciones especiales del permiso*”⁽³⁾.

Finalmente, volvió a Alemania en primavera de 2011. En el otoño de 2013 se unió a Germanwings, ascendiendo rápidamente a primer oficial y copiloto de vuelos cortos en Alemania y Europa occidental. La licencia de piloto privado de avión fue expedida en marzo de 2011; la licencia de piloto de avión con tripulación de vuelo múltiple en febrero de 2014; y la habilitación de tipo A320 revalidada en octubre de 2014⁽²⁾.

En 2013, junto a su pareja Kathrin Goldbach, se trasladó a un apartamento de lujo en Düsseldorf. Hicieron planes de casarse y tener dos hijos. Ocasionalmente regresaba los fines de semana a Montabaur, para visitar a su familia y participar en maratones

Lubitz superó su último certificado médico en julio de 2014, con validez hasta el 14 de agosto de 2015, a pesar de que seguía tomando medicamentos contra la depresión⁽³⁾.

La estabilidad del copiloto no duraría, comenzó con una recaída a finales del año 2014.

4.2. Historia psicopatológica documentada de A. Lubitz

En un artículo de prensa de Solís, C. de 2015, se da a conocer el dato verificado por la Fiscalía de Marsella de que “*el copiloto fue atendido en 41 consultas médicas en los últimos cinco años*”⁽⁴⁾. En el anexo I mostramos el cuadro de los diferentes diagnósticos de sospecha obtenidos en cada consulta, la fecha y el tipo de médico especialista que le atendió, proveniente del “*Informe final*” de la Oficina de Investigación y Análisis para la Seguridad de Aviación Civil.

El historial psicopatológico se empezó a documentar en su período de formación como piloto. Entre noviembre de 2008 y agosto de 2009, tuvo que interrumpir su entrenamiento por cuestiones relativas a su salud. En abril de 2009 no le revalidaron su certificado médico correspondiente “*debido a una depresión y a que tomaba medicación para tratarla*”⁽³⁾.

A finales de 2014 Lubitz sufrió una recaída. En un primer momento comenzó con clínica psicósomática de carácter visual, por lo que visitó numerosos a oftalmólogos y neurólogos entre tres y cuatro veces por semana. Los médicos procedieron al examen ocular y cerebral mediante equipos de última generación, pero no encontraron ninguna causa aparente para su trastorno de visión. Un oftalmólogo que le examinó señaló que se encontraba *"repleto de un profundo miedo"*. Un neurólogo concluyó en un diagnóstico de *"trastorno hipocondríaco"*. Sin embargo, Andreas fue incapaz de aceptar dicha sugerencia diagnóstica, que postulaba la causa psicológica como base al problema visual. En este contexto, uno de los médicos que le atendieron diagnosticó una *"psicosis emergente"* y le propuso internarse en una clínica psiquiátrica. Lubitz ignoró la propuesta ⁽¹⁾.

Un tiempo más tarde, pareció aceptar que el empeoramiento de su visión podría tener causas psicológicas. Regresó entonces a la clínica del psiquiatra que le llevó por primera vez en 2009. El médico registró una recaída a un episodio depresivo, de forma que comenzó la psicoterapia y el tratamiento con psicofármacos. A pesar de ello, continuaba con su trabajo normalmente. Siguiendo las indicaciones del facultativo, comenzó a escribir en un *"Diario de la felicidad"* sus síntomas. En éste, se encuentra registrado que Lubitz había sido atormentado por el insomnio, llegando a relatar por escrito *"tres horas y media de sueño profundo"* ⁽¹⁾.

El día 10 de marzo de 2015 Lubitz envió un correo electrónico a su psiquiatra de Montabaur, donde le confesaba varias cosas: el miedo a quedarse ciego, sus problemas crónicos para dormir, y la necesidad que tenía de buscar un tratamiento que le permitiese conciliar el sueño y disminuir el estrés.

"Hace ya dos semanas que estoy tomando Mirtazapina [medicamento antidepresivo], pero después de constatar que no he mejorado con una dosis de 15 miligramos, la he duplicado, lo que me vuelve muy nervioso y me provoca pánico a causa de los problemas de visión", escribió Andreas en el correo electrónico. *"Desgraciadamente los problemas que tengo para dormir no han mejorado y muchas noches las paso en vela. Tengo miedo"* ⁽⁵⁾.

Recibió varias veces la incapacidad temporal, a destacar las fechas 24 de noviembre de 2014, 17 y 22 de febrero de 2015 y 9, 12 y 18 de marzo de 2015. No todos los partes fueron verificados por Germanwings. El día 10 de marzo, un médico privado le aconsejó la continuación del tratamiento psiquiátrico intrahospitalario debido a una posible psicosis ⁽²⁾.

Las leyes de privacidad alemanas son restrictivas, pero permiten la notificación por parte de los psiquiatras de los partes relevantes en caso de creer que un paciente podría presentar un peligro para la vida de otros. No fue éste el caso.

Continuando con el registro escrito de los pensamientos de Lubitz en su *"Diario de la felicidad"*, se aprecia la derivación a la idea de muerte. Se detectó la realización de búsquedas en Internet para identificar los medios más eficientes de suicidio, con las siguientes entradas: *"La producción de monóxido de carbono"*, *"Beber gasolina"*, *"¿Qué veneno mata sin dolor?"* ⁽¹⁾.

En resumen, los dos meses previos a la catástrofe Lubitz acudió varias veces a consultas médicas, tomaba antidepresivos y había confesado su estrés y angustia insuperable por el miedo que tenía a quedarse ciego y no poder pilotar, así como que apenas dormía. Dos semanas antes de la catástrofe, un médico privado le aconsejó ingresar en un psiquiátrico ⁽³⁾.

El 18 de marzo, un médico de Düsseldorf emitió el parte de incapacidad temporal de Andreas. Dos días después el copiloto ideó un nuevo método de suicidio. El día 20 de marzo buscó en Internet sobre cómo bloquear el mecanismo de la puerta de cabina del Airbus A320. El 22 de marzo, un día antes de regresar al trabajo, Lubitz garabateó en el *"Diario de la felicidad"*: *"Decisión domingo"*, junto con el código de vuelo de Barcelona ⁽¹⁾.

El lunes 23, voló ida y vuelta entre Düsseldorf y Berlín, y el piloto que viajó con él recordó que su comportamiento era completamente normal. Esa noche fue de compras con su pareja, Kathrin, quien dijo que no estaba al tanto de la salud mental de Lubitz ⁽¹⁾.

4.3. Reconstrucción de los hechos sucedidos en el accidente

Tras el análisis de los datos obtenidos en la caja negra de la aeronave, podemos secuenciar segundo por segundo cuáles fueron las circunstancias que rodearon el fatídico momento del accidente, ocho minutos determinantes. La información expuesta proviene en su mayoría del artículo *The Real Story of Germanwings Flight 9525* ⁽¹⁾.

El vuelo partió dirección a Düsseldorf desde el aeropuerto del Prat de Barcelona. El piloto era Patrick Sondheimer, y el copiloto era Andreas Lubitz. Se trataba de un vuelo de dos horas.

A las 10:27 horas, tras haber alcanzado su altitud de crucero de 38.000 pies, Sondheimer avisó a Lubitz para la preparación del aterrizaje. La respuesta que obtuvo por parte del copiloto fue críptica, dijo: *"Con suerte, veremos"*. Algo más tarde, a las 10:30 horas, Sondheimer salió de la cabina para ir al lavabo.

Una vez solo en la cabina, Lubitz accionó el interruptor de la puerta de la cabina desde la posición de "normal" a "bloqueado", desactivando así el código de acceso del capitán Sondenheimer. Momentos más tarde, activó el piloto automático.

A las 10:31 horas, después de cruzar la costa francesa cerca de Toulon, el avión salió de su altitud de crucero y comenzó a caer a una velocidad de 3.500 pies por minuto. Los controladores aéreos franceses notaron el cambio no autorizado y contactaron con la aeronave. Andreas no les respondió.

Sondenheimer volvió tres minutos más tarde, a las 10:34 horas, e intentó acceder a la cabina mediante su código de acceso. Por respuesta obtuvo la denegación del acceso. "*¡Soy yo!*", exclamó golpeando la puerta. Una cámara de circuito cerrado transmitió la imagen del capitán a una pequeña pantalla dentro de la cabina, pero Lubitz no reaccionó. Alarmado, el capitán comenzó a dar martillazos en la puerta. Aún así, el copiloto no respondió.

El avión se encontraba a unos 25.000 pies. Los pasajeros, presentaron la primera ola de pánico. Sintiendo el fuerte descenso, se levantaron de sus asientos y salieron a los pasillos. Se activó la alarma de advertencia de acercamiento a tierra.

A las 10:39 horas, Sondenheimer llamó a un asistente de vuelo para que le llevara una palanca que se encontraba en la parte trasera del avión. Con ella, el piloto golpeó la puerta y trató de hacer palanca. El avión había caído por debajo de los 10.000 pies y dentro de la cabina, Lubitz se colocó una máscara de oxígeno. Sondenheimer gritó "*¡Abre esta puta puerta!*". Andreas respiró con calma.

A las 10:40 horas, una alarma se disparó, marcando una estridente advertencia de acercamiento a tierra. El avión cayó a 7.000 pies. Los únicos sonidos adicionales recogidos por la grabadora de voz eran las alarmas y los gritos. Momentos después, el avión se estrelló a 403 millas por hora.

El equipo del Centro de Control de Tráfico Aéreo en Lyon comunicó la desaparición de la aeronave en la pantalla de radar sobre el macizo de Trois-Évêchés, al noroeste de Niza.

Una vez en el lugar del accidente, se encontró la caja negra de cabina en media hora. Treinta y seis horas después empezaron a resolverse los misterios sobre el derribado vuelo 9525, cuando las autoridades francesas analizaron el contenido de la caja negra.

4.4. Consecuencias del accidente aéreo

Las verdaderas consecuencias que ha tenido el accidente a día de hoy no se exponen a continuación. Lo único que podemos plasmar son las que se suponen existentes hasta el momento en el que se ha finalizado la recopilación de información.

Hablamos de un suceso de vital importancia con multitud de familias afectadas por la pérdida de seres queridos. Tras el accidente, se iniciaron varias causas legales en las que se encontraron implicados profesionales sanitarios y Lufthansa - que engloba a la academia de formación y a la compañía aérea -.

El caso se cerró con la determinación de que la tragedia fue provocada por el copiloto Andreas Lubitz como único responsable, que padecía un grave estado depresivo, considerándose un suceso de etiología suicida ⁽⁶⁾.

4.4.1) Consecuencias a nivel de las aeronaves

La cabina del avión era impenetrable. Tras el atentado terrorista contra las Torres Gemelas, las aerolíneas procedieron al acorazamiento de esta parte de los aviones, con objeto de impedir que se repitieran este tipo de ataques. Según muestra la grabación de la caja negra, a pesar de que el piloto aplicó el código de desbloqueo de la puerta, la entrada quedó obstruida por completo ⁽⁷⁾.

A este nivel, se pueden sugerir tres propuestas para evitar el bloqueo completo de la cabina o la necesidad de abandonarla para ir al servicio, que serían: la remodelación de manera que se incluya un lavabo sin necesidad de pasar la puerta de acceso; el uso de huellas digitales para el acceso; y la obligación de portar una llave a quien salga de la cabina, con la que poder acceder después ⁽³⁾.

Lo que sí fue aplicado tras unos días del evento por parte de las compañías aéreas alemanas y austriacas, fue la decisión protocolaria de que siempre debe haber dos personas en la cabina de piloto ⁽⁸⁾.

Algunas compañías - como Boeing o Honeywell - poseen un sistema que permite a las autoridades tomar el control del avión desde tierra en casos de emergencia. La oficina alemana de aviación planteó semanas después del caso la posibilidad de aplicar este tipo de sistemática. No obstante, la posible manipulación de hackers ha sido el principal argumento que ha impedido la evolución de esta propuesta ⁽⁷⁾.

4.4.2) Reclamaciones a Lufthansa

La compañía aérea Lufthansa es la propietaria y responsable de la academia de aviación de Phoenix. Esta escuela de pilotos donde se formó Lubitz, le calificó de apto para volar después de haber sido examinado por numerosos médicos en los años anteriores al accidente. Este supuesto conllevó a una reclamación por parte de allegados de las víctimas ⁽⁶⁾.

En su investigación, la fiscalía francesa además de documentar la magnitud de los trastornos psíquicos que sufría Andreas, también señaló el fallo de la compañía, que no logró detectar los problemas del copiloto y actuar en consecuencia. Un abogado de los familiares en Alemania, afirmó encontrar motivos para presentar una reclamación contra la escuela de pilotos de Lufthansa de Arizona. *“Fue ahí, donde el copiloto detuvo por un tiempo su formación de piloto por problemas psíquicos. No tendrían que haberlo retomado”*, dijo el abogado Christof Wellens ⁽⁵⁾.

Lufthansa es considerada como la aerolínea alemana más potente. Tras el accidente, pagó a cada familia alrededor de 50.000 euros. Posteriormente a este pago, realizó la oferta de indemnización de 25.000 euros por cada víctima. Los abogados defensores de las víctimas expresaron el rechazo por parte de sus clientes de la oferta de 25.000 euros. Uno de los letrados, declaró a principios de 2017 que *“Ante la corte denunciaremos la negligencia que cometió Lufthansa en la formación de Lubitz y esperamos que la compañía se vuelva razonable y reanude las negociaciones con nosotros y acepte pagar indemnizaciones justas”*. En caso de no hacerlo, Lufthansa puede ser obligada a pagar hasta cinco millones de dólares por cada víctima (3,26 millones de euros) ⁽⁶⁾.

En su defensa, la aerolínea insistió en que el choque fue un *unglück*, que podría traducirse como *“trágico suceso”* más allá de su control. Desde la otra cara de la situación, los afectados defendieron que *“Esto no fue unglück, fue un asesinato en masa”* ⁽¹⁾.

Las leyes europeas limitan la responsabilidad de una compañía aérea en accidentes, puesto que invocan un principio jurídico conocido en alemán como *restrisiko*. Es la idea de que cada vuelo contiene un riesgo inherente, que los pasajeros aceptan voluntariamente cuando compran sus billetes ⁽¹⁾.

4.4.3) Repercusiones a nivel sanitario

El informe final precisa que desde diciembre de 2014 Lubitz sufría *“un episodio depresivo psicótico”* ⁽²⁾. Fue visitado por numerosos médicos, quienes le recomendaron no volar en esas fechas. Pero ninguno de ellos comunicó el estado del piloto a las autoridades aeronáuticas o a la compañía.

Las autoridades judiciales francesas llevaron a cabo los análisis toxicológicos del tejido humano del copiloto encontrado en el lugar del accidente. *“Se detectó la presencia de citalopram y mirtazapina, dos antidepresivos, así como de zopiclona, un somnífero”* ⁽³⁾.

Tras el accidente, el psiquiatra que le trató con anterioridad en 2008, 2009 y en enero de 2015, declaró ante la policía: *“No me digan que él ha pilotado un avión. Yo no tenía la impresión de que en una situación de crisis él sería capaz de pilotar”* ⁽⁵⁾.

Los médicos se defendieron en base al deber de secreto profesional. Por ello, los investigadores decidieron sostener la recomendación de romper el deber de secreto en casos graves de desequilibrios psicológicos de los pilotos, es decir, ante la necesidad de proteger a los viajeros. *“Hay que exigir reglas más claras para determinar cuándo se necesita romper el secreto médico”,* afirmaron los expertos. *“Hay que definir las condiciones de seguimiento de los pilotos con antecedentes de problemas psicológicos”* ⁽³⁾.

Siguiendo esta línea, cabe destacar que han sido recomendados planes de ayuda y apoyo a los profesionales de la aviación, puesto que es destacable el hecho de que los propios pilotos son reticentes a la hora de admitir posibles problemas psiquiátricos por miedo a perder el empleo ⁽³⁾.

De esta manera, los investigadores alemanes intentaron determinar si hubo negligencia por parte de los médicos que examinaron a Lubitz, puesto que no habrían informado de sus problemas psíquicos a Germanwings. Según justifica el archivo de la investigación en Alemania, se sostiene el hecho de que el copiloto no habló de sus intenciones suicidas ni a sus médicos ni a sus allegados, lo que implica que ninguno de ellos podía haberlo comunicado a la compañía aérea. Por lo tanto, los médicos eran desconocedores de su estado real ⁽⁶⁾.

“Las investigaciones no aportaron pruebas suficientes ni tangibles sobre responsabilidades externas de personas aún vivas” en el entorno familiar o médico del piloto ni en el seno de su empresa, declaró Christoph Kumpa, portavoz de la fiscalía de Dusseldorf (oeste), que dirigía la investigación en Alemania ⁽⁶⁾.

La Agencia Europea de Seguridad Aérea (AESA) recomendó reforzar los controles psíquicos de los pilotos, así como la formación de los médicos que los

llevan a cabo. También planteó la creación de una base de datos internacional sobre el estado de los aviadores. La mayoría de estas recomendaciones aún no han sido adoptadas por muchas compañías ⁽³⁾.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Es conocido que los accidentes de aeronaves no son siempre “accidentes”. A pesar de su extensa investigación, no existen datos fiables sobre el número de suicidios como factor causal, como bien explica el artículo “*I am flying to the stars*” de 2008 ⁽⁹⁾. No obstante, en un texto de Vuorio, C. y colaboradores publicado en 2014, se constata que en un estudio realizado en Estados Unidos entre los años 1993 y 2012, la etiología suicida se ha llegado a estimar en un 0,33% (IC del 95%: 0,21 a 0,49) ⁽¹⁰⁾.

No se encuentra una clara relación que confirme este hecho, aunque sí es cierto que, como bien enumera Thomas, G., si el suicidio fuese la causa definitiva en este suceso, sería el noveno piloto suicida en los últimos cuarenta años ⁽¹¹⁾.

Con los resultados obtenidos tras analizar pormenorizadamente el caso, y mediante su discusión, pretendemos responder las siguientes cuestiones:

- ¿Se puede afirmar que la etiología del accidente fue un acto suicida?
- ¿Reunía Lutz las facultades mentales necesarias para pilotar? ¿Debió ser aceptado como piloto? ¿Se cumplieron los criterios de los exámenes médicos para seguir siendo apto?
- ¿Los médicos podían comunicar su estado? ¿Debían comunicar su estado? ¿Debería haber sido tratado como un paciente no capacitado para decidir por sí mismo y ser ingresado?
- ¿Se podría haber prevenido el accidente? ¿Puede señalarse a uno o varios responsables?

Comenzamos tratando la temática psiquiátrica. Se aportan diversos puntos de vista como posibles perfiles psicológicos de Andreas, aunque en nuestro estudio consideramos un único perfil psiquiátrico en base a lo registrado en su historia clínica.

A continuación, se da conocer el procedimiento médico llevado a cabo para cualificar la aptitud para pilotar, reconsiderando la adecuación de los reconocimientos médicos.

Tratamos además la situación a nivel legislativo sobre diversas cuestiones que se van planteando a lo largo del caso, como son el suicidio, el secreto médico y la notificación del parte de incapacidad temporal laboral.

Finalmente, con todo ello se pretende deducir qué punto de la cadena de sucesos fue el definitorio, reevaluando las actuaciones por parte de Lubitz, de Lufthansa y del profesional sanitario.

5.1. Patología psiquiátrica de Lubitz

Tal y como se ha reflejado al principio del trabajo, el retrato surgido de la reconstrucción de la vida de Lubitz no hace sospechar que se trataba de un homicida. Mantenía una cercana relación con sus padres, convivía con su pareja, se rodeaba de amistades, y no tenía quejas por parte de sus conocidos. Con todo ello, fue capaz de realizar un suicidio premeditado con insensible indiferencia hacia las vidas que destruyó.

Partiendo de esta base de relativa “normalidad” con respecto la personalidad del copiloto, procedemos a analizar bajo una perspectiva psiquiátrica las distintas opciones clínicas que pudieron surgir en su persona. Para ello, se ofrece el punto de vista de diversos médicos especialistas. Se ponen en cuestión dos extremos: un posible trastorno de carácter psicótico - perdiendo con ello la conciencia de realidad -, y en el otro extremo la posibilidad de que no fuese un enfermo mental, sino un simple narcisista responsable de un homicidio masivo.

5.1.1) Lubitz enfermo, un delirio nacido de un estado depresivo

Según las aportaciones de la doctora Lázaro, el copiloto padeció un trastorno delirante acompañado de un estado de ánimo depresivo. Señala la presencia de un estado psicótico - el trastorno delirante - en el cual el sujeto es capaz de continuar su rutina diaria, sin aceptar el padecimiento de una enfermedad mental ⁽¹²⁾.

Si se continúa esta línea de razonamiento, se tendría en cuenta que su padecimiento primario era un episodio depresivo - constatado unos años antes -, y se podría concluir que padeció una recaída de carácter muy grave, donde se asociarían falsas ideas delirantes procedentes de una errónea interpretación de la realidad. En este punto recordamos algo reflejado anteriormente, y es que uno de los médicos le llegó a diagnosticar una *“psicosis emergente”* y le propuso el internamiento ⁽¹²⁾.

Llegaría entonces al extremo de decidir quitarse la vida, ampliando el suicidio de manera colectiva y dejando un testimonio por escrito. Lo expuesto se

corresponde con la frialdad característica de un estado psicótico, puesto que el delirio influye en la conducta del afectado. En concordancia con esto, destacamos el hecho de que durante el descenso del avión hacia la tierra, Sondenheimer golpeó frenéticamente la puerta de la cabina sin conseguir respuesta, como si Lubitz no tuviese consciencia sobre lo que estaba efectuando y sus consecuencias. Las ideas delirantes llegan a dominar a la persona.

5.1.2) Lubitz sano, un perfil narcisista

Contrariamente a lo anterior. Algunos expertos consideran que el copiloto tenía una personalidad de perfil narcisista, que podría fácilmente conducir al suicidio y asesinato en masa por la rabia sobre sus enfermedades ⁽¹⁾.

Este tipo de carácter sumado a una depresión de suficiente intensidad - caracterizada por debilitantes sentimientos de inutilidad y fracaso - podría haber alterado la capacidad de razonamiento, anulándose la toma de decisiones razonadas. Al parecer, el ser narcisista le haría encontrarse tan desesperado por aferrarse a su carrera que ocultó su depresión. No se puede determinar hasta qué punto pensó en las posibles consecuencias del ocultamiento del parte de baja, siendo él una persona que es responsable de cientos de vidas cada vez que va a trabajar.

En el extremo de esta línea de opinión se encuentra el doctor Toledo, que declaró: *“Una persona que se suicida se quita de en medio para no sufrir y para que los demás no sufran. Lo del copiloto no tiene nada que ver con la depresión ni con enfermedades mentales. Todo indica que fue premeditado y responde a una personalidad narcisista de tipo maligno que ha actuado así ante una frustración no superada”* ⁽¹³⁾. Bajo su punto de vista, entendemos que el suceso no tuvo que ver con patología mental alguna, sino que el factor determinante para la ejecución homicida fue la personalidad narcisista.

Según esta hipótesis, Lubitz no era un enfermo mental ni actuó dominado por ideas delirantes que se apoderarían de sus decisiones. Simplemente se trató de una persona absolutamente narcisista que actuó bajo plena consciencia.

5.1.3) Los actos de Lubitz

Lo recién expuesto son distintas versiones de la posible clínica psiquiátrica del protagonista. Sin embargo, la dinámica de este estudio se continúa en base a lo constatado como cierto en el historial clínico.

Lubitz tuvo el antecedente de un episodio depresivo que requirió la toma de medicación un tiempo antes. Y el mismo día del accidente se encontraba de baja laboral, en base a una recaída en este trastorno del estado de ánimo. Incluso uno de los médicos le instó a ingresar, considerando el estado psicótico. La línea de exposición que seguimos parte de la consideración de que el copiloto padecía en el momento del accidente un episodio depresivo, probablemente de carácter psicótico y de extrema gravedad.

La información obtenida durante la investigación da a conocer que fue un acto premeditado. Los días previos a la tragedia, realizó búsquedas en Internet sobre cómo quitarse la vida, hasta llegar a la decisión - que consta por escrito - de quedarse encerrado en la cabina del airbus que partía desde Barcelona a Düsseldorf para llevarlo a cabo.

Estos hechos no nos aclaran si Lubitz fue el autor de un homicidio en masa, o se trató de un suicidio que conllevó la muerte “incidental” de otras muchas personas.

En un artículo de Jerónimo Sainz, asegura que *“la mayoría [de las depresiones] no derivan en pensamientos suicidas, y los afectados pueden seguir con sus responsabilidades y su vida con un tratamiento adecuado”* ⁽¹⁴⁾.

Nos llama la atención que profesionales como F. Bollorino, afirmen que la decisión final de llevar a cabo el suicidio *“parece ser premeditada, pero se toma en cuestión de minutos, justo antes del acto”* ⁽¹⁵⁾. Quizá esto podría encajar en la situación de quedarse solo en la cabina, determinando el inicio de una decisión seguramente cultivada hacía un largo tiempo.

Posiblemente lo único que se pueda obtener en bruto de este caso, bajo la perspectiva psicopatológica, es que el cuadro depresivo mayor puede ser muy incapacitante, puesto que conlleva una merma en el rendimiento personal. Pero ese diagnóstico no cuadra completamente en la conducta que tuvo Lubitz. Seguramente hubo otra patología añadida o diferente relacionada con la psicosis. Aunque faltan elementos para sacar conclusiones definitivas, un hecho es cierto: la idea de bloquear la cabina para estrellar el avión, que quedó registrado en su diario.

5.2. Problemas médico – legales detectados

Procedemos al estudio bajo la perspectiva médico-legal, comenzando por los reconocimientos médicos que determinan la aptitud para pilotar. Continuamos tratando la conducta médica que se debería acatar ante el posible paciente suicida, abordando también la valoración de la existencia de responsabilidad profesional médica, en los niveles civil y penal. Por otro lado, estudiamos el manejo del parte

médico de incapacidad temporal en el caso del enfermo psiquiátrico. Consecuentemente, proponemos la consideración de la relatividad del deber de secreto profesional en el caso concreto de A. Lubtiz.

Una vez resuelta la exposición de todos estos temas, procedemos a realizar nuestra valoración personal médico-legal de las posibles responsabilidades de las partes implicadas, señalando puntos concretos de los actos registrados por parte de Lubtiz, de Lufthansa y de los profesionales médicos implicados.

5.2.1) Aptitud del piloto y reconocimiento médico

A propósito del accidente de Germanwings, diferentes autores han indagado sobre la aptitud requerida para pilotar. Martínez, J. C. en un artículo de 2015, explica que los pilotos de aviación están obligados a someterse anualmente a un examen médico. Una parte de ese chequeo evalúa la salud psicológica. En él se llevan a cabo análisis de sangre y orina, pruebas oftalmológicas, de audición y cardíacas. Además, cada cinco años deben someterse a un examen más exhaustivo ⁽¹⁶⁾.

Estos test se realizan con los estándares que establece para toda Europa la Joint Aviation Authorities (JAA). Sirven para renovar la parte médica del examen que todo piloto debe pasar para conseguir la licencia. El certificado que obtienen les otorga la consideración de aptos para pilotar. Los requisitos médicos y de licencia para las tripulaciones de vuelo en la Unión Europea se establecen en:

- Reglamento: (CE) N.º 216/2008, del Parlamento Europeo y del consejo del 20 de febrero de 2008.
- Normas de aplicación: Reglamento (UE) N.º 1178/2011, de la comisión de 3 de noviembre de 2011 y Reglamento (UE) N.º 290/2012, de la comisión de 30 de marzo de 2012.

El proceso de certificación médica en la Unión Europea para las tripulaciones de vuelo se encuentra detallado en el anexo II.

La constancia del episodio depresivo en los registros médicos de Lubitz, requiere la realización de un examen regular para controlar el antecedente por parte de Lufthansa. No obstante, no queda claro con qué frecuencia se requiere hacer el reconocimiento. De hecho, en un informe de 2012 promovido por Naciones Unidas, se criticó la falta de proyección en la industria aérea para las enfermedades, declarando que el "*examen médico tradicional*" utilizado era totalmente inadecuado para detectar problemas psicológicos ⁽¹⁾.

Esta situación fue recurrida como argumento por parte del abogado que desde Nueva York está llevando a cabo una demanda colectiva en nombre de las familias de

las víctimas. Éste afirmó la laxitud de los exámenes. Él mismo declaró que existe *"un fallo en el sistema, lo que permite 'auto-informes' y ocultamiento"*, confirmando la facilidad para mentir en la cumplimentación del parte médico ⁽¹⁾.

5.2.2) Conducta médica ante el posible paciente suicida y la existencia de responsabilidad profesional médica

En 1976, la Organización Mundial de la Salud definió el suicidio como *"un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados"* ⁽¹⁷⁾.

El suicidio constituye la décima causa de muerte a nivel mundial, habiéndose encontrado muchas influencias personales y situacionales que contribuyen a él. Generalmente, es la expresión última de una potente depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y abuso de tóxicos. La labor de prevenirlo y evitarlo en la medida de lo posible viene atribuida a psicólogos y médicos psiquiatras ⁽¹⁷⁾.

La responsabilidad civil, tal y como explica Ramón Maciá en una publicación de 2016, es incurrida por el médico cuando se incumplen sus obligaciones con cada paciente. Nos referimos al "lex artis" o los protocolos médicos de obligado cumplimiento - siempre teniendo en cuenta las particularidades de cada paciente -. Es imposible que cualquier médico sea capaz de evitar las dolencias y los resultados finales de las enfermedades, pero está obligado a desarrollar los actos propios de su especialidad con el paciente que requiere de los mismos. Cuando incumple con sus obligaciones y causa un daño se incurre en responsabilidad civil ⁽¹⁸⁾.

La responsabilidad penal entra en juego cuando, una vez realizado el diagnóstico de un evidente paciente suicida, se incurra en un error de tratamiento, como podría ser el no internamiento del futuro suicida, o una medicación errónea para frenar su voluntad de autolesión. El profesional médico está obligado a conocer el tratamiento que precisa este tipo de pacientes ⁽¹⁸⁾. Cuando el incumplimiento de sus obligaciones es reconocido por la justicia como una imprudencia grave o menos grave y se causa el daño, se incurre en responsabilidad penal por imprudencia. Hablamos entonces de delito de lesiones u homicidio por imprudencia.

En resumen, siempre que previamente se ha realizado un diagnóstico de probable acto suicida futuro, si se incurre en un error de tratamiento se podrá imputar una responsabilidad.

5.2.3) El parte médico de incapacidad temporal laboral ante el enfermo psiquiátrico

En un artículo publicado por Luis Doncel se explica que en Alemania, cuando un facultativo concede la incapacidad temporal a un trabajador, le entrega dos volantes: uno para el seguro médico - aparece el motivo de la baja - y otro para la empresa donde trabaja - sin especificar la enfermedad - ⁽⁸⁾. Se entendería de esta manera que Germanwings no conociera los problemas psiquiátricos del copiloto, aunque no excusa que no estuviese al corriente mediante sus propios exámenes de empresa. En España, sucede lo mismo - como expone el artículo 7 del Real Decreto 625/2014 del 18 de julio - si bien es cierto y conocido que por miedo a perder su puesto, hay trabajadores que se han negado a la situación de baja ⁽¹⁹⁾.

Otro problema que surge en la comunicación del estado de incapacidad temporal, es la situación del paciente psiquiátrico. Es la consideración de hasta qué punto conserva la capacidad mental para hacerlo. Hablamos de la “obligación” de notificarlo por parte de una persona que no se encuentra estable a nivel psíquico. Se le confiere una responsabilidad que posiblemente no pueda asumir en ese momento por su alteración mental.

Consideramos que la situación legal, a este respecto, es inadecuada porque la normativa deja exclusivamente en manos de pacientes una obligación, siendo que pueden no tener las facultades mentales necesarias para ello. Este problema legal se acentúa más en las profesiones de servicio público, que implican un riesgo para la salud y para la vida de sí mismos o de los demás (policías, militares, conductores, pilotos...).

Con todo y con ello, aplicando el sentido común se entiende que la existencia de una comunicación fluida y directa entre la compañía y el médico de la empresa - bajo secreto profesional compartido - sería lo razonable. Al comunicar simplemente un estado de incapacidad laboral y pautar una serie de recomendaciones por parte del médico a la empresa, no se altera la confidencialidad de datos. Se estaría actuando bajo el mantenimiento del secreto profesional para evitar posibles consecuencias, siempre en caso de que el trabajador pudiera ser un peligro para sí mismo o para terceros. Sería una aplicación responsable del deber profesional y del derecho del paciente.

Ahora bien, el médico que emite el parte de incapacidad, debe saber si el paciente está o no capacitado para cumplir con sus obligaciones. De manera que cuando no lo está por tener alteradas sus facultades mentales, deberá recurrir al tutor, representante legal o familiar más cercano para que sea éste quien entregue el parte de baja.

5.2.4) La relatividad del secreto profesional y el caso de A. Lutz

Procedemos al estudio de la colisión de deberes en el ejercicio del facultativo. Hay preceptos que sancionan al médico si revela un secreto obtenido en su ejercicio, y hay otros que le imponen la obligación de desvelarlo. Las excepciones al secreto profesional son contempladas en situaciones en las que resulta más importante proteger otros bienes jurídicos que puedan estar en peligro. Este es el caso de la implicación de la seguridad física y psíquica colectiva, es decir, de la vida de terceras personas, como figura en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre - Ley de Autonomía del Paciente -. Esto es apoyado por el artículo 30 de la Guía de Deontología Médica de 2011. El secreto médico no es un deber absoluto para el clínico, puesto que debe ceder en ciertos casos, se contempla que el deber de secreto debe ceder ante supuestos de cierta gravedad y relevancia.

A pesar de la normativa legal y ética existente, observamos que hay casos en que se genera inseguridad respecto a sus límites. En la práctica médica surgen dudas de cuáles son las situaciones concretas en que se debe desvelar el secreto. Su regulación se compone de leyes generales, siendo comprensible que no pueden introducirse en ellas aspectos que regulen toda la casuística. Tal y como enuncia el artículo 199 del Código Penal - Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre -, cuando son divulgados datos que pueden atentar contra el derecho a la intimidad obtenidos a través de la profesión, se daría la condena por revelación de secreto.

De esta manera, asumimos la conclusión de que la correcta interpretación de las leyes junto con su puesta en práctica de manera responsable, sería la clave para enfrentarse a cuestiones surgidas en momentos de duda sobre el deber de secreto profesional.

5.2.5) Valoración médico-legal de las posibles responsabilidades

Una vez analizados los hechos expuestos anteriormente, procedemos a valorar desde nuestro punto de vista la posible responsabilidad de varios implicados en la cadena de sucesos. Se indaga en tres puntos clave para presuponer un punto de inflexión e intentar reconocer si el evento podría haber sido evitado y, en ese caso, quién lo podría haber evitado.

En los siguientes apartados, la situación de Andreas es retratada y reconsiderada. También, se buscan errores en la actuación por parte de la academia de vuelo, y se reevalúa la actitud de los médicos implicados en el caso, según la información obtenida al respecto.

Para una mayor claridad de la exposición, hemos considerado oportuno enumerar cada vez que detectamos una posible irregularidad, señalándola de este modo: “¿Irregularidad nº 1?”. Cada una de las “irregularidades detectadas” irán acompañadas de nuestras opiniones.

a) Consideración de la responsabilidad de A. Lubitz

¿El copiloto tenía las facultades mentales íntegras como para hacerle responsable de su obligación de entregar el parte de incapacidad temporal a la empresa? ¿Y para hacerle responsable del delito?

La Fiscalía de Düsseldorf confirmó las sospechas de que el copiloto de Germanwings se encontraba bajo tratamiento y con una baja por enfermedad firmada por un médico, de forma que Lubitz no podía haber trabajado ese 24 de marzo ⁽⁸⁾. “¿Irregularidad nº 1?”.

Este parte de baja fue ocultado, y no sería la primera vez que sucede. Es conocido que hay personas que por temor a la pérdida de su puesto de trabajo se niegan a reconocer la baja. En el caso del copiloto, a pesar de tener la obligación de notificarlo a su compañía, hay que tener en cuenta que se encontraba en un estado psicopatológico documentado por un médico, de manera que no se puede confirmar que estuviese capacitado a nivel mental para asumir esa responsabilidad. “¿Irregularidad nº 2?”.

Conocemos las búsquedas en Internet de Lubitz sobre métodos de suicidio, sobre cómo bloquear la puerta de la cabina del avión, y conocemos también su nota en el *“Diario de la Felicidad”* sobre su decisión llevada a cabo el día 24 de marzo. Tenemos la idea del propósito que tuvo, de cómo lo meditó y de cómo lo llevó a cabo. No obstante, nunca seremos verdaderos conocedores de cuál era la realidad de su pensamiento. No se pretende eximir de la responsabilidad de ciento cuarenta y nueve vidas que conllevó su gesto suicida premeditado, pero se debe reconocer que si actuó bajo un estado psicótico, no era consciente de la realidad de las consecuencias de sus actos. El parte de incapacidad temporal lo demuestra, puesto que por él sabemos que el estado psíquico de Andreas no le permitía responsabilizarse de las exigencias psicofísicas de su trabajo como piloto y/o que era necesaria esta medida para su tratamiento.

Está claro que el protagonista del accidente aéreo fue Andreas Lubitz, pero no se puede determinar con total fiabilidad si podría ser imputado legalmente, puesto que la capacidad mental queda restringida en casos de depresión mayor muy grave

de carácter psicótico. La resolución final del caso consideró a Andreas como único responsable del accidente aéreo.

b) Consideración de la responsabilidad de Lufthansa

Durante su estancia en la escuela de vuelo, Lufthansa era conocedora de que Lubitz suponía un “riesgo”. Por ello, se podría reprochar el obligado e insistente cumplimiento de examinar exhaustivamente al estudiante de piloto por parte de la escuela responsable de su formación. La idea sería haber discriminado si podría, en algún momento, suponer un peligro para sí mismo o para otros. Con este razonamiento, se propone al centro de formación como el eslabón crítico en una cadena de negligencias, que se extendería desde la Federación Alemana de Aviación. “¿Irregularidad nº 3?”.

Una de las debilidades registradas en Lufthansa, es la indeterminada frecuencia y adecuación del reconocimiento y control de los problemas psicológicos. De esta manera, el protagonista pudo en una ocasión rellenar un “auto-informe” en el que fácilmente mintió. Rellenó y falseó un documento esencial para continuar la escuela de vuelo en Arizona, anunciando que nunca había sido diagnosticado de ningún trastorno mental. A pesar de haberse detectado esta mentira rápidamente, no hubo repercusiones en su futuro profesional. Este tipo de falsificaciones pueden suponer a cualquier piloto la finalización permanente de su servicio. En el caso de Andreas, simplemente le fue requerido un informe redactado por parte de su médico tratante sobre su estado psicológico del momento. “¿Irregularidad nº 4?”.

La importancia de profundizar en el estudio psicológico del trabajador debe ser primordial en los exámenes anuales de aptitud para pilotaje. El propósito sería la detección - en su debido momento - del padecimiento de una alteración psíquica en alguno de sus empleados, conocer hasta qué punto son requeridas la toma medicación y la psicoterapia, y saber si se plantean pensamientos de carácter suicida.

c) Consideración de la responsabilidad del profesional sanitario

Para poner en contexto la importancia del diagnóstico, se comentan datos hallados en la literatura.

Se ha estimado que el trastorno depresivo mayor afecta aproximadamente a uno de cada seis hombres, y al menos el cincuenta por ciento de aquellos que se recuperan experimentará una o más recurrencias ⁽¹⁾. Por otro lado, está constatado que la psicosis reactiva breve puede asociarse a desencadenantes, en caso de que los

síntomas psicóticos se presenten poco después y en aparente respuesta a acontecimientos claramente estresantes para el enfermo ⁽²⁰⁾.

Durante su formación, Lubitz fue atendido por un psiquiatra mediante psicoterapia y los fármacos *mirtazapina* y *escitalopram*. El médico realizó una autorización para la reanudación de su entrenamiento afirmando que el tratamiento había finalizado. Sin embargo, el estudiante a piloto continuó su formación a la vez que siguió con la terapia psicológica y farmacológica durante tres meses más. La realidad fue que no había finalizado su tratamiento. “¿Irregularidad nº 5?”. Aquí se detecta una importante falta por parte del facultativo, puesto que mintió con respecto la situación de su paciente. Constató que se encontraba apto para reanudar su formación y que había finalizado los tratamientos, mientras que la verdad fue que durante tres meses más requirió de las pautas médicas recomendadas.

El último episodio depresivo fue determinante. El médico tuvo la obligación de darle el parte de incapacidad temporal al paciente, y así fue. Pero no dio el paso de realizar un internamiento involuntario. “¿Irregularidad nº 6?”. Debe llevarse a cabo siempre que el médico lo considere oportuno, supuesto que depende de la individualidad percibida por cada uno en función de cada paciente. En este caso, Andreas fue paciente de varios facultativos: psiquiatras, oftalmólogos, médico general... En total, más de 41 consultas médicas en los últimos cinco años.

El médico de cabecera le instó a un internamiento por sospecha diagnóstica de un brote psicótico. Debió considerar que su paciente suponía un riesgo y había desarrollado un estado mental de tal alteración que podría ser dañino para él mismo y para el resto. Pero no llevó a cabo un internamiento involuntario. Tampoco dio parte a las autoridades competentes.

Quizá, el médico pensó que sería aconsejable un ingreso pero no estrictamente necesario. Pudo ser que confiase en su paciente y en que las pautas terapéuticas y la incapacidad laboral fuesen suficientes para la resolución del cuadro.

En este supuesto se ha sospechado un diagnóstico. Una vez se ha detectado el riesgo de suicidio, si se comete el error terapéutico de no frenar la voluntad de autolesión no recurriendo, por ejemplo, a un internamiento involuntario del paciente, se podría hablar de una posible responsabilidad penal. Hablaríamos entonces de una imprudencia grave o menos grave, según nuestro Código Penal,. Sin embargo, ni en la teoría ni en la práctica está definido cómo identificar un paciente suicida.

No obstante, hemos de considerar que no solo era el médico de cabecera el que le atendía. También intervinieron psiquiatras y otros especialistas. Quizá podemos aplicar el conocido dicho que dice: “la responsabilidad en grupo se diluye”. “¿Irregularidad nº 7?”.

Tras la lectura de artículos de investigación, hubo un psiquiatra que le atendió en el primer y en el segundo episodio depresivo que, contrariamente al médico de cabecera, no consideró el diagnóstico de psicosis. Detectó un estado depresivo, pero no hemos hallado que registrase los pensamientos de suicidio de su paciente. En caso de que el psiquiatra los hubiese considerado - documento que no consta en la bibliografía -, no procedió al ingreso.

Pudo ser por dos motivos. Uno de ellos, podría ser que estos pensamientos no fueron detectados en el momento de la visita médica, ya sea porque en aquel instante eran inexistentes o porque Andreas los ocultó. En este caso, no se podría reprochar un mal diagnóstico por parte del médico. Por ello, consideramos la posibilidad de que este profesional no detectase factores de gravedad en su paciente, bien por negligencia en su praxis, o bien porque el propio Andreas supo ocultar su ideación autolítica. En esta suposición, no habría sido reconocida la gravedad del diagnóstico ni los resultados que podría conllevar. De hecho, los resultados tuvieron nefastas consecuencias, y se podría hablar de una posible responsabilidad civil.

Lejos de este planteamiento, un segundo motivo sería la opción de que el profesional sí hubiera detectado el riesgo autolítico, pero actuase de manera negligente. Se pone en entredicho el no haber cumplido con sus obligaciones en el momento de la detección del riesgo suicida, dejándolo pasar. En este supuesto, consideramos que se podría hablar de una posible imprudencia penal. De haber sido de esta manera, el profesional puede abstenerse del deber de secreto profesional, tal y como se contempla en la legislación relativa a la autonomía del paciente.

6. CONCLUSIONES

Para finalizar, concluimos con una serie de consideraciones a destacar de todo lo expuesto en el trabajo. Para que resulte más comprensible al lector, hemos considerado redactar la primera parte en forma de guiones.

- La escuela de vuelo posee un sistema más que mejorable con respecto a la fiabilidad y utilidad de las revisiones médicas que realiza. Remarcamos sobretodo la calidad de los exámenes y la frecuencia con que son realizados.
- La FAA fue concedora de que uno de sus estudiantes tenía un antecedente médico psiquiátrico, y que además mintió al rellenar uno de los formularios de obligado cumplimiento en su preparación. No hubo repercusiones por ello.
- Otro suceso remarcable es que el médico tratante en el momento del primer episodio depresivo, realizó una autorización que permitía a Lubitz continuar

con sus estudios como si se hubiese recuperado del proceso y no llevase medicación alguna. Realmente, todavía le faltaban tres meses para concluir su tratamiento médico y psicoterápico.

- El día del accidente, el copiloto tenía firmado un parte de incapacidad laboral. La clave de si se podría haber prevenido el suceso quedaría respondida al afirmar que, si él hubiese entregado el parte de baja que le fue concedido por su estado de alteración mental, no habría estado aquel 24 de marzo en su puesto de trabajo.
- Por ello, se plantea que si su capacidad mental no hubiera estado sesgada por un trastorno psicológico de importante calibre, debió entregar el parte de baja inexcusablemente.
- En el supuesto de que su estado no le permitiese tener una clara percepción de la realidad - por la patología psicológica constatada -, no se le podría reprochar el no haber entregado el parte médico a la empresa, puesto que sus actos quedarían limitados por el estado de enfermedad.
- Sería entonces el médico tratante el que tiene la responsabilidad de asumir la protección para su propio paciente y para terceras personas que puedan verse implicadas al dejar a Lubitz salir de la consulta simplemente con un parte de baja.
- Planteamos que el médico tuviese una considerable confianza en que su paciente fuese a cumplir con la obligación de entregar el parte. O podría ser que no quiso forzar un ingreso involuntario. O sencillamente pudo suceder que el médico no sospechó que Andreas pudiera suponer un riesgo para sí mismo o para más personas.
- Hubo un importante número de médicos que atendieron a Lubitz, por lo que si se quisiera atribuir responsabilidades, no puede ser señalada exclusivamente una única persona responsable, hay comprometidos múltiples médicos en su atención.

Una vez mencionados los sucesos que consideramos más relevantes, nos reafirmamos en que el accidente aéreo de Germanwings tuvo devastadoras consecuencias, fundamentalmente morales.

Tras el análisis de los datos obtenidos, se plantean varios escenarios. Se podría hablar de una persona diagnosticada de un episodio depresivo mayor, con ideas de suicidio asociadas. O podría tratarse de un estado psicótico dominado por ideas delirantes. Además, podría simplemente haber sido el caso de un narcisista maligno, sin tener realmente un trastorno mental asociado. En cualquiera de estos

escenarios, la realidad de lo que cuenta un paciente no se puede dilucidar completamente. En las alteraciones mentales, efectivamente, aquello que comunica el enfermo no puede ser considerado como la pura verdad de lo que realmente está sucediendo. El mismo principio es aplicable a cualquier persona.

La exclusión del sujeto potencialmente peligroso que padece un trastorno psíquico o lo ha padecido en un pasado no es siempre la óptima, puesto que la medicina no es una ciencia exacta. Con el fin de favorecer un mejor control y seguridad en los procedimientos para su evaluación y detección, mejorar drásticamente los exámenes médicos podría ser la manera de hacerle frente. Sería aplicable por supuesto a todas las profesiones, y especialmente en aquellas que implican un riesgo para la vida de otras personas.

Tanto el médico de la compañía como los demás médicos tratantes que detectasen el riesgo, deberían haber contactado con la empresa, y especialmente en este caso, puesto que en la profesión de piloto se ve comprometida la integridad y seguridad de terceros. No se debe dejar toda la responsabilidad al trabajador para la notificación de la incapacidad, fundamentalmente cuando se trata de patología de carácter psiquiátrico lo que entra en juego. El estado mental puede estar dañado hasta el punto de perder la capacidad de autonomía.

Se establece un dilema entre seguridad y privacidad en el ámbito del ejercicio profesional. La empresa debería haber sido conocedora de la condición de incapacidad laboral de uno de sus trabajadores - sin ser vulnerado el secreto profesional - a través de su médico de empresa.

El secreto profesional está legislado por una serie de leyes generales, con distintos enfoques según diferentes casos. Se trata de consideraciones generales, resultando lógico pensar que no puede ser abarcada la totalidad de la casuística existente. Se contempla que el deber de secreto debe ceder ante supuestos de cierta gravedad y relevancia.

Pero este trámite dependería de cada médico. En el supuesto de que el profesional que lleve el caso no considere la necesidad de comunicar el riesgo, estaría en su derecho de no hacerlo. El momento exacto de poner en conocimiento a la autoridad, dependerá de cuándo el médico crea oportuno hacerlo, que sería cuando considere que es un supuesto de tal relevancia que conllevaría consecuencias jurídicas el no dar parte. En cualquier caso, el riesgo de denunciarlo creyendo que se trata de un mal mayor, es un riesgo que se debe asumir en esta profesión. Ello queda respaldado en el artículo 450 del Código Penal, que contempla la punibilidad de no impedir un delito al realizar la intervención inmediata en el ejercicio.

Las consecuencias del suicidio del paciente psiquiátrico no suponen una imprudencia o negligencia profesional a priori. Es debido a su prácticamente

imposibilidad de detección, previsibilidad y evitabilidad. Son conceptos teóricos, muy difícilmente aplicables en la práctica.

Al hablar del accidente aéreo de Germanwings con un copiloto suicida como factor causante, se postula sobre algo que nunca se podrá conocer verdaderamente. Existen dudas sobre qué interpretación hizo Andreas de la realidad, dudas con respecto al hecho de ocultar su enfermedad, dudas por el supuesto de haber podido perder la consciencia de enfermedad y ser dominado por ideas delirantes. Son cuestiones que quedan en el aire. A pesar de todo, parece sugerir el desarrollo de un estado psicótico.

7. ANEXOS

Se incluye una aclaración de las siglas y fármacos de los Anexos I y II al final.

Anexo I ⁽²⁾

| Fecha (dd/mm/aa) | Tipo de médico | Resultado / prescripción |
|------------------|--------------------------------|--|
| 09/04/2008 | AeMC ¹ de Lufthansa | Expedición del primer certificado médico de clase 1 (sin restricciones) |
| 04/02/2009 | Psiquiatra responsable | Informe que indica que el copiloto se encontraba en tratamiento normal y que la duración prevista de la enfermedad sería de varios meses. |
| 09/04/2009 | AeMC de Lufthansa | Solicitud de revalidación ⁽¹³⁾ del certificado médico de clase 1, en la que el copiloto declaró que había estado ingresado en un hospital. La expedición fue pospuesta hasta que un especialista realizara análisis adicionales. |
| 10/07/2009 | Psiquiatra responsable | Informe que indica que el copiloto está « completamente sano » y que « el tratamiento ha finalizado ». El informe fue tratado por el psiquiatra que trabajaba para el AeMC el 15/07/2009. |
| 14/07/2009 | AeMC de Lufthansa | Solicitud para la renovación del certificado médico de clase 1. Esta renovación fue rechazada por el AeMC de Lufthansa y se informó al LBA ² de ello. |

| | | |
|------------|---|---|
| 15/07/2009 | Psiquiatra que trabajaba para AeMC de Lufthansa | Informe basado en el psiquiatra responsable (informe escrito de 10/07/2009) y los informes del psicoterapeuta responsable (conversaciones telefónicas) en el que se indica que el episodio depresivo grave había finalizado y recomendando otorgar el certificado médico de clase 1. |
| 28/07/2009 | AeMC de Lufthansa | Expedición del certificado médico de clase 1 con una exención FRA 091/09, que indica que pasaría a no ser válido si hubiera una recaída en la depresión. |
| 11/08/2009 | Psicoterapeuta responsable | Carta del psicoterapeuta responsable para confirmar que el piloto podía retomar su instrucción de vuelo. Esta carta mencionaba una depresión grave, pero inicialmente tenía el código de referencia para un trastorno depresivo recurrente. Después de que el AeMC detectara esta anomalía, el psicoterapeuta volvió a remitir la misma carta con el código correcto. |
| 23/02/2010 | Psicoterapeuta responsable | Certificado del psicoterapeuta responsable indicando que el copiloto se encontraba bajo su tratamiento psicoterapéutico desde enero a octubre de 2009 y que la elevada motivación y activa participación del copiloto habían contribuido a la finalización con éxito de la terapia, después del tratamiento de los síntomas. |
| 24/02/2010 | AeMC de Lufthansa | Revalidación del certificado médico de clase 1 con las condiciones/restricciones especiales de la exención FRA 091/09. ³ |
| 18/06/2010 | AeMC de Lufthansa | Renovación del certificado médico de clase 1 con las condiciones/restricciones especiales de la exención FRA 091/09. |
| 18/06/2010 | AME en el AeMC de Lufthansa actuando como AME ⁴ para la FAA ⁵ | Solicitud de un certificado médico de tercera clase de la FAA. |
| 08/07/2010 | División de Certificación Médica Aeroespacial de la FAA | Carta de la FAA al copiloto informándole que no era elegible para ser titular de un certificado médico de piloto en ese momento, debido a sus antecedentes de depresión reactiva. La FAA le solicitó que remitiera un informe de su médico responsable que debía incluir un diagnóstico, pronóstico sin medicación, plan de seguimiento y copias de los informes del tratamiento. |
| 21/07/2010 | Psicoterapeuta y psiquiatra responsables | El informe con fecha 10/07/2009 del psiquiatra responsable y el certificado del psicoterapeuta responsable con fecha 23/02/2010 se tradujeron del alemán al inglés y se remitieron a la División de Certificación Médica Aeroespacial de la FAA para su revisión. |

| | | |
|-------------------|---|---|
| 28/07/2010 | División de Certificación Médica Aeroespacial de la FAA | Expedición de un certificado médico de tercera clase de la FAA sin limitación. La carta de la FAA que acompaña al certificado indica que, debido a sus antecedentes de depresión reactiva, « <i>la operación de aeronaves está prohibida en el momento en el que se produzcan nuevos síntomas o cambios adversos, o en el momento en el que se requiera medicación o tratamiento</i> ». |
| 29/03/2011 | AeMC de Lufthansa | Renovación del certificado médico de clase 1 con las condiciones/restricciones especiales de la exención FRA 091/09. |
| 07/11/2011 | AeMC de Lufthansa | Renovación del certificado médico de clase 1 con las condiciones/restricciones especiales de la exención FRA 091/09. |
| 05/11/2012 | AeMC de Lufthansa | Revalidación del certificado médico de clase 1 con las condiciones/restricciones especiales de la exención FRA 091/09. |
| 14/08/2013 | AeMC de Lufthansa | Renovación del certificado médico de clase 1 con las condiciones/restricciones especiales de la exención FRA 091/09. |
| 28/07/2014 | AeMC de Lufthansa | Revalidación del certificado médico de clase 1 con las condiciones/restricciones especiales de la exención FRA 091/09. |
| 24/11/2014 | Médico privado A | Copiloto de baja por enfermedad durante 7 días. |
| Diciembre de 2014 | Varios médicos privados | Problemas de visión y trastornos del sueño. Las deficiencias visuales de las que se queja repetidamente fueron examinadas por diversos oftalmólogos y todos ellos llegaron a la conclusión de que no había motivo orgánico para las mismas. |
| 17/02/2015 | Médico privado B | Expedición de un certificado de baja por enfermedad durante 8 días. Este certificado no fue remitido a Germanwings. |
| 17/02/2015 | Médico privado C | Remisión al psicoterapeuta y al psiquiatra para un tratamiento ambulatorio de un trastorno psicossomático y trastorno de ansiedad. Prescripción: Zopiclona ⁶ 3,75 mg |
| 22/02/2015 | Médico privado C | Copiloto de baja por enfermedad durante 3 días. |
| 24/02/2015 | Psiquiatra responsable | Primera prescripción de Mirtazapina ⁷ |
| 09/03/2015 | Médico privado D | Expedición de un certificado de baja por enfermedad (fecha de finalización desconocida) Este certificado no fue remitido a Germanwings. |
| 10/03/2015 | Médico privado C | Remisión a tratamiento psiquiátrico hospitalario debido a una posible psicosis. |

| | | |
|------------|------------------------|--|
| 12/03/2015 | Médico privado C | Expedición de un certificado de baja por enfermedad durante 19 días. Este certificado no fue remitido a Germanwings. |
| 16/03/2015 | Psiquiatra responsable | Prescripciones adicionales: Escitalopram ⁸ 20 mg/ml gotas, Dominal f. ⁹ 80 mg, Zolpidem |
| 18/03/2015 | Médico privado E | Copiloto de baja por enfermedad durante 5 días. |

Anexo II ⁽²⁾

| Solicitud | |
|-----------|---|
| 1. | Los solicitantes o titulares de una CPL ¹⁰ , una MPL ¹¹ o una ATPL ¹² deberán obtener un certificado médico de clase 1. |
| 2. | Las solicitudes de certificado médico se realizarán en el formato establecido por la autoridad competente. |
| 3. | El AME facilita el formulario de solicitud. |
| 4. | El AME pide ver el certificado médico anterior. |
| 5. | El solicitante debe facilitar una declaración firmada del historial médico. |
| 6. | El solicitante debe facilitar una declaración firmada del reconocimiento anterior llevado a cabo para el certificado médico y del resultado del mismo. |
| 7. | El solicitante debe facilitar una declaración firmada respecto a si ha sido declarado no apto en alguna ocasión o si alguna vez se le ha suspendido o revocado un certificado médico. |
| 8. | El solicitante firma la solicitud y da su consentimiento a la divulgación de información médica: <i>"Por la presente autorizo la divulgación de toda la información contenida en este informe y en cualquiera de sus documentos adjuntos al AME y, si es necesario, al médico evaluador de la autoridad otorgadora de las licencias, reconociendo que estos documentos o datos almacenados electrónicamente serán empleados para la realización de una evaluación médica y serán propiedad de la autoridad otorgadora de las licencias, quedando establecido que tanto yo como mi médico podremos acceder a dichos datos de acuerdo con la legislación nacional. La confidencialidad médico-paciente será respetada en todo momento."</i> |

| Reconocimiento | |
|-----------------------|---|
| 9. | <p>El AME lleva a cabo el reconocimiento médico para comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si el solicitante está libre de cualquier efecto secundario de cualquier medicamento que pudiera conllevar cierto grado de incapacidad funcional susceptible de interferir en el ejercicio en condiciones de seguridad de las atribuciones de su licencia de piloto; <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular, sistema respiratorio, sistema digestivo, sistema metabólico y endocrino, hematología, sistema genitourinario, enfermedad infecciosa, obstetricia y ginecología, sistema musculo-esquelético; <input type="checkbox"/> psiquiatría (ver pasos 10 a 14); <input type="checkbox"/> psicología; <input type="checkbox"/> neurología, sistema visual, visión en color, otorrinolaringología, dermatología, oncología. |
| 10. | <p>Los solicitantes no deberán tener historia médica establecida ni diagnóstico clínico de ninguna enfermedad o discapacidad, afección o trastorno, psiquiátrico, agudo o crónico, congénito o adquirido, que pueda probablemente interferir con el ejercicio en condiciones de seguridad de las atribuciones de la(s) licencia(s) correspondiente(s).</p> |
| 11. | <p>Los solicitantes con un trastorno del estado de ánimo, trastorno neurótico, de personalidad, mental o de conducta serán sometidos a una evaluación psiquiátrica antes de realizar la evaluación de aptitud psicofísica. Dichos solicitantes serán derivados a la autoridad otorgadora de las licencias</p> |
| 12. | <p>Los solicitantes con un historial de intento auto lítico serán calificados como no aptos. Estos solicitantes serán derivados a la autoridad otorgadora de licencias.</p> |
| 13. | <p>Los solicitantes con un historial de esquizofrenia, trastornos esquizoides típicos o de delirio serán calificados como no aptos.</p> |
| 14. | <p>(a) Trastorno psicótico Una historia o la aparición de un trastorno psicótico funcional es motivo de descalificación a menos que pueda identificarse inequívocamente la causa del mismo como transitoria, que haya dejado de existir o que no vaya a volver a ocurrir.</p> <p>(b) Trastorno mental orgánico Un trastorno mental orgánico es motivo para calificar al solicitante como no apto. Una vez que la causa ha sido tratada, el solicitante podrá ser calificado como apto tras superar una revisión psiquiátrica.</p> <p>(c) Substancias psicotrópicas El uso o abuso de sustancias psicotrópicas que probablemente afecten a la seguridad de las operaciones de vuelo es motivo de una calificación de no apto.</p> <p>(d) Esquizofrenia, trastorno esquizoides típicos o de delirio Los solicitantes con una historia clínica comprobada de esquizofrenia, trastorno esquizoides típicos o de delirio solo deberán ser considerados para una evaluación de aptitud si la autoridad otorgadora de licencias concluye que el diagnóstico original fue inadecuado o inexacto o, en el caso de un único episodio de delirios, cuando el solicitante no haya sufrido un daño permanente.</p> |

| | |
|-----|--|
| | <p>(e) Trastorno del estado de ánimo</p> <p>Los solicitantes con una historia clínica comprobada de trastorno del estado de ánimo deberán ser considerados como no aptos. Tras una recuperación completa y después de examinar el caso de manera exhaustiva, la calificación de apto puede llegar a considerarse, dependiendo de las características de la gravedad del trastorno del estado de ánimo. Si se confirma una medicación con psicotrópicos estabilizada, la calificación de apto requeriría una limitación para vuelos con más de un piloto.</p> <p>(f) Trastorno neurótico, relacionado con estrés o somatoforme</p> <p>Cuando exista sospecha o historia comprobada de que un solicitante padece un trastorno neurótico, relacionado con el estrés o somatoforme, deberá ser derivado a un examen psiquiátrico.</p> <p>(g) Trastorno de la personalidad o de la conducta</p> <p>Cuando exista sospecha o historia comprobada de que un solicitante padece un trastorno de la personalidad o de la conducta, deberá ser derivado a un examen psiquiátrico.</p> <p>(...)</p> |
| 15. | Los solicitantes no deberán padecer ninguna deficiencia psicológica comprobada que pudiera interferir con el ejercicio seguro de las atribuciones de la(s) licencia(s) correspondiente(s). |
| 16. | Cuando exista sospecha o historia comprobada de que un solicitante padece un trastorno psicológico, deberá ser derivado a un examen psiquiátrico. |
| 17. | El psicólogo deberá presentar un informe por escrito al AME, el AMC o la autoridad otorgadora de licencias, según corresponda, detallando su opinión y recomendaciones. |
| 18. | El AME rellena un informe de reconocimiento. Véase el formato del informe en el AMC1 |
| 19. | <input type="checkbox"/> Tras finalizar el reconocimiento, el AMC o el AME: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> (1) declarará a la persona apta o no apta; <input type="checkbox"/> (2) informará a la persona de cualquier posible limitación; <input type="checkbox"/> (3) si es declarada no apta, informará a la persona de su derecho a un segundo examen; <input type="checkbox"/> (4) presentará sin demora un informe firmado que incluya el resultado de la evaluación y una copia del certificado médico a la autoridad otorgadora de la licencia. |
| 20. | El informe requerido en el apartado MED.A.025 (b)(4) deberá detallar los resultados del reconocimiento y la valoración de estos respecto a la aptitud psicofísica. |
| 21. | Para las segundas revisiones mencionadas en el apartado MED.A.025 (b)(3), la autoridad competente establecerá un procedimiento para la revisión de casos dudosos y contenciosos con médicos independientes, con experiencia en la práctica de la medicina aeronáutica, para que estos reconozcan al solicitante y lo declaren apto o no apto para el certificado médico. |

| Si se deriva a la autoridad otorgadora de las licencias | |
|--|---|
| 22. | Si el solicitante no cumple completamente con los requisitos pero se estima que no es probable que ponga en peligro la seguridad de las operaciones de vuelo, el AMC o el AME derivarán la decisión sobre su aptitud a la autoridad otorgadora de la licencia, tal y como se indica en la Subparte B de la Parte MED. |
| 23. | En los casos en que la Subparte B de la Parte MED no señale la necesidad de derivar la decisión a la autoridad facultada para expedir licencias, el AMC o el AME evaluará si el solicitante es capaz de ejercer sus funciones de manera segura observando la limitación o limitaciones anotadas en su certificado médico, y expedirá dicho certificado con la limitación o limitaciones necesarias. |
| 24. | El AMC o el AME podrán derivar la decisión sobre la aptitud del solicitante a la autoridad otorgadora de la licencia en casos dudosos o que se encuentren muy cerca de los límites. |
| 25. | En los casos en los que la declaración de apto pueda únicamente considerarse si incluye una limitación, el AMC, el AME o la autoridad otorgadora de la licencia evaluarán el problema médico del solicitante consultándolo con operaciones de vuelo y otros expertos, si es necesario. |
| 26. | Las limitaciones 5 a 15 (que incluyen #14 "SIC" – reconocimiento(s) médico(s) específico(s) regular(es) – contactar con la autoridad otorgadora de la licencia) solo serán impuestas: (i) para los certificados médicos de clase 1 por la autoridad otorgadora de la licencia SIC Reconocimiento(s) médico(s) específico(s) regular(es) contactar con la autoridad otorgadora de licencias Esta limitación requiere que el AME contacte con la autoridad otorgadora de la licencia antes de iniciar la evaluación para la renovación o recertificación médica. Probablemente se trate de una historia clínica que el AME deba conocer antes de llevar a cabo la evaluación. |
| 27. | La autoridad competente establecerá un procedimiento para la revisión de casos dudosos o contenciosos con médicos independientes, con experiencia en la práctica de la medicina aeronáutica, para que estos reconozcan al solicitante y lo declaren apto o no apto para el certificado médico. |
| 28. | El AMC o el AME pueden revalidar o renovar un certificado médico con la misma limitación sin derivar al solicitante a la autoridad otorgadora de la licencia. |
| 29. | Si un solicitante de un certificado médico de clase 1 o clase 2 es derivado a la autoridad otorgadora de la licencia de acuerdo con el apartado MED.B.001, el AMC o el AME transferirán la documentación médica pertinente a dicha autoridad. |

Las siglas utilizadas y fármacos nombrados en la tabla de **Anexo I:**

1. AeMC: Centro Médico Aeronáutico.
2. LBA: Leeds Bradford Airport, es un aeropuerto internacional que ofrece conexiones a la mayoría de los aeropuertos europeos, del Norte de África, EEUU y Pakistán.
3. FRA 091/09: estas siglas son compatibles con “SIC incl. PPL”, ya explicadas en el cuerpo del trabajo. Es la manera de señalar la limitación en la licencia del piloto debido a una serie de condiciones especiales o restricciones de las que el médico evaluador ha de ser consciente.
4. AME: Certificación de Médico Examinador Aéreo.
5. FAA: Federación Alemana de Aviación.
6. Zopiclona: análogo de benzodiazepinas. Hipnótico y sedante.
7. Mirtazapina: antidepresivo tricíclico, acción serotoninérgica y noradrenérgica.
8. Escitalopram: antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina.
9. Dominal forte: antidepresivo tricíclico.

Las siglas utilizadas en la tabla de **Anexo II:**

10. CPL: Commercial Pilot License.
11. MPL: Multi Crew Pilot License.
12. ATPL: Air Transport Pilot License.

8. BIBLIOGRAFÍA

(1) Hammer, J. (febrero 22, 2016). *The Real Story of Germanwings Flight 9525*. Diciembre 24, 2016, de GQ. Sitio web:

<http://www.gq.com/story/germanwings-flight-9525-final-moments>

(2) Informe final sobre el caso del accidente aéreo de Germanwings, de la Oficina de Investigación y Análisis para la Seguridad de Aviación Civil (BEA, en sus siglas en francés), sobre las causas del accidente

https://www.bea.aero/uploads/tx_elydrapports/BEA2015-0125.es-LR.pdf

(3) Yárnoz, C. (2016). *Un médico recomendó ingresar en un psiquiátrico al copiloto Lubitz*. Febrero 15, 2017, de El país. Sitio web:

http://internacional.elpais.com/internacional/2016/03/13/actualidad/1457868345_968866.html

(4) Solís, C. (junio 11, 2015). *En cinco años, 41 médicos atendieron a Lubitz*. Diciembre 25, 2016, de Sexenio Internacional. Sitio web:

<http://www.sexenio.com.mx/articulo.php?id=63164>

(5) Müller, E. (2016). *La fiscalía francesa detalla los problemas mentales del piloto Lubitz*. Febrero 15, 2017, de El país. Sitio web:

http://internacional.elpais.com/internacional/2016/03/05/actualidad/1457184990_419453.html

(6) AFP. (2017). *La justicia alemana archiva la investigación del accidente de Germanwings*. Febrero 15, 2017, de La voz de Galicia. Sitio web:

<http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/internacional/2017/01/09/justicia-alemana-archiva-investigacion-accidente-germanwings/00031483988615803126882.htm>

(7) Sánchez, F. (2016). *Controles sorpresa y nuevas normas en cabina, lecciones de Germanwings*. Febrero 15, 2017, de El país. Sitio web:

http://internacional.elpais.com/internacional/2016/03/23/actualidad/1458753834_097198.html

(8) Doncel, L. (2015). *El copiloto ocultó que estaba de baja médica el día del vuelo*. Enero 23, 2017, de El País. Sitio web:

http://internacional.elpais.com/internacional/2015/03/27/actualidad/1427440695_955916.html

(9) Thorsten S., Karsten S., Wolfgang G. (Agosto 2008). *"I am flying to the stars" Suicide by aircraft in Germany*. Forensic Science International, Vol. 170, Págs 75 a 78.

(10) Vuorio et al A., Laukkala T., Navathe P., Budowle B., Eyre A., Sajantila A. (August 2014). *Aircraft-Assisted Pilot Suicides: Lessons to be Learned*. Aviat Space Environ Med., 85(8), 841-6.

(11) Thomas, G., (marzo 26, 2015). *Pilot suicide brings down Germanwings flight 4U5925*. Diciembre 24, 2016, de AirlineRatings.com. Sitio web:

<http://www.airlineratings.com/news/460/did-pilot-suicide-bring-down-germanwings-flight-4u9525>

(12) Lázaro M. (2015). *Sobre la posible enfermedad que padecía el copiloto*. Diciembre 26, 2016, de Doctora Mayte Lázaro. Sitio web:

<http://www.doctoramaytelazaro.com/detalle-articulo.php?id=44&p=&cat=1>

(13) Sánchez, P. (2015). *El copiloto no tenía depresión ni era un enfermo mental, era un narcisista maligno*. Enero 23, 2017, de El Pajarito. Sitio web:

<http://www.lacronicadelpajarito.es/region/copilotonoteniadepresionnieraunenfermomentaleraunnarcisistamaligno>

(14) García, H. (2015). *Los psiquiatras descartan la depresión como detonante de la actuación del copilto de Germanwings*. Enero 23, 2017, de Revista médica Sitio web:

<http://www.redaccionmedica.com/noticia/lospsiquiatrasdescartanladepresioncomode-tonantedelaactuaciondelcopilotodegermanwings80259>

(15) Bollorino, F. (2015). *Vuelo Germanwings A320: El Síndrome de Samson*. Enero 23, 2017, de Psychiatry on line Italia. Sitio web:

<http://www.psychiatryonline.it/node/5571>

(16) Martínez J.C. (junio 9, 2015). *Accidente de Germanwings: Controles médicos de los pilotos*. Diciembre 25, 2016, de PrevenBlog. Sitio web:

<http://prevenblog.com/accidentedegermanwingscontrolesmedicosdelospilotosyextrapolacionlosexamenesdesaludlaboral/>

(17) Bille Brahe U. *Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s* [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citado enero 31, 2011]

(18) Maciá, R. (2016). *Las consecuencias legales del suicidio del paciente psiquiátrico*. Enero 24, 2017, de Portales Médicos.com. Sitio web:

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/consecuencias-legales-suicidio-del-paciente-psiquiatrico/>

(19) Carrasco, D. (2015). *En trabajos de riesgo debería haber conexión médico-empresa*. Enero 23, 2017, de Diario Medico.com. Sitio web:

<http://www.diariomedico.com/2015/04/13/areaprofesional/normativa/trabajosriesgo-deberiahaberconexionmedicoempresa>

(20) American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. ISBN 9788498358100.