

# LA MEDICINA FRENTE AL CONTRATO DE TRANSPORTE AÉREO<sup>1</sup>

## MEDICINE AND THE AIR TRANSPORTATION CONTRACT

**Carlos María Vassallo<sup>2</sup>**

### RESUMEN:

El crecimiento exponencial de la cantidad de pasajeros que se transportan por vía aérea en el mundo, que este año 2016 superarán los 3.500 millones en más de cien mil vuelos diarios. Nos encontramos ante la masificación del transporte aéreo aparecida en la última parte de la década del 70 de la mano de la operación de los aviones de cabina ancha, tipo Boeing 747 JUMBO, y MCDouglas DC10, entre los más conocidos de esa época. Esas aeronaves elevaron la capacidad que hasta ese momento era de unos 170 pasajeros por avión, a más del doble, y actualmente con las súper aeronaves Airbus A380 y Boeing Dreamliner 787 a unos 600 pasajeros por vuelo cambiando la ecuación viaje - tarifa distancia recorrida- poniéndola accesible.

En la actualidad aviones como el Boeing 777 permiten optimizar el transporte con la unificación de pasajeros y carga en una sola y eficiente aeronave.

El advenimiento de Internet en la década del 90 integró al mundo y posibilitó en el transporte de pasajeros las reservas de plazas y compra de tkts con medios de pago y formato electrónico desde cualquier computadora, tableta o teléfono con acceso a internet las 24 hs del día y valiéndose con la ayuda de buscadores para elegir las distintas opciones de servicio, horarios, y tarifas disponibles.

En cuanto al transporte de carga aérea, también su curva es ascendente y su contrato también se encuentra ya digitalizado con una penetración global a marzo de 2015 de un 45%<sup>3</sup>, facilitando, a las Aduanas de salida y a todo organismo gubernamental de control sanitario, el despacho del vuelo, y en destino por el difundido sistema de información de carga anticipada permite ahorros considerables en depósitos fiscales y un rápido despacho a plaza, sobre todo en cargas sanitarias, medicamentos, vacunas, sangre, materiales y sustancias para estudios diagnósticos como también equipos y sus repuestos. Tema

1 NOTA DEL EDITOR: El presente artículo fue presentado como ponencia en las XL jornadas Latino Americanas de Derecho Aeronáutico y Espacial, celebradas en Mendoza, Argentina, durante los días 24, 25 y 26 de agosto de 2016. Se reproduce con la autorización de su autor, y las actualizaciones pertinentes insertadas por el mismo. El autor reconoce la colaboración como consultor técnico del Dr. Eduardo Iácon.

2 Doctor en Ciencias Jurídicas (año 2021) Universidad del Salvador; Magister en Ciencias de la Legislación. Universidad del Salvador, especialista en Derecho del Transporte UBA; Asesor externo de la Administración Nacional de Aviación Civil 2017/18; Miembro de la Comisión de Asuntos Jurídicos de la Cámara de Compañías Aéreas en Argentina, 2008- 2015; Profesor Titular de la Cátedra de Derecho Aeronáutico de la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Universidad del Salvador; Profesor Titular en Postgrado en el Instituto Nacional de Derecho aeronáutico y Espacial INDAE; Miembro del Comité Académico del Instituto Nacional de Derecho Aeronáutico y Espacial 2018; Profesor de Postgrado Universidad Católica Argentina; Editor del sitio <http://www.cedaeonline.com.ar>; Miembro de ALADA.

3 IATA: actualización global a marzo 2015

colateral es el transporte de restos humanos.

En cuanto a los pasajeros con problemas psicológicos preexistentes, o aquellos que los evidencian por primera vez en vuelo, también la generalización del transporte ha trasladado a los aviones lo que sucede en tierra, y con ello la aparición del fenómeno de los pasajeros disruptivos o insubordinados, que perturban la tranquilidad a bordo hasta, en algunos casos, poner en peligro la seguridad del vuelo. Las últimas estadísticas exhiben unos 100 casos de pasajeros insubordinados graves por día a nivel global. Tan es así la gravedad de este tema que la OACI ha emitido la Circular 288 recomendando procedimientos de seguridad. Por otro lado, la Comunidad Internacional ha firmado recientemente el "Protocolo de Montreal de 2014 que Modifica el Convenio sobre las Infracciones y Ciertos otros Actos Cometidos a Bordo de las Aeronaves sobre seguridad a bordo", sin haber alcanzado vigencia hasta el momento.

En cuanto a problemas físicos de pasajeros, el incremento de la edad del uso del medio aéreo ha llegado a contar en casi todos los vuelos con personas sanas, aunque con movilidad reducida –PMR- que necesitan asistencia especial para trasladarse en los aeropuertos, en su ascenso y descenso de grandes aeronaves comerciales de transporte aéreo regular, sobre todo en aquellos casos donde no se cuentan con "mangas" o "fingers" que faciliten la circulación de las personas hacia y desde la aeronave.

También nos referiremos informativamente a la problemática del transporte aéreo de personas con discapacidad, tema que merece un tratamiento muy especial, relacionando el concepto de seguridad operacional y de accesibilidad ante la eventualidad de una evacuación de emergencia y teniendo especialmente en cuenta los principios de no discriminación.

Impactan económicamente en la operación aérea y en los desvíos para aterrizaje de emergencia –QRF- la cantidad de episodios agudos, reacciones alérgicas, edema de glotis, falta de oxígeno en pasajeros afectados por "epoc", embarazadas, complicaciones en personas recientemente operadas que han ocultado su estado al momento de la reserva, infartos, personas que han hecho buceo dentro de las 24 hs previas a volar por complicaciones originadas en la retención de nitrógeno en sangre, entre otros tantos casos, todos estos generalmente no causados por la actividad de vuelo, no entrando en el concepto de "accidente" en sentido aeronáutico.

La casuística es enorme, y las Cías Aéreas agrupadas en IATA dedican esfuerzos permanentes en adoptar medidas comunes en cómo prevenir sucesos, qué medicamentos podrán ser provistos por la aerolínea en los vuelos y qué aparatología estará disponible a bordo, tal el caso tan debatido de los desfibriladores –RCP-.

Se implementaron protocolos cada vez más complejos en la forma en que debe actuar la tripulación de cabina, desde cómo pedir la asistencia de un médico pasajero hasta la realización de maniobras de resucitación. Ello supone un entrenamiento cada vez más complejo de los TCP.

Las aerolíneas comerciales regulares ya no pueden prescindir de contar con un departamento o gerencia médica que se ocupará preventivamente de realizar controles de

enfermedad de la tripulación, analizar los MEDIF<sup>4</sup> – informes médicos- correspondientes a las reservas condicionales de pasajeros especiales.

El objeto de estudio del aspecto médico del transporte aéreo es tan amplio que en este trabajo lo hemos recortado a los puntos enunciados en el sumario con un alcance descriptivo general que aporte claridad a la problemática, dejando la profundización de cada uno de los temas para la investigación específica.

#### ABSTRACT

The exponential growth of the number of passengers transported by air in the world, this 2016 exceeded 3,500 million in more than one hundred thousand daily flights. We are facing the mass of air transport that appeared in the latter part of the 70's together with the widebody aircraft operation such as Boeing 747 JUMBO, and McDouglas DC10 among the best known of the time. Those aircrafts raised the capacity that until that time was about 170 passengers per plane, to more than doubled and now with super aircrafts Airbus A380 and Boeing 787 Dreamliner about 600 passengers per flight by changing the equation trip – distance travelled rate – making it reachable.

Currently aircraft like the Boeing 777 enable to optimize the transport with the unification of passengers and load in a single and efficient aircraft.

The advent of the Internet in the 90 integrated the world and enabled bookings seats and purchasing TKTS in passengers transports with payment means and electronic format from any computer, tablet or phone with internet access 24 hours a day and using with the help of browsers to choose different service options, schedules, and available fares.

As for air cargo, also its curve is rising and the contract also is already digitized with a global penetration of 45% to March 2015 providing Customs offices of departure and all government agency for health control, clearance flight and destination for the widespread information system frontloaded allows considerable savings in fiscal deposits and rapid customs clearance, especially in health charges, drugs, vaccines, blood, materials and substances for diagnostic studies as well as equipment and spares. Side issue is the transport of human remains.

As for passengers with pre-existing psychological problems, or those who demonstrate for the first time in flight, also widespread transport has transferred to aircraft what happens on the ground, and thus the emergence of the phenomenon of disruptive passengers or insubordinate, which disturb the tranquility on board until, in some cases, put the flight safety in danger. The latest statistics exhibit about 100 cases of serious unruly passengers per day globally, so much so the seriousness of this issue that ICAO has issued Circular 288 recommended safety procedures. On the other hand the International Community has recently signed the "2014 Montreal Protocol amending the Convention on Offenses and Certain Other Acts Committed on Board Aircraft safety on board."

As for physical problems passenger, the increasing age of the use of air means has come to count on almost all flights with healthy people but with reduced movility who need special assistance to move at airports, in their rise and fall large commercial aircraft scheduled air transport, especially in those cases where not counted with "sleeves" or "fingers" to facilitate

---

4 INCAD MEDIF, formulario IATA para información médica necesaria para el vuelo.

the movement of people to and from the aircraft.

We also refer informatively to the problems of air transport of persons with disabilities, an issue that deserves special treatment, linking security concept operational in the event of an emergency evacuation taking particular account of the principles of non-discrimination, of accessibility.

There is an economic impact in the air operation and the possibility of a diversion for emergency landing the number of acute episodes, allergic reactions, edema of the glottis, lack of oxygen to passengers affected by "COPD", pregnant woman, complications in people recently operated that have hidden their status at the time of booking, heart attacks, people who have made diving in pre fly arising complications nitrogen retention in blood, among many other cases, these are generally not caused by flight activity 24 hours, not entering the concept of "accident" in aeronautical purposes.

Casualty is huge, and Air Companies grouped in IATA devote permanent efforts to adopt common measures on how to prevent events which medications may be provided by the airline on flights and appliances will be available on board, as in the case as discussed in the defibrillators. increasingly complex protocols were implemented in the way the cabin crew should act from how to request assistance from a passenger doctor to carry out resuscitation. This means an increasingly complex training of TPC.

Regular commercial airlines can no longer do without having a department or medical management that will address preventive controls to perform crew disease, analyze MEDIF - reports relating to medical-conditional reserves special passengers.

The object of study of the medical aspect of air transport is so broad that in this work we have cut to the points set out in the summary with a general descriptive scope to provide clarity to the issue, leaving the deepening of each of the topics for the specific research.

---

PALABRAS CLAVE: medicina, botiquines médicos, enfermos, discapacitados, personas con movilidad reducida, operados, embarazadas, disruptivos, episodios médicos agudos, MEDIF, carga sanitaria, trasplantes, INCUCAI, restos humanos.

KEY WORDS: medicine, medical kits, sick people, disabled people, reduced movility people, operated, pregnant woman, disruptive, acute medical episodes, MEDIF, health burden, transplants, INCUCAI, human remains.

## **I. MEDICINA, TRIPULACIÓN Y PASAJEROS. EQUIPOS MÉDICOS ABORDO. PSICOLOGÍA AERONÁUTICA**

La tripulación de una aeronave comercial se divide en "tripulación técnica" integrada por los que cumplen funciones en el cockpit de comando, tales como Comandante<sup>5</sup>, el Piloto Segundo al mando, (en operaciones con tres o más pilotos<sup>6</sup> que asume las del Comandante en horario de descanso) y el Copiloto que será siempre el segundo al

---

<sup>5</sup> Habilitación TLA: corresponde a piloto transporte línea aérea

<sup>6</sup> Operación multipiloto, significa una operación que requiere al menos dos pilotos que usan técnicas de cooperación de la tripulación, en aviones de un solo piloto o de varios pilotos;

mando, y la “tripulación de cabina” (TPC<sup>7</sup>) integrada por el Jefe de Cabina, Comisarios y auxiliares.

Ambas tripulaciones tiene entrenamiento para emergencias médicas : la técnica para tomar las decisiones adecuadas a la gravedad de la situación a resolver a bordo, autorizados por reglamentaciones “..a seguir cualquier curso de acción que fuere necesario..”<sup>8</sup> vg. desvío a la alternativa programada por otra más adecuada a la situación, y la de cabina, en la conducta directa a tomar con el pasajero afectado.

Respecto al entrenamiento en emergencias médicas del TPC se realiza de acuerdo a normativa de fondo<sup>9</sup> tanto al ingreso como periódicamente, una vez por año.

Se realiza instrucción específica sobre el material, la que es brindada por instructores habilitados, médicos en este caso. Estos cursos están sometidos a evaluación final por la Autoridad de Aplicación y de su aprobación depende el otorgamiento del certificado de idoneidad.

Respecto de las tripulaciones técnicas y TPC, los Manuales de Operaciones del Explotador (MOE), reglamentan las precauciones médicas y sanitarias para tomar servicio, ingestas de comidas, medicamentos, ansiolíticos, drogas, donación de sangre, observancia de descansos previos etc.

El Estado de matrícula, observando el Convenio de Chicago de 1944, ejerce el control y habilitación de sus aeronaves<sup>10</sup> y de allí que la ANAC por medio de su Dirección Nacional de Aeronavegabilidad exija para otorgar el certificado de aeronavegabilidad el “Equipamiento –médico- de Aeronaves de Transporte Aéreo Comercial Regular y No Regular”<sup>11</sup>.

El avión estará equipado con: “...a) suministros médicos adecuados situados en lugares accesibles y apropiados al número de pasajeros que el avión está autorizado a transportar..”<sup>12</sup>

Las aeronaves deberán estar dotadas de dos botiquines cuya cantidad y contenido se ajustan a la normativa vigente.

El n° 1 “Botiquín de Emergencias Médicas” es obligatorio en aviones habilitados para transportar más de 250 pasajeros y contiene elementos médicos y medicamentos que pueden ser usados e indicados exclusivamente por un profesional médico. El n° 2 “Botiquín de Primeros Auxilios” se aborda en cantidad proporcional a los pasajeros

7 Habilitación TCP: tripulante cabina de pasajeros.

8 MOE AR 2.3.30

9 Certificado de idoneidad: art. 76 C. Aeronáutico Argentino: “Las personas que realicen funciones aeronáuticas a bordo de aeronaves de matrícula argentina, así como las que desempeñan funciones aeronáuticas en la superficie, deben poseer la certificación de su idoneidad expedida por la autoridad aeronáutica.”

10 Convención de Chicago de 1944 ratificada por Argentina por Ley 15.110/46, art. 31: “Toda aeronave que se dedique a la navegación internacional estará provista de un certificado de aeronavegabilidad expedido o validado por el Estado en que esté inscrita”

11 RAAC: integran el minimum equipment list

12 Dos botiquines: Uno de primeros auxilios para especial uso de la tripulación a bordo, cuyo contenido es: vendas de diferentes medidas, gasas, apósitos estériles, antisépticos, pomadas para quemaduras, curitas, tela adhesiva, tijeras, tablas para inmovilización de miembro superior o inferior, entre otras cosas. Y un segundo botiquín de emergencias médicas, para uso de un profesional a bordo que, además de repetirse el contenido anterior, dispone de: tensiómetro, estetoscopio, bajalenguas, linternas, lazo para hemostasia, diferentes tipos de sueros, medicación para suministrar por vía oral, tipo analgésicos, antieméticos, anticinéticos y un kit para cirugía menor, bolsas para descartar residuos patológicos, cajas para desechar elementos punzo cortantes utilizados por bioseguridad; kit para incidentes alimentarios a bordo, un pequeño manual de uso para los elementos, máscara para resucitación cardiopulmonar, bolsas para resucitación, guías para suero, catéteres y un innumerable número de medicamentos

autorizados conforme tabla<sup>13</sup>, y contienen elementos de uso común y pueden ser administrados por personal de la tripulación.

El nivel reglamentario en derecho aeronáutico se advierte en estos casos hasta en los menores detalles, y es así que los botiquines completos y controlados por el servicio médico de la aerolínea tienen un precinto azul, y una vez usado la tripulación los cierra con precinto rojo para ser controlado ante un nuevo vuelo. Cada botiquín cuenta con lista de su contenido describiendo utilidad, cantidad y fecha de vencimiento de cada medicamento y una foto impresa del botiquín abierto donde está señalada la ubicación de cada elemento.

### **Problemas psicológicos de pasajeros**

En cuanto a la psicología de a bordo, el 20% de pasajeros de un vuelo tiene miedo a volar y son los más proclives a presentar conductas disruptivas.

Recientemente se ha incorporado al léxico aeronáutico-psicológico el concepto de "*Rabia Aérea*" que se refiere fundamentalmente a la transformación que experimentan algunos pasajeros psicológicamente normales al subir a un avión.

Hoy el pre-embarque en una moderna terminal aérea es un factor por demás estresante, controles de seguridad cada vez más exhaustivos, acarreo de equipajes por largos trayectos, largo período de tiempo entre la llegada al aeropuerto, el embarque mediando traslados en trenes que conducen a la puerta respectiva, y buses repletos de pasajeros en traslado hasta la aeronave, a la cual se accederá luego de una larga cola tanto fuera como dentro de la cabina, alteran la tranquilidad de los pasajeros.

Con esta cantidad de variables en la cabina de una aeronave, más los efectos del alcohol, el tabaquismo reprimido y actualmente las drogas, nos disponemos a iniciar vuelos de diferentes duraciones.

Ya en vuelo, afectan a pasajeros y tripulantes una baja presión barométrica, de presión de oxígeno, de humedad y los movimientos propios del avión por meteorología. Todo esto molesta a los pasajeros sanos y puede traer consecuencias inesperadas a los enfermos.

El marco legal por el cual la aerolínea, en Argentina, por medio de su personal de tierra tendrá derecho a denegar el transporte de personas por su inconducta es la Resolución 1532/98 MOE y OSP "Condiciones Generales del Contrato de Transporte Aéreo"<sup>14</sup> y en vuelo se fundan en el Código Aeronáutico Argentino art 81-autoridad del comandante-art. 217 pasajero que practique actos de depredación o violencia en una aeronave en vuelo y art. 218 ponga en peligro la seguridad. También están las conductas tipificadas del Código Penal<sup>15</sup> en base a la cual se encuentra procesada la pasajera Victoria Xipolitakis<sup>16</sup>.

A nivel internacional el tema de los pasajeros disruptivos es preocupación de la OACI por

13 Tabla equipamiento botiquines de primeros auxilios: 1 botiquin hasta 50 pax; 2 hasta 150 pax; 3 hasta 250 pax y 4 más de 250 pax.

14 Reso 1532/98 art. 8 a) II) "El transportador puede negar el transporte a cualquier pasajero...II) La conducta, edad o estado mental...cause malestar o resulta objetable a otros pasajeros u origine peligro o riesgo para sí mismo o para otras personas...no cumple con las instrucciones del transportador o se ha negado a cumplir con un control de seguridad."

15 Código Penal Argentino arts 190, 194 y 198-

16 Ricardo Klass: Causa Xipolitakis. Conferencia del Dr. Ricardo Klass en universidad de Cuyo 3 de marzo 2015. <https://cedaeonline.com.ar/2016/07/06/causa-xipolitakis-conferencia-del-dr-ricardo-klass-en-universidad-de-cuyo-3-marzo-2015/>

medio de su Circular 288 LE<sup>17</sup> y Protocolo de Montreal de 2014<sup>18</sup>.

## **II. LA HABILITACIÓN DE LOS PILOTOS. AUTORIDAD DE APLICACIÓN. PLAN DE CONTROLES. LA RESPONSABILIDAD DEL EXPLOTADOR AÉREO.**

Las certificaciones de idoneidad aeronáutica consisten en instrumentos idóneos para acreditar la aptitud del personal para la tarea que se trate<sup>19</sup> convirtiéndose en garantía de seguridad para la operación.

Se clasifican en licencias y certificados de competencia<sup>20</sup>. Licencias aeronáuticas tendrán entonces los pilotos de avión, helicóptero, giroplano, aeróstato, planeador entre otros; los instructores de vuelo, mecánicos de a bordo, navegador y radioperador. "Licencia" es el documento que comprueba la autorización concedida por un término determinado al titular de una patente para el ejercicio de su profesión. La "patente" será el documento que acredita al titular la capacidad de ejercer a bordo de una aeronave civil y según las condiciones fijadas en la reglamentación las funciones consignadas.<sup>21</sup> Hasta aquí un breve introito teórico.

Luego de que el copiloto de Germanwings, Andreas Lubitz, estrellara deliberadamente el avión que piloteaba llevando a la muerte a más de 150 personas, aparece el fantasma de la falta de eficacia de los controles médicos a los pilotos.

Surgen entonces muchos interrogantes sobre las pruebas psicológicas que debe sortear el personal técnico de vuelo para adquirir o mantener vigente su licencia.

La obtención y el mantenimiento de la habilitación de las licencias para el personal aeronáutico se rigen por un conjunto de normas que detallan los procesos aplicables a los controles médicos que los solicitantes deben superar logrando la calificación sicofísica de "Apto"<sup>22</sup>. En EUA están reguladas por el DOT bajo normas de la Federal Aviation Administration (FAA)<sup>23</sup> en la UE por las dictadas por EASA (European Aviation Safety Agency)<sup>24</sup>.

En Europa para estar a los mandos de un avión de pasajeros, los pilotos deben someterse, anualmente, a un examen médico llamado "simple" que consta de un análisis de sangre, orina, pruebas de audición, oftalmológicas, y se les hacen test y preguntas sobre la salud mental del candidato.

No obstante, cada cinco años, los pilotos deben pasar por un examen "extenso" que incluye electrocardiogramas, test psicométricos y de personalidad, bajo normas de la

17 VASSALLO Carlos María: Aspectos Jurídicos sobre la Problemática de los Pasajeros Insubordinados o Perturbadores (Disruptivos) <https://cedaeonline.com.ar/2012/12/18/aspectos-juridicos-sobre-la-problematica-de-los-pasajeros-insubordinados-o-perturbadores-disruptivos/>

18 GOMEZ Hernán Adrian: Consideraciones jurídicas relativas a los oficiales de seguridad de abordaje. <https://cedaeonline.com.ar/2015/04/29/consideraciones-juridicas-relativas-a-los-oficiales-de-seguridad-de-a-bordo/>

19 VIDE LA ESCALADA, Tratado Derecho Aeronáutico, Pag 351.

20 Decreto 1954/77 Reglamentación del artículo 76 del Cod. Aeronáutico.

21 Decreto 40.331/44-

22 Apto. "cumple con los requisitos medios requeridos para la certificación médica aeronáutica correspondiente al tipo de licencia, certificado de competencia o habilitación para ejercerla". RAAC versión 3 año 2008 Parte 67.1 a).

23 FAA : es una agencia del departamento de transporte con autoridad para reglamentar y supervisar todos los aspectos de la aviación civil única y exclusivamente en los Estados Unidos (autoridad nacional de vuelo).

24 La Agencia Europea de Seguridad Aérea (AESA) es un organismo de la Unión Europea (UE) con funciones reguladoras y ejecutivas en el campo de la seguridad en la aviación civil.

autoridad europea Joint Aviation Authorities (JAA). Estas pruebas mentales analizan la concentración y la respuesta emocional a distintas situaciones como también el tiempo de esa respuesta.

Los pilotos que participan en la explotación de determinadas aeronaves deben cumplir los requisitos esenciales que establece el anexo III del Reglamento (CE) n° 216/2008 y deben certificarse cuando se haya comprobado que cumplen esos requisitos esenciales.

Los pilotos también son evaluados en "simulador"<sup>25</sup> anualmente o con menores intervalos según las normas de la Cía explotadora permitiendo éstos contar con otras evaluaciones que evidencian diferentes enfermedades.

Los tripulantes de cabina que participen en la explotación de determinadas aeronaves deben cumplir los requisitos establecidos en el anexo IV del Reglamento (CE) n° 216/2008, es decir someterse periódicamente a una revisión a fin de determinar su aptitud psicofísica para desempeñar con seguridad las tareas de seguridad que tengan asignadas.

Los Estados miembros deben poder aceptar licencias expedidas por terceros países cuando pueda garantizarse un nivel de seguridad equivalente al que se especifica en el Reglamento (CE) n° 216/2008; deben establecerse las condiciones para la aceptación de las licencias expedidas por terceros países.

En Estados Unidos, para ser copiloto en compañías de pasajeros se requieren 1.500 horas de vuelo como mínimo. En Europa eso es lo que se pide para ser comandante. Lubitz era copiloto y contaba sólo con 630 horas de vuelo.

En Argentina el examen psicofísico de los pilotos lo hace cada seis meses la Administración Nacional de Aviación Civil (ANAC) con los estándares de la JAA europea, conforme las RAAC<sup>26</sup> 65/67.

Existen dos tipos de evaluación médica para pilotos según la aeronave a dirigir; Clase I para licencia TLA (transporte de línea aérea) y aeroaplicador; Clase II para piloto comercial, piloto privado, de planeador, y de ultraliviano. La Clase I tiene validez de 6 meses y la Clase II de 1 año.

La Autoridad de Aplicación es la ANAC y los controles lo efectúan prestadores médicos entre los cuales hoy se encuentra el INMAE.

Para la Certificación Clase I, que es la habilitación TLA que interesa a este trabajo, *"se exigirá que el solicitante se encuentre exento de toda incapacidad física, activa o latente, aguda o crónica, capaz de causar cualquier inaptitud funcional que pueda afectar el ejercicio de las atribuciones correspondientes a la licencia o certificado de competencia que solicita o ya posea comprometiendo la seguridad de la actividad aeronáutica"*<sup>27</sup>.

---

25 Simulador de vuelo (FFS)» significa una réplica a escala completa del puesto de pilotaje de un tipo o marca, modelo y serie de aeronave, incluido el ensamblaje de todos los equipos y programas informáticos necesarios para representar la aeronave en operaciones en tierra y en vuelo, un sistema visual que proporcione una vista exterior al propio puesto de pilotaje y un sistema de movimiento que reproduce las fuerzas.

26 RAAC: Regulaciones Argentinas de Aviación Civil.

27 RAAC 67.101-

Los controles abarcan: aparato ocular y anexos, aparato rinofaringolaringeo y otovestibular, cardiovascular, examen médico general, sistema nervioso y estudio síquico.

En cuanto a este último, *“el solicitante debe encontrarse libre de afecciones mentales. Se exigirá capacidad intelectual y emotividad acorde a la actividad que se pretenda desempeñar. Deberá haber ausencia de vicios inveterados, de uso de sustancias psicoactivas, de uso problemático de ciertas sustancias y de toda alteración capaz de afectar su equilibrio síquico y comprometer la seguridad del vuelo. El examen deberá estar basado en el cuestionario siquiátrico que consta de antecedentes relacionados con la especialidad, y en base al cual deberá confeccionarse una prolija anamnesis”*<sup>28</sup>.

En Argentina en las Regulaciones Argentinas de Aviación Civil (RAAC) en su Parte 67, y subparte A 1.13 prescriben el tiempo de vigencia de las mismas, siendo para los pilotos TLA mayores de 40 años de 6 meses de validez y para los menores de esa edad el de 1 año. En caso de que el piloto tuviera más de 60 años estará obligado además de contar con el CMA<sup>29</sup> presentar todos los estudios complementarios que considere necesario el AME o la Autoridad de Aplicación.

Los controles previstos por la norma argentina están a cargo de la ANAC<sup>30</sup> por su Departamento de Evaluación Médica, DEM, quien utilizaba solo como efectores a los CMAE<sup>31</sup> y los AME<sup>32</sup>, estos últimos sólo cuando no hubiere disponible un CMAE en el radio de 200 km<sup>33</sup>.

La norma argentina cambia coincidentemente post-accidente de Germanwings -24-3-2015- con la Resolución ANAC 168/2015 del 30-3-2015, en tanto la responsabilidad de habilitación pasan a tenerla los hasta ahora efectores, CMAE y AME, y la función de la ANAC sólo por registrar administrativamente las otorgadas por los médicos.

Diferente es el caso de ser denegada una habilitación por razones médicas, caso en el cual el DEM intervendrá en el pedido de reconsideración que resolverá. Si continuara siendo la calificación negativa se puede apelar al Comité del DEM y si este Comité mantuviera la denegatoria el piloto podrá interponer como última instancia un pedido de resolución del Presidente de la Junta Médica<sup>34</sup>.

Entonces, actualmente tanto un CMAE o un AME pueden otorgar la habilitación, pero tienen diferencias la actuación de uno u otro: 1- en cuanto a su complejidad médica, el primero es un centro integral, 2- los AME derivan estudios, no tienen capacidad para realizarlos en propio, 3- tienen diferentes tipos de atribuciones en tanto el AME sólo habilitará a pilotos de rango menor a TLA, 4-. En cuanto a la competencia territorial, la tiene el CMAE con la sola excepción ya explicada de una distancia mayor a 200 km.

En los estudios del estado sicofísico de los pilotos -clase I - se los evalúa con un gran nivel

28 RAAC 67.107-

29 CMA: Calificación Médica Aeronáutica.

30 ANAC: Administración Nacional de Aviación Civil de la R.A.

31 CMAE: Centro médico aeronáutico examinador. RAAC Parte 67.1 b)

32 AME: Médico examinador aeronáutico. Op.cit 67.1b )

33 RAAC 67.43 c).

34 RAAC 67 Subparte A Generalidades- Calificación del examen.

de exigencia pues el solicitante debe estar exento de toda incapacidad activa o latente, aguda o crónica, capaz de causar cualquier ineptitud funcional...que comprometa la seguridad en la actividad aeronáutica<sup>35</sup>.

Desde el punto de vista del siquismo, tan relevante luego del suceso del piloto suicida Andrea Lubic de Germanwings, el aspirante o quien revalida su licencia TLA, debe encontrarse libre de afecciones mentales. Se exige capacidad intelectual y emotiva acorde a la actividad. Deberá haber ausencias de vicios inveterados de uso de sustancias psicoactivas de uso problemático y de toda otra alteración capaz de afectar el equilibrio síquico comprometiendo la seguridad del vuelo.<sup>36</sup> Serán considerados causas para el "no apto" entre otras: la toxicomanía, excepto tabaco y cafeínas, y los trastornos de personalidad.

El piloto activo que es "observado" en cuanto a su aptitud psicofísica, debe entregar su CMA, que será retenida por el DEM hasta su Alta médica.

Ya habilitado y en operaciones, otro aspecto a señalar en este trabajo será la aptitud del piloto para resolver un problema inesperado médico-sanitario a bordo. En cuanto a este aspecto los pilotos TLA tienen entrenamiento para tomar la decisión de desvío de la ruta del plan de vuelo realizando un procedimiento de aterrizaje de emergencia por cuestiones médicas a bordo, -QRF- Los Comandantes se encuentran autorizados para tomar tales decisiones y asumir en representación de su explotador los mayores gastos que ello implique.

### **III. LA HABILITACIÓN DE LOS TRIPULANTES DE CABINA DE PASAJEROS. CONTROLES Y ACTIVIDAD DEL EXPLOTADOR.**

El tripulante de cabina de pasajeros es el miembro de la tripulación que, en interés de la seguridad de los pasajeros, cumple con las funciones que le asigne el explotador o el piloto al mando de la aeronave, pero que no actuará como miembro de la tripulación de vuelo<sup>37</sup>. El término auxiliar de a bordo en la industria es tomado como un sinónimo.

Los TCP deben obtener un "certificado de competencia de tripulante de cabina" del tipo de avión a operar, y un certificado de habilitación psicofisiológica emitido a su nombre y en vigencia. Los TCP pueden estar habilitados para volar hasta en 3 tipos de avión y bajo ciertas condiciones incorporar una cuarta habilitación.

Dentro de las funciones y responsabilidades que le serán establecidas por el operador aerocomercial se encuentra la de uso del equipo de salvamento y de "primeros auxilios" y uso de equipos de oxígeno para operaciones a más de 10.000 pies, para la cual lo entrenará el explotador del cual dependerá y para el cual prestará servicios a bordo. La Autoridad Aeronáutica hará un último control para la habilitación.

Desde el punto de vista médico, el otorgamiento de la competencia está supeditado a certificar la aptitud Clase II regulado en la Parte 67 Subparte C RAAC y *"se exigirá que el solicitante se encuentre exento de toda incapacidad física, activa o latente, aguda o crónica, capaz de causar cualquier ineptitud funcional que pueda afectar el ejercicio de*

---

35 RAAC 67.101 Clase I.

36 RAAC 67.107. Siquismo.

37 RAAC 64.1-

*las atribuciones correspondientes a la licencia o certificado de competencia que solicita o ya posea comprometiéndola la seguridad de la actividad aeronáutica*<sup>38</sup>.

Este examen médico con ciertos matices de exigencia, es similar en su estructura al Clase I, y abarca: aparato ocular y anexos, aparato rinofaringolaríngeo y otovestibular, cardiovascular, examen médico general, sistema nervioso y estudio síquico.

Su período de validez conforme tabla es de 1 año, y le es requerida una aptitud sicofísica exigente que no sea causa de compromiso de la seguridad del vuelo.

Desde el punto de vista de sus funciones a bordo, los TCP están entrenados para evaluar médicamente la situación del pasajero en "estado crítico", y en su caso, si presenta signos vitales o no.

En cuanto al pedido de médico a bordo entre los pasajeros, tienen un briefing que indica la forma de llamada.

Manejan equipos de emergencia tal como el RCP, resucitador cardiopulmonar, botiquines de primeros auxilios, personas con discapacidad, y los temas vinculados con uso de oxígeno a bordo, todo para lo cual están entrenados y certificados una vez al año. Desde 2008 son obligatorios en normas argentinas contar a bordo con desfibriladores de uso médico, por su inclusión en MEL<sup>39</sup>.

Todos los eventos médicos que constituyan una emergencia, serán registrados en el libro de a bordo conforme disposición RAAC 121.715-

Tema de relevancia es la provisión de oxígeno suplementario tanto para primeros auxilios, 121.333, como oxígeno medicinal 121.574-

Los pasajeros que necesiten ventilación suplementaria, deberán hacerlo saber a la Cía. Aérea al momento de la reserva, completando por su médico tratante el formulario INCAD-MEDIF indicando en caso de llevar su propio concentrador de oxígeno tipo CPAP<sup>40</sup> o BIPAP<sup>41</sup> – muchos de ellos utilizados para insuficiencia en amneas de sueño- a fin de que se controle si es un equipo con homologación aeronáutica que permita autorizar o rechazar la reserva condicional de estos pasajeros.

Estos equipos toman aire del medio ambiente y liberan oxígeno en una concentración del 95%. Reemplazan a los tubos de oxígeno suplementarios. Deben ser autónomos con baterías con duración entre el 30 y el 50% más de la duración prevista del vuelo. Se deben usar en las Cías. americanas pues éstas no brindan el servicio.

#### **IV. SERVICIO MÉDICO DEL EXPLOTADOR. NECESIDAD DE MÉDICO A BORDO.**

Las Cías. aéreas generalmente cuentan con un Servicio Médico propio<sup>42</sup>, que interviene en cuanto a los pilotos, en oportunidad de su alta laboral, y ya en operación, en los

38 RAAC 67.201 Evaluación médica clase II.

39 MEL: minimum equipment list.

40 Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) en el que se proporciona un flujo constante de aire a través de una máscara facial.

41 La BIPAP es una abreviatura de marca registrada por el fabricante Respironics para la presión positiva de dos niveles de las vías respiratorias

42 RAAC 67.1 Médico Asesor de Empresa: debe contar con el título de Médico Examinador del personal aeronavegante. Función: asesorar al servicio médico de la empresa en cuestiones de la especialidad, hacer un seguimiento al personal con funciones aeronáuticas referido a la aptitud sicofísica.

casos de fatiga de vuelo<sup>43</sup> tanto agudo, acumulativo o crónico. También en afecciones menores como un resfrío, otitis etc. que le impedirán volar. Los médicos del explotador solo deben denunciar al DEM enfermedades que causen una disminución psicofísica vg. operado quirúrgico, internado por más de 24 hs, tratamientos de mediana duración o permanentes. Ello es causa de retención del CMA por el DEM.

El servicio médico del explotador también realiza exámenes preocupacionales y post-accidente e implementa capacitaciones preventivas concientizando al personal técnico de vuelo en ingesta de alcohol, fatiga y drogas, este último a través de la implementación del " Programa de Prevención por uso de sustancias psicoactivas en la aviación"<sup>44</sup>.

Otra función relacionada contra la seguridad operativa a cargo del Servicio Médico del Explotador es el control de la existencia y evaluación del Sistema Sanitario y de Riesgos Médicos en los aeropuertos y puntos de Destino, tal el caso de abrirse una nueva escala o de evaluar mantenerla. Este último caso es el que están relevando las Cías Aéreas que tiene escala en Caracas (CCS) ante la pública escases y faltantes de medicamentos. Se evalúa la situación de riesgo epidemiológico, el sistema asistencial desde el punto de vista de la complejidad disponible para poder atender cualquier evento que pudiere ocurrir en la escala, desde quemaduras, traumatismos hasta requerimientos mayores en urgencias etc.

### **Necesidad de médico a bordo**

El común de los pasajeros se pregunta ¿por qué las Cías. o los Estados no imponen la obligatoriedad de llevar un médico a bordo por vuelo?

Este tipo de evaluación se hace tomando en cuenta la proporción costo-siniestralidad, y posibilidad fáctica de hacerlo.

Para la primera parte de la pregunta la respuesta será un tema de frecuencia de casos médicos a bordo. Es así que para Cías. que transportan diez millones de pasajeros año sólo se registra un promedio de cinco muertes a bordo<sup>45</sup> y todas ellas provocadas por enfermedades preexistentes o agudas imprevisibles.

Los motivos habituales son cardiológicos o neurológicos, de casi imposible auxilio con éxito fuera de un centro médico especializado.

En cuanto a la posibilidad fáctica debemos partir de un primer cuestionamiento. ¿Qué especialidad de médico debería ir a bordo? La respuesta adecuada es un "emergentólogo".

Ahora bien, en el mundo se registran cien mil vuelos diarios. ¿Cuánta cantidad de médicos deberían estar afectados a tal tarea, teniendo en cuenta también para ellos un régimen de postas y descansos? Alrededor de quinientos mil.

La conclusión es que dadas estas premisas, nunca se consideró seriamente evaluar a nivel IATA tal posibilidad.

43 RAAC 67.108 k) Fatiga de vuelo: es un estado que consiste en un agotamiento físico y mental, falta de entusiasmo, imprecisión, laxitud, desinterés y bajo rendimiento que puede significar un riesgo para la actividad aeronáutica.

44 Proyecto RAAC 120 a LAR 120. Grupo PEL B.O. 29 de mayo de 2015. Resolución ANAC 331/2015

45 Estadística Aerolíneas Argentinas SA 2015.

No obstante, se está estudiando por las Cías., un servicio de “telemedicina” que brindaría conectividad online aire-tierra con un centro médico para atención a bordo mediante instrucciones a un médico o a un tripulante.

Este servicio se debería contratar con un proveedor internacional que garantizara la conectividad satelital y que cuente con médicos de todas las especialidades las 24 horas.

## **V. RITMO CIRCADIANO. REGÍMENES DE DESCANSOS Y POSTAS.**

El fenómeno denominado “jet lag” también conocido como descompensación horaria, disritmia circadiana o síndrome de los husos horarios, afecta a pasajeros y tripulaciones, y de allí la necesidad de cumplir el descanso estrictamente reglamentado por las Autoridades Aeronáuticas que habilitaron al piloto y que cumplan con los requerimientos mínimos de las normas de los Estados en donde vuelen en base a razones de seguridad.

El sueño es un estado que obedece a un ritmo biológico, llamado circadiano, relacionado con el ritmo día-noche, y que depende de la interacción de los estímulos externos, siendo el más importante la luz solar. Durante el sueño el nivel de vigilancia está disminuido y el individuo reposa o descansa. Es una necesidad absoluta y tiene una función restauradora para el organismo.

Pero aun cuando el hombre tenga sueño, puede voluntariamente no dormir, por ejemplo, por razones laborales, y allí aparecerá como factor de riesgo en la conducta profesional y que no se puede permitir en las tripulaciones técnicas de vuelo. Un mal descanso puede tolerarse mucho tiempo, pero a costa de fatiga crónica.

El estudio y conocimiento del comportamiento de los ritmos circadianos tienen una gran importancia adaptativa puesto que hacen que el organismo pueda prepararse para los cambios predecibles en el ambiente externo, tal el cumplimiento de descansos previos al vuelo.

Estos descansos estarán en relación a las horas de vuelo continuas y a la cantidad de ciclos que en el período anterior realicen. No es igual el stress de un piloto que volando en cabotaje haciendo varios vuelos cortos en un día y por ende sometido a varios decolajes y aterrizajes, que la misma cantidad de tiempo de operación de otro piloto en un vuelo largo intercontinental, con tripulación reglamentariamente reforzada con posibilidades de descanso a bordo<sup>46</sup>. Se ha determinado por la Comisión Europea que la “fase del ritmo circadiano” de mínimo rendimiento es el período comprendido entre las 2.00 y las 5.59 horas de la zona horaria en la que está aclimatado el miembro de la tripulación.

La Unión Europea ha puesto en vigencia a partir del 18 de febrero de 2016 el REGLAMENTO (UE) No 83/2014 DE LA COMISIÓN del 29 de enero de 2014.<sup>47</sup> No obstante, como es común en las normas aeronáuticas diferir su puesta en vigencia por temas de implementación, los Estados Parte podrán seguir aplicando las disposiciones nacionales existentes relativas al descanso en vuelo pero con fecha límite del 17 de febrero de 2017.

Esta norma tan reciente, aplica a alrededor del 35% de la aviación comercial mundial, y por ello es importante referirla. Es de compleja aplicación, tan es así que el piloto

46 VASSALLO Carlos María: El Jet Lag en los pasajeros y los descansos obligatorios de las tripulaciones. <https://cedaeonline.com.ar/2015/01/27/2987/>

47 <https://www.boe.es/doue/2014/028/L00017-00029.pdf>

Europeo tiene una aplicación en sus smart phones en donde cargan sus vuelos y les indica los tiempos de descanso que deben observar.

A efectos de las limitaciones del tiempo de vuelo, define el concepto de horario irregular, como el que perturba la posibilidad de dormir durante el período de sueño ideal por una actividad de vuelo.

Un miembro de la tripulación se considera "aclimatado" cuando el estado de su ritmo circadiano está sincronizado con la zona horaria en la que se encuentra, y sólo con una tolerancia de diferencia de hasta dos horas en relación con la hora local de su punto de partida. Contrariamente, cuando la hora local del lugar donde comienza la actividad difiere en más de dos horas de la del lugar donde empieza la siguiente actividad, se considera que el miembro de la tripulación está aclimatado, sólo si observa los valores predeterminados para el cálculo del período máximo diario de actividad de vuelo.

El horario definido como irregular podrá ser del "tipo temprano" – en tanto la actividad comience entre las 5.00 y las 5.59 de la zona horaria en la que el miembro de la tripulación está aclimatado- y del "tipo tardío" – en tanto la actividad termina entre las 0.00 y la 1.59 de la zona horaria en la que el miembro de la tripulación está aclimatado-. Estos conceptos fundamentales a la hora de la implementación de los horarios de vuelo del personal técnico serán aplicables a todos los operadores de transporte aéreo comercial bajo la supervisión de la Autoridad Europea. (EASA)

Para poder comprender la norma se deberá tener en cuenta el concepto que la misma da al "período de actividad", en tanto prescribe que dará comienzo en el momento en el que un operador solicita a un miembro de la tripulación que se presente al servicio o a iniciar una actividad y termina cuando esa persona está libre de cualquier actividad, incluyendo la de post-vuelo.

Importante será distinguir el "período de actividad", ya referido, con el "período de actividad de vuelo" que comienza cuando un miembro de la tripulación es requerido para presentarse al servicio, que incluye un sector o una serie de sectores, y termina cuando el avión se detiene completamente y se apagan los motores, al final del último sector en el que la persona actúa como miembro de la tripulación operativa.

Para mantener ininterrumpida la operación programada, los operadores aéreos tienen tripulaciones de reserva a las cuales también les afecta su período de descanso el hecho de estar disponibles, aunque pasivamente. Se entiende por "reserva" el período de tiempo durante el cual el tripulante debe estar a disposición del operador para que le asigne un período de actividad de vuelo, posicionamiento u otra actividad, previo aviso con al menos 10 horas de antelación. La reserva difiere de la llamada "imaginaria" que es el período de tiempo definido y notificado previamente durante el cual el miembro de la tripulación debe estar a disposición del operador para que le asigne un vuelo, posicionamiento u otra actividad, sin que medie un período de descanso.

Ese "período de descanso" debe ser ininterrumpido y es definido como: el tiempo durante el cual el miembro de la tripulación queda relevado de todo servicio, de la prestación de imaginaria en el aeropuerto.

Es cuestión de responsabilidad de los miembros de la tripulación el aprovechar al máximo las oportunidades e instalaciones que se les brindan para su descanso, y programar y utilizar sus períodos de descanso adecuadamente, evitando caer en “fatiga” que por reiterada puede convertirse en crónica y suspender la licencia del piloto.

Como en todas las cuestiones atinentes a seguridad operacional, aparecen los planes de gestión, en este caso riesgo de fatiga (FRM). La FRMS<sup>48</sup> deberá corresponder al esquema de especificación del tiempo de vuelo, a las dimensiones del operador y a la naturaleza y complejidad de sus actividades, teniendo en cuenta los peligros y riesgos asociados a esas actividades y el esquema de especificación del tiempo de vuelo aplicable.

Los operadores europeos implementarán y mantendrán, conforme a este nuevo Reglamento en vigencia los esquemas de tiempo de vuelo adecuados para los tipos de operaciones a realizarse, determinando los límites para las extensiones del período máximo diario de actividad de vuelo básico de acuerdo con las especificaciones de certificación aplicables para el tipo de operación, teniendo en cuenta el número de sectores volados, y la coincidencia con la fase de ritmo circadiano de rendimiento mínimo.

Al solo efecto de informar al lector, y que éste pueda analizar parámetros comparativos de la Reglamentación Europea con los vigentes en la República Argentina resumimos los tiempos de vuelo y períodos de actividad totales que pueden ser asignados a un miembro de la tripulación. Estos no podrán exceder de:

- 1) 60 horas de actividad en siete días consecutivos;
- 2) 110 horas de actividad en 14 días consecutivos, y
- 3) 190 horas de actividad en 28 días consecutivos, repartidas tan uniformemente como sea posible a lo largo de ese período.

El tiempo de vuelo total de los sectores asignados a un miembro de la tripulación operativa, no podrá exceder de:

- 1) 100 horas de tiempo de vuelo en 28 días consecutivos;
- 2) 900 horas de tiempo de vuelo en un año natural, y
- 3) 1 000 horas de vuelo en cualquier período de 12 meses consecutivos. c) La actividad post-vuelo se considerará actividad. El operador especificará en el manual de operaciones el período de tiempo mínimo para actividades post-vuelo.

La fatiga que experimentan las tripulaciones con motivo o en ocasión del vuelo, constituye un factor de fundamental ponderación respecto a la seguridad del mismo, a cuyo fin la norma reglamentaria argentina tal como lo vimos en la europea, debe necesariamente determinar los períodos de actividad del personal, en lo que atañe a los tiempos máximos de vuelo<sup>49</sup>, y de servicio de vuelo<sup>50</sup> y lapso máximo que dicho personal permanecerá fuera del lugar habitual de residencia.

Nace entonces como necesidad operativa el dictado de regulaciones referidas al descanso mínimo compatible con cada una de las situaciones contempladas, con el

48 FMRS: Fatigue Risk Management Systems

49 Tiempo de vuelo: Lapso total transcurrido desde el momento en que la aeronave comienza a moverse por su propia fuerza con el objeto de despegar y hasta el momento en que se detiene al finalizar el vuelo. (Este tiempo es sinónimo de “calza a calza”).

50 Tiempo de servicio de vuelo: Lapso necesario para preparar, ejecutar y finalizar administrativamente un vuelo. Se calculará, según el horario establecido o previsto, desde UNA (1) hora antes de la iniciación del vuelo o serie de vuelos, hasta media hora después de finalizado el o los mismos. En el período de VEINTICUATRO (24) horas la cantidad máxima será de SEIS (6) aterrizajes para la tripulación de vuelo.

objeto de asegurar que los efectos que la fatiga produce en el organismo de las personas integrantes de las tripulaciones, se reduzcan a límites aceptables desde el punto de vista médico-aeronáutico, acorde con lo que aconseja la experiencia adquirida hasta el presente.

En Argentina los tiempos máximos de servicio, de vuelo y mínimo de descanso de las tripulaciones fue establecido por el Decreto PEN 671/94 actualizado en febrero del 2000 por la Disposición 26/2000 del Comando de Regiones Aéreas de la Fuerza Aérea Arg. en relación con la problemática de la fatiga y el cansancio de las tripulaciones desde el punto de vista médico aeronáutico prescindiéndose del tratamiento de la cuestión laboral, normas a la cual envía el art. 87 del mismo ordenamiento en su Título 5° "Personal Aeronáutico".

La norma decretal fija los períodos de actividad máxima para el transporte regular y no regular, y para el trabajo aéreo e instrucción. El citado decreto prevé en su art. 49 la actualización de las normas en períodos no superiores a 4 años teniendo en cuenta los cambios constantes que se producen en la tecnología de los medios aéreos y el avance en materia de investigación médico-aeronáutico.

Se distingue, como en normas comparadas similares el tiempo de servicio, el tiempo de servicio de vuelo y el tiempo de vuelo, siendo la cantidad máxima en un periodo de 24 hs la de 6 aterrizajes para la tripulación de vuelo, y un régimen especial para vuelos transmeridianos según la cantidad de husos horarios que se atraviesan según la base al oeste y este, por las cuestiones ya tratadas del ritmo circadiano.

Para esta norma, el "tiempo de servicio" será el período durante el cual un miembro de la tripulación está a disposición del explotador en actividades relacionadas con su empleo. En el tiempo de servicio quedan incluidos, a título enunciativo, el tiempo de servicio de vuelo, el tiempo de instrucción en tierra, el tiempo de entrenador o de estudios realizados por encargo del explotador, el tiempo de traslado, el tiempo de guardia y el tiempo en funciones administrativas dentro de la empresa.

En las distintas formas de trabajo agro-aéreo establecidas en el Decreto 2836/72 inc. 1, los explotadores y tripulantes se ajustarán a los tiempos máximos, en los períodos de veinticuatro (24) y cuarenta y ocho (48) horas consecutivas y de siete (7) días consecutivos, mensual calendario, trimestral y anual calendario.

Concluye la ANAC actualmente en que "debe asegurarse que el FRMS de un explotador proporcione un nivel de seguridad operacional equivalente o mejor que el nivel que se alcanza con los requisitos prescriptivos de gestión de fatiga".

El buen estado de descanso y de salud del tripulante tiene un impacto directo en la seguridad de vuelo, y es por eso que los "Manuales de Operaciones" de los explotadores requieren a los tripulantes que tengan sueño suficiente y regular, evitando todas las actividades que ocasionen un efecto opuesto, para encontrarse suficientemente descansados previo al inicio de la actividad de vuelo.

### **Alimentación.**

Es interesante destacar brevemente las precauciones que debe tomar la tripulación

técnica respecto de la alimentación previa y en vuelo<sup>51</sup>.

- *Antes del vuelo.* Se recomienda a los tripulantes de vuelo, no ingerir alimentos idénticos preparados por el mismo proveedor, restaurante o persona, desde 3 horas antes de comenzar la actividad de vuelo.

- *En vuelo:*

\* En los vuelos con sólo dos pilotos, deben servirse comidas diferentes para cada uno y no deben servirse simultáneamente.

\* Las tripulaciones reforzadas no deben servirse las comidas al mismo tiempo a los pilotos que están ocupando los asientos de pilotaje.

\* Para todos los vuelos, por lo menos un piloto deberá servirse una comida diferente al resto de los pilotos.

Con ello evitaremos las consecuencias ficticias, pero probables, por todos conocidas en la antigua película "Aeropuerto".

## **VI. EL TRANSPORTE AÉREO DE PASAJEROS. MEDIF, ENFERMOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EXTRA SEAT Y PMR. NORMATIVAS NACIONALES Y EN DERECHO COMPARADO. EUA, UE, BRASIL. EMBARAZADAS. - EL CASO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.**

El interés por el tema de este capítulo se origina en el hecho de que el transporte aéreo de esta tipología de pasajeros con discapacidad (AIRIMP) o movilidad reducida (PMR) es un área de vacancia legal y reglamentaria dentro del Derecho Aeronáutico Argentino. Esta laguna del derecho es cubierta con prácticas usuales reflejadas en las disímiles normas internas de cada transportador, no consuetudinarias, y que en ciertos casos su aplicación conlleva conductas discriminatorias hacia estos pasajeros.

Se advierten con periodicidad semanal restricciones impuestas por criterios del personal tanto de tierra como de vuelo que suponen prácticas discriminatorias en el uso del transporte de pasajeros por vía aérea y que se evidencia y origina fundamentalmente por la falta de normativa reglamentaria de aplicación general y obligatoria.

Sólo una Resolución Ministerial<sup>52</sup>, no específica para pasajeros con discapacidad, al tratar en general sobre las "Condiciones Generales del Contrato de Transporte Aéreo", enuncia en forma amplia el derecho del transportador a negar el embarque de cualquier pasajero que por su conducta, edad o estado mental o físico requiera asistencia especial u origine peligro o riesgo para sí mismo o para otras personas o no cumpla con las instrucciones del transportador, y agrega: *"la aceptación de personas discapacitadas puede estar sujeta a arreglos previos con el transportador y de acuerdo con sus regulaciones"*.

En cuanto al Código Aeronáutico Argentino todas las facultades y responsabilidades se encuentran en la persona del Comandante de la aeronave<sup>53</sup> quien en definitiva aplicará un criterio subjetivo de seguridad para permitir o no el transporte.

51 Manual de Operaciones AR 7.1.7

52 Resolución 1532/98 M.E. y O.S.P., arts. 8 II y IV b) I, (B.O. 10/12/98).

53 Código Aeronáutico Argentino, art. 84: "El comandante tiene la obligación de asegurarse antes de la partida, de la eficiencia de la aeronave y de las condiciones de seguridad del vuelo a realizar pudiendo disponer su suspensión bajo su responsabilidad. Durante el vuelo y en caso de necesidad el comandante podrá adoptar toda medida tendiente a dará mayor seguridad al mismo".

Ha quedado entonces librado a las denominadas “regulaciones del transportador”<sup>54</sup>, fuente válida en derecho aeronáutico, la propia exigencia de los recaudos a cumplir para que un pasajero con discapacidad o con movilidad reducida pueda acceder a una aeronave con intención de realizar un viaje.

Esta problemática ha trascendido escasamente en unos pocos dictámenes del INADI<sup>55</sup>, algunos artículos especializados, revistas de la actividad y de la discapacidad, que se quedan en el planteamiento teórico evidenciado en el crecimiento exponencial de la cantidad de personas que viajan por el medio aéreo, y proporcionalmente las que presentan distintos grados de discapacidad o movilidad reducida.

Se plantean muy variadas situaciones de hecho ante el ligero análisis que en el momento del embarque pueda realizarse por el personal de la aerolínea, muy estricto en aviación comercial, que generan dudas y cantidades de casos de denegación de embarque<sup>56</sup> sin causas justificadas, provocando habitual incertidumbre a las personas con discapacidad respecto a si serán o no aceptadas.

Discernir qué prácticas empresariales están reñidas con los derechos humanos y cuáles son indispensables para asegurar la seguridad del vuelo es la tarea pendiente de la Autoridad Aeronáutica Argentina.

Personas con discapacidad y personas con movilidad reducida son dos conceptos íntimamente relacionados, pero no necesariamente equivalentes. La indeterminación que trae consigo estos conceptos tan abiertos supone un problema para proyectar una norma y su efectividad. En ellos pueden encuadrarse desde personas con sobrepeso, movilidad reducida por la edad, discapacidad física o mental, ciegas o con escasa visión, sordas o de escaso oído, con minusvalías de comunicación, problemas de orientación o autonomía reducida originados en un sinnúmero de causas médicas que los provocan. Un caso particular lo constituyen las mujeres embarazadas que sin estar en ninguno de los dos tipos son de un especial cuidado para el transporte, sobre todo superadas las 32 semanas de gestación.

Negar el transporte a personas con discapacidad o movilidad reducida es una clara violación al “principio de no discriminación” en el transporte, el cual se debe facilitar, según sus limitaciones, respetando el “principio de accesibilidad” física al medio de transporte aéreo.

Un nuevo tema se está gestando en nuestro país, sin antecedentes a nivel global, tal el “principio de la gratuidad” del transporte para el discapacitado y su acompañante hábil ya plasmado en un proyecto de reforma<sup>57</sup>, que consideramos con graves falencias de estructuración, precisión y claridad por lo cual hemos opinado en contra de su sanción

---

54 Regulaciones del Transportador: son las normas publicadas por la aerolínea vigentes a la fecha de emisión del billete, que rigen el transporte de pasajeros y equipajes en ciertas cuestiones, aplicables por reenvío expreso o por silencio de las normas contenidas en este Reglamento y la legislación aeronáutica. Las regulaciones del transportador complementan las disposiciones contenidas en el presente, y deben garantizar un mínimo de orden público.

55 Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y el Racismo (INADI)

56 Denegación de embarque por culpa de la aerolínea: es el rechazo en la aceptación de un pasajero para un vuelo pese a tener billete de pasaje emitido, reserva confirmada y su documentación en regla para ingresar en el aeropuerto de destino.

57 Proyecto de reforma de la ley 24.431, presentado por la Senadora Daniela Jiménez sustituye el art. 22 Inc. a) en cuanto dice: “deberán disponer de dos espacios por servicio para transportar gratuitamente a personas con discapacidad y un acompañante, cuando fuere necesario,...a cualquier destino...por razones de de cualquier índole... y exclusivamente para tratamiento médico en el exterior..”

en la forma propuesta. La gratuidad tiene su precedente en la aerolínea de bandera, ARSA, que libera de pago al pasajero obeso de un segundo asiento en vuelos de cabotaje y a países limítrofes<sup>58</sup>.

El criterio más relevante para no confirmar una reserva de una persona con discapacidad estará dado por el análisis de su discapacidad para poder entender y cumplir las instrucciones de seguridad de la tripulación en circunstancias que pudieren presentarse en vuelo, tales como una repentina descompresión, turbulencias severas por razones meteorológicas, maniobra repentina o accidentes en donde el discapacitado no tenga posibilidad de evacuación sin asistencia especial o individual.

La aerolínea evaluará ante la “reserva condicional” que se tome a una persona discapacitada extremos tales como: no poder usar el cinturón de seguridad, máscara de oxígeno, chaleco salvavidas, o carecer de la mínima autonomía para la evacuación rápida del avión por las vías indicadas por la tripulación. Puede que ello sea solucionado por la tripulación o bien en casos más complejos, para aprobar su reserva, la aerolínea deberá exigirle viajar con un acompañante hábil<sup>59</sup>.

El servicio médico de la aerolínea nunca revisará al eventual pasajero, sino que evaluará sus aptitudes a partir de los formularios IATA INCAD-MEDIF, medical information, en donde el médico tratante del pasajero llenará un cuestionario sobre las habilidades de su paciente.

En EUA y en la UE, se han restringido las causas para negar una reserva a un discapacitado sólo a razones de seguridad establecidas expresamente en la legislación internacional, comunitaria o nacional con el fin de cumplir con los requisitos de seguridad establecidos por la Autoridad que emitió el Certificado de Operador Aéreo de la Cia Aérea.

La ANAC deberá entender que el tema de reglamentación no pasará por la problemática del ciego, el sordo, el parapléjico, el obeso, entre otros, ni por ende será necesario tener que estudiar cada enfermedad y su sintomatología, sino sólo su capacidad para recibir instrucciones de la tripulación en cuestiones comunes tales como autovalerse para comer, para estar en el baño, y las de mayor complejidad como las de evacuación ante situaciones de emergencia, que afecten a la seguridad propia y de terceros.

Enunciamos algunas preguntas de investigación a las cuales deberá darse respuesta para resolver la problemática en una norma específica:

*1- ¿Cuáles son los principios y las normas de seguridad que se deben considerar como impedimento para que el viaje en avión de una persona discapacitada o con movilidad reducida, no se convierta en una “amenaza directa a la seguridad operacional?”*

*2- ¿Cuándo es necesario un acompañante hábil y cuando su exigencia importa violar el principio de no discriminación?*

58 Extra-Seat: Resolución IATA 720\*. Es el otorgamiento de una butaca extra con o sin cargo adicional. En caso de existir según las regulaciones de cada transportador, se incluirá en el boleto del pasajero, y su reserva será identificada con el código EXST. Vigente y sin cargo en vuelos de cabotaje y regionales de Aerolíneas Argentinas y Austral.

59 Acompañante hábil: Es una persona adulta responsable legalmente, autoválida, que el transportador puede exigir para acompañar a un pasajero que presente problemas de salud o capacidades diferentes, con el objeto de poder asistir adecuadamente a su acompañado durante toda la ejecución del contrato de transporte aéreo.

3- *¿Se podrá liberar o limitar la responsabilidad penal del Comandante de aeronave que permitió abordar a una persona con discapacidad, ya autorizada por el personal especializado de tierra de la aerolínea, y que muere o se lesiona en un accidente por su limitación? ¿Qué valor se le dará al consentimiento informado del pasajero?*

4- *¿Habrá que definir si la norma a proponerse deberá ser una Ley, un Decreto o una Reglamentación de la Autoridad de Aplicación?*

En cuanto a los problemas colaterales a resolver para garantizar la operatividad de la ley y que ésta sea sustentable económicamente, la norma debería contemplar:

1- *¿Qué organización o explotador aéreo o aeroportuario debe prestar la asistencia al discapacitado en cada tramo del viaje, aeropuerto y en vuelo?*

2- *¿Cómo se solventarán económicamente los medios mecánicos extras, necesarios para asistir a discapacitados, y la capacitación del personal que los operará en aeropuertos H24 en sucesivos turnos, que pudiera prever una nueva normativa?*

3- *¿Es necesario determinar si se debe poner un límite a la cantidad de pasajeros discapacitados por vuelo? Si la respuesta fuera afirmativa ¿Cuál será el criterio?*

4- *¿Cómo se tratará la cuestión del transporte de animales de apoyo terapéutico, "perros guías"<sup>60</sup>, y otros pequeños animales de las especies más variadas<sup>61</sup>.*

5- *¿Será legal contar con una base de datos de pasajeros discapacitados para no duplicar el análisis de casos al momento de tener que aprobar, denegar o pedir ciertos recaudos para pasar una reserva de estado "condicional" a "confirmada"?*

6- *En caso de vuelos en conexión y en oportunidad del trasbordo, ¿Dónde empezará y concluirá la responsabilidad de cada aerolínea en vuelos sucesivos?*

7- *Se deberán determinar las formas de comunicarse con los discapacitados auditivos -como ya se previera para los ciegos<sup>62</sup>- y con problemas de comprensión, autismo etc.*

La aviación comercial en EUA tiene el tema regulado en la PARTE 382<sup>63</sup> del DOT, y la Unión Europea en el Reglamento (CE) 1197/2009 que distribuye las obligaciones entre el gestor aeroportuario y la Cia Aérea. Ambos prevén salvaguardas de responsabilidad a los Comandantes, en cuanto a no deber encontrarse involucrado en la decisión de aceptación de esta tipología de pasajeros cuyo caso ya fue analizado por el Servicio Médico de la aerolínea y confirmada su reserva que en principio era condicional.

Entendemos que por intermedio de la Autoridad Argentina ANAC, debe darse a la industria una reglamentación moderna y adecuada que facilite este transporte.

### **La cuestión de la Trombosis Venosa Profunda.**

Las consecuencias físicas que sufre un pasajero por el mal llamado "síndrome de la clase turista" se han reflejado en muchos casos judiciales en donde se intentó relacionar el daño personal con la actividad aérea, con resultado uniformemente negativo.

El Dr. Norberto E Luongo ha dedicado al tema, su libro "*La responsabilidad del transportista aéreo y el síndrome de la clase turista*"<sup>64</sup> y recientemente ha publicado un artículo de

60 Ley 26.858. Personas con discapacidad acompañadas por Perro Guía o de Asistencia.

61 Department Of Transport animales de servicio, Parte 382. EUA.

62 Ley 26.989. Sistema Braille. Instructivo de seguridad. Implementación

63 14 CFR Part 382 - NONDISCRIMINATION ON THE BASIS OF DISABILITY IN AIR

64 LUONGO Norberto, ed. -Buenos Aires, Ad-Hoc, 2011

actualidad vinculado al tema denominado *"El caso de la pasajera argentina fallecida en Qatar. Análisis médico, jurisprudencial y doctrinario del (mal) llamado "Síndrome de la Clase Turística"*<sup>65</sup>.

Tomaremos entonces algunas partes que consideramos muy didácticas para referir en este apartado de nuestro trabajo, el profundo estudio realizado por nuestro distinguido colega.

Como anticipara, el tema ha tomado nueva actualidad en recientes noticias periodísticas dan cuenta del trágico caso acaecido con una ciudadana argentina en vuelo de larga distancia rumbo a Tailandia quien aparentemente sufrió una embolia pulmonar, lo que obligó a internarla de urgencia apenas se produjo el próximo aterrizaje (en Qatar). Como consecuencia del hecho de que su cerebro quedó privado de oxigenación durante aproximadamente 45 minutos, presentó una situación descrita como de "muerte cerebral" que finalmente derivó en su fallecimiento. El cuadro de embolia pulmonar probablemente haya sido el resultado de la aparición de la condición médica denominada "Trombosis Venosa Profunda", que suele asociarse a los viajes prolongados. La cuestión jurídica acerca de la eventual responsabilidad del transportista aéreo en relación con la ocurrencia de dicha condición cobró inusitado protagonismo en los estrados judiciales en las últimas dos décadas, y parece haberse resuelto en un tiempo igualmente récord.

La Trombosis Venosa Profunda (TVP) es una condición médica por la cual se forma un pequeño coágulo de sangre denominado "trombo", principalmente en las venas profundas de las piernas... la condición en absoluto es privativa de los viajes en avión, y ni siquiera de viajes en otros medios de transporte, sino que puede desencadenarse a raíz de prolongados períodos de inmovilización en cualquier otro ámbito....cuando el trombo se atasca, bloqueando el vaso irrigador...la consecuencia de tal obstrucción se denomina "embolia". Uno de los más graves de estos episodios se produce en los pulmones (la denominada "embolia pulmonar"), ocasionando dolor en el pecho y dificultad para respirar y, en el peor de los casos, la muerte por insuficiencia respiratoria.

La ratio normal de riesgo de afección de Trombosis Venosa Profunda en la población en general es de un (1) caso cada mil sujetos, y las estimaciones actuales de la contribución adicional que un viaje de larga distancia puede tener en una persona común arroja una cifra que oscila entre cero (0) y cuatro decimales de cero (0.4) por cada mil (1.000) casos.

Se ha promovido un gran número de litigios en Cortes de todo el planeta reclamando a los transportistas aéreos compensación por las lesiones o muertes derivadas de estos episodios, pero tal responsabilidad emerge sólo cuando están dadas las condiciones de muerte o lesión corporal del pasajero, ocurridas producto de un "accidente" y acaecido a bordo de la aeronave o durante las operaciones de embarque y desembarque, todo ello conforme los arts. 17 del Convenio de Varsovia de 1929 y sus modificaciones y del Convenio de Montreal de 1999, que sustituye al anterior sistema".

Dos sentencias que aportaron mucho a este desarrollo y que precisamente debieron resolver casos de TVP fueron:

**"Povey v. Qantas Airways Ltd."**, fue resuelto por la High Court of Australia el 23 de

65 <https://cedaeonline.com.ar/2016/04/28/el-caso-de-la-pasajera-argentina-fallecida-en-qatar-analisis-medico-jurisprudencial-y-doctrinario-del-mal-llamado-sindrome-de-la-clase-turistica/>

junio de 2005. La sentencia expresa que la inacción (consistente en la supuesta falta de advertencia de la aerolínea sobre el riesgo de ocurrencia de la TVP) es un no-evento que no podría propiamente ser descrito como accidente. El no-aviso acerca del riesgo de padecer DVT o la falta de indicaciones para contrarrestar sus efectos no son “hechos”, y las condiciones en las que un pasajero se ve obligado a volar, por estrechas e incómodas que sean, no alcanzan para conformar un “accidente”. Por dichas razones, la apelación fue desestimada y el reclamo fue rechazado.

Poco después, la sentencia dictada en el caso **“In re Deep Vein Thrombosis and Air Travel Group Litigation”**, resuelto por The House of Lords (que actuó como Corte Suprema de Gran Bretaña hasta el 1ro. de Octubre de 2009) el 8 de Diciembre de 2005, arribó a idéntica conclusión. Estos dos casos constituyen la piedra fundamental del edificio jurídico sobre la cuestión y han influido en mayor o menor medida (ya sea a través de las sentencias producidas en sus tribunales inferiores o en la misma alzada) en la elaboración jurisprudencial al respecto.

Las sentencias dictadas en la República Argentina no ha sido una excepción a esta tendencia jurisprudencial universal, y aquí debemos destacar dos auténticos leading cases.

**“Solari, Mario Rodolfo c/Air Plus s/Lesión y/o Muerte de Pasajero Aéreo”**, Expte. Nro. 10543/01, sentencia del Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil y Comercial Federal Nro. 11, Secretaría Nro. 22 (2 de marzo de 2009) La sentencia concluye que estamos ante una “reacción interna del organismo humano... cuando es sometido a determinadas condiciones que no son las habituales de su funcionamiento normal” La Sala Primera de la Cámara del Fuero (15 de octubre de 2009), que confirmó el rechazo de la pretensión con fundamento en no haberse demostrado debidamente la relación de causalidad entre la trombosis del actor y el viaje aéreo.

**“Trussi, Alicia Inés c/Iberia Airlines of Spain s/Daños y Perjuicios”**, Expte Nro. 13.914/03, sentencia del Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil y Comercial Federal Nro. 80, Secretaría Nro. 22 del 9 de Marzo de 2010. Al rechazarse la demanda se explica que si bien resulta factible atribuir un mayor grado de incidencia en la producción de una Trombosis Venosa Profunda a la “parálisis o inmovilización de los miembros inferiores”, es igualmente claro que ese concepto no puede ser asimilado a la “inmovilización” que alega haber experimentado la demandante, y que si un pasajero decide no poner en práctica los movimientos aconsejados para prevenir la ocurrencia del evento dañoso debe asumir las consecuencias derivadas de su propia conducta discrecional.

La apelación deducida fue resuelta por la Sala Segunda del Fuero en fecha 21 de febrero de 2011 expresándose que no puede dejar de distinguirse entre un accidente aéreo que obedece a una circunstancia anormal del viaje y un episodio que ocurre durante un vuelo normal y que obedece a un factor interno del pasajero. En consecuencia, se confirmó el rechazo de la demanda decidido en primera instancia.

Como conclusión: -los casos de lesiones o muerte por TVP eran personas de edad mediana o aún mayor, y/o contaban con concretos problemas de salud, factores disparadores de la afección.

A modo de conclusión y volviendo sobre el episodio relatado al inicio de la pasajera argentina en Qatar, el caso involucró a una persona de 29 años de edad y sin conocidos problemas de salud o factores predisponentes. Debemos señalar que no se trata de un caso sin precedentes ya que otra buena parte de ellos, registrados en vuelos, ha tenido por víctimas, incluso a veces fatales, a personas jóvenes y en aparentes excelentes condiciones de salud.

Por ello, a la hora de volar en avión es conveniente repasar algunas consideraciones que marca la Organización Mundial de la Salud para no correr riesgos innecesarios<sup>66</sup>.

- Antes de volar revise su estado de salud, hable con su médico si toma alguna medicación, padece una enfermedad o estado de debilidad. Hay determinadas limitaciones para viajeros que han sido operados o padecen enfermedades graves.

- Se prohíbe volar si ha sufrido las siguientes enfermedades durante un periodo de:

\* Infarto de miocardio: 8 a 12 semanas.

\* Apoplejía: 8 semanas

\* Neumotórax: 6 a 8 semanas

\* Fracturas: 24 horas después para vuelos de 2 horas y 48 horas para vuelos con más duración.

\* Operaciones quirúrgicas: 1) En la zona del pecho o estómago: 6 semanas; 2) Cráneo: 6 a 12 meses; 3) Ojos: 1 a 3 meses.

- Enfermedades infecciosas: No se permite volar hasta la completa curación del enfermo. Ejemplos de enfermedades infecciosas son: varicela, rubéola, sarampión, hepatitis infecciosas, tuberculosis...

- Riesgo de Hipoxia: Puede que algunos pacientes necesiten un aporte extra de oxígeno durante el vuelo. Si usted padece anemia, problemas de corazón o de presión consulte con su médico y su aerolínea.

- DVT- Trombosis del viajero. Para evitar esta enfermedad que puede afectar a cualquier persona que permanezca mucho tiempo sentada recomiendan: Caminar por la cabina siempre que se pueda, estirar brazos y piernas, hacer ejercicios con los pies y los brazos y levantarse del asiento, llevar ropa cómoda y holgada.

- Los medicamentos que deban utilizarse durante las horas de vuelo se han de llevar en el equipaje de mano, el resto en el equipaje facturado. Obligatorio llevar un certificado de su médico o receta.

- Embarazo: Permitido volar hasta las 36 semanas. A partir de las 28 semanas debe llevar un certificado médico de su obstetra con la fecha aproximada del parto y que no existen complicaciones en su embarazo.

- Si usted padece alguna enfermedad de las mencionadas arriba o cree que puede tener algún riesgo consulte con su aerolínea y no olvide comunicar alguna de esta circunstancia con al menos 7 días de antelación antes de volar o bien, antes de comprar su billete de avión. A veces, las aerolíneas requieren de una autorización y valoración del médico de cabecera – Formulario IATA MEDIF-INCAD -para volar.

---

66 Fuente: OMS, BA y AirBerlin

## **VII. EL TRANSPORTE AÉREO DE CARGA RELACIONADA CON LA MEDICINA. ÓRGANOS PARA TRASPLANTE, SANGRE, MEDICAMENTOS, ALIMENTACIÓN PARENTERAL. CASO DE FILIPPIS C/ ARSA.**

Conforme al decreto 379/89, los servicios públicos de transporte de personas y/o carga estatales quedaron obligados al traslado de órganos y material anatómico, libre de pago de tarifa, correspondiendo a la autoridad nacional sanitaria, INCUCAI, la realización de convenios con las empresas privadas de transporte para el libre traslado de los profesionales responsables de un operativo de trasplante.

En base a esa norma Aerolíneas Argentinas cumplió regularmente su obligación transportando en sus vuelos internos, sin costo alguno, por más de diez años los órganos objeto de ablación y destinados a trasplante. Ellos eran entregados directamente en el aeropuerto de partida con embalaje adecuado para llegar en condiciones médicas a su destino final.

Por entender AR, en forma equivocada, que, porque esa prestación era de tipo humanitario y no contractual, nunca se formalizó el contrato de transporte de carga aérea en una carta de porte, hasta que se registró un hecho de gravedad que hizo cambiar el criterio, que nunca había sido consultado a su Asesoría Legal.

En apretadísima síntesis nos referiremos al caso judicial, que llevó más de diez años de tramitación, y a la solución dada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación<sup>67</sup>.

El 11 de octubre de 1992, y conforme la operatoria ordinaria, el INCUCAI<sup>68</sup> solicita a AR el traslado de una caja conteniendo un órgano a trasplantar de BUE a MDQ. En Mar del Plata lo esperaba en el aeropuerto, como era de práctica, el grupo médico del INCUCAI que lo trasladaría al Hospital de la Comunidad para ser implantado al paciente César De Filippis, primero en lista de espera de un riñón compatible.

El personal del INCUCAI, por razones particulares de su empleado, deja el envío mucho tiempo antes en el aeroparque Jorge Newbery con la escritura del número de vuelo en la caja de telgopor. Es entonces que se produce un error y se lo embarca a IGR (Iguazú) y no a Mar del Plata. Se organiza el retorno y se lo entrega cuatro horas más tarde, en Aeroparque, al expedidor de la carga, INCUCAI que había dado la instrucción de retornar la carga a BUE para su retiro pues decide implantar el riñón a otro paciente en lista de espera en esta ciudad. A De Filippis, se le concreta su trasplante siete meses después y demanda a Aerolíneas Argentinas S.A. y al INCUCAI, en forma solidaria, a fin de que sean condenadas por los daños y perjuicios.

La sentencia de primera instancia rechaza la demanda en todas sus partes aplicando normas de derecho aeronáutico, entendiendo que la relación contractual del contrato de carga aérea vinculó a INCUCAI como expedidor, AR como transportador y como destinatario al Hospital de la Comunidad de Mar del Plata.

Advertido el error el expedidor, dispone que la carga le fuera devuelta y no formaliza "protesto". De Filippis no es tenido por parte de la relación contractual y con tal fundamento se le rechaza su pretensión.

67 CSJN. 29 de abril de 2004 "De Filippis, César G. c/ Aerolíneas Arg. e I.N.C.U.C.A.I. s/ daños y perjuicios".

68 Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.

Segunda Instancia, Cámara Federal de Mar del Plata, inexplicablemente aplica normas de derecho común y condena solidariamente a INCUCAI y AR por los rubros daños físicos y fisiológicos, daño moral y psicológico y daño a la intimidad.

La Corte Suprema de Justicia de La Nación, hace suyo el dictamen del Procurador Fiscal, Dr. Felipe Obarrio, que nulifica la sentencia de la Cámara de Mar del Plata por no haberla fundado en derecho aeronáutico.

Considera la Corte que De Fillipis era el verdadero destinatario de la carga, y condena solo al porteador ARSA por no haber emitido la carta de porte, lo que le impide ampararse en la limitación de responsabilidad prevista en el art. 122 Código Aeronáutico, defensa opuesta oportunamente, y entiende que de haberse cumplido formalizar el contrato, no hubiera sucedido el error en el embarque.

A partir de este desgraciado suceso, se decide que toda carga aérea expedida por INCUCAI irá amparada por su "guía aérea" que importa la instrumentación y celebración en el momento del corte de la guía, del contrato de transporte aéreo, y observará en adelante un nuevo "Protocolo Guía para el transporte nacional e internacional por vía aérea de órganos, tejidos y células".

De este Protocolo destacamos como relevante:

\*Se acuerda que el transporte deberá ser solicitado/ utilizado/ coordinado por el INCUCAI en transporte interno, como con los Organismos Competentes de cada Estado en el transporte internacional.

\* Se habilita al transporte bajo condiciones estrictamente previstas sustancias infecciosas tales como bacterias, virus, rickettsias, parásitos y hongos y otros agentes tales como priones, que pueden causar enfermedades en los animales y en los seres humanos.

\* También será objeto de transporte los cultivos y muestras biológicas, obtenidas directamente de seres humanos o animales.

\* Se prevé el transporte de productos biológicos que son los obtenidos de organismos vivos y que son elaborados y distribuidos según las prescripciones de las Autoridades Nacionales competentes que pueden tener exigencias especiales con relación a licencia y que son utilizados con finalidades de desarrollo, experimentación o investigación conexas. Se incluyen aquí los productos no terminados como las cepas de vacunas.

\* La responsabilidad por el transporte de sustancias infecciosas y muestras biológicas para los fines previstos en la presente norma, desde el origen hasta el establecimiento o institución de destino habilitados por la Autoridad Competente en cada Estado Parte, alcanzará al remitente, a la empresa de transporte y al destinatario.

\* El remitente debe organizar el envío con antelación, contactando al destinatario de las muestras (Institución o Establecimiento receptor), el que deberá dar su aceptación por escrito, de acuerdo a lo establecido por los estados remitente y receptor, respectivamente, y preparará la documentación necesaria, incluyendo las autorizaciones y los documentos para despacho aduanero y sanitario requeridos para el envío de la muestra. Notificará con antelación al destinatario de los trámites realizados y la forma de envío (transporte) para garantizar la recepción del material enviado y embalará e identificará el envío.

\* El destinatario obtendrá las autorizaciones necesarias de las autoridades nacionales

para el ingreso a los Estados Partes de sustancias infecciosas y/o muestras biológicas, informando la previsión de llegada del material con antelación mínima de 6 horas. Establecerá en conjunto con el transportador y el remitente, la logística necesaria para recibir el material enviado desde el exterior en la forma más eficiente y oportuna al momento de su arribo. El transportador notificará inmediatamente al remitente la llegada del material enviado, indicando las condiciones del mismo.

\* El embalaje y etiquetado se efectuará de acuerdo a lo prescripto en Guía sobre reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas vigente en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud (OMS) e International Air Transport Association (I.A.T.A.).

Como conclusión, así como de los accidentes aéreos se aprende a no cometer los mismos errores y se evitan otros accidentes en forma muy eficiente, este grave error sirvió para lograr un adecuado y también eficiente sistema de traslado humanitario que está en vigencia.

### **VIII. ATENCIÓN MÉDICA A BORDO. LA CUESTIÓN DE LOS HONORARIOS DEL MÉDICO PASAJERO.**

La IATA, conformada por 260 Compañías que cubren más del 90% del tráfico mundial, no tiene previsto dentro de sus normas, compensaciones para los médicos pasajeros que, en situaciones de emergencia, prestan su servicio a bordo conforme requerimiento de la aerolínea.

En los países en donde es norma internacional vigente el "juramento hipocrático", los médicos se ven obligados a efectuar su asistencia en base a éste, y donde no lo es o el pasajero médico está fuera de jurisdicción para ejercer la medicina, lo hacen bajo el principio del "buen samaritano" evitando caer en la figura penal de abandono de persona.

La Declaración en Ginebra adoptada por la 2da. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial de Ginebra, septiembre 1948, y enmendada por la 46a. Asamblea General de Estocolmo de septiembre de 1994, prevé que en el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica se debe realizar una solemne promesa de consagrar su vida al servicio de la humanidad...<sup>69</sup>

A su vez el Código de Ética,<sup>70</sup> fija los límites de ese juramento en los siguientes términos: *"La obligación del médico en ejercicio de su profesión, de atender a un llamado, se limita a los casos siguientes: " ... c) en los casos de suma urgencia o de peligro inmediato para la vida..."*.

En la misma línea la 35a. Asamblea Médica Mundial de Venecia de octubre de 1983, impone a los profesionales de la salud, la obligación de asumir sus deberes médicos en los siguientes términos *"...el médico debe prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos de que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención..."*.

69 Juramento hipocrático: "...prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; mostraré a mis maestros el respeto y la gratitud que le son debidos; practicaré mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de los pacientes será mi primer objetivo; respetaré los secretos que se me confían aún después de morir el paciente; mantendré por todos los medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; mis colegas serán mis hermanos; no permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o nivel social se interpongan entre mi deber y mis pacientes; mantendré el máximo respeto por la vida humana desde el momento de la concepción; incluso bajo amenaza, no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de humanidad. Hago estas promesas de modo solemne, libremente y por mi honor.

70 Aprobado por la Confederación Médica de la Rep. Arg. el 17 de abril de 1955

Ahora bien, esa atención médica prestada en cumplimiento del juramento hipocrático, ¿es gratuita u onerosa?, y en tanto nos inclinemos por la segunda opción, ¿quién será el obligado al pago?

Del citado Código Médico de la República Argentina,<sup>71</sup> y de las normas de fondo contenidas en el Código Civil<sup>72</sup> resulta un devengamiento de honorarios a favor del médico, hasta en los casos de atención de urgencia.

En opinión del Dr. Guillermo Borda<sup>73</sup>: *"Quiénes están obligados al pago - Desde luego, el principal obligado es el propio beneficiario; pero la jurisprudencia ha extendido subsidiariamente esta obligación a quienes tienen a su cargo el deber legal de asistencia del enfermo y a los obligados a prestar alimentos..."* Y agrega: *"... El llamado médico hecho por un tercero a simple título amistoso o humanitario, no lo obliga al pago de los honorarios si no se prueba que pesa sobre él una obligación alimentaria"*.

Y concluye el citado tratadista: *"... Si teniendo en cuenta la circunstancia del caso era razonable que se prestara la asistencia, el beneficiario de ella es responsable"*. - Arts. 1251CCC y sptes.

Dado que nos encontramos dentro del ámbito de la responsabilidad contractual, para que se genere la obligación de asumir los costos de reparación, el daño, debe ser producido por una causa justificante que atribuya la responsabilidad al deudor contractual.

*"... No se configura tal deber de seguridad donde el comportamiento dirigido a la protección del otro se manifiesta extraño al contenido del contrato, limitando de tal modo la extensión inusitada que se le pretende dar en muchos casos a esta garantía, con una evidente hipertrofia de la denominada responsabilidad contractual, sin perjuicio de la acción que el damnificado tenga por la vía extracontractual..."*<sup>74</sup>

Para que el daño dé lugar a responsabilidad de carácter contractual, ha de ser causado por la ejecución de la relación obligatoria, y que el daño no habría podido producirse sin la existencia de ella.

*La circunstancia de que el personal de la Cía. Aérea haya efectuado el llamado al profesional médico, no crea un vínculo contractual con el médico-pasajero pues ello sólo es parte de la operatoria prevista para las emergencias médicas..."*<sup>75</sup>

En el caso del transporte aéreo, se conforma una obligación de seguridad, de carácter secundaria, que está implícita dentro del desarrollo del plan de cumplimiento de la

71 Código Médico de la República Argentina, art. 86: "Los honorarios médicos deben corresponder a la jerarquía, condiciones científicas y especialización del profesional, posición económica y social del enfermo y de la importancia y demás circunstancias que rodean al servicio médico prestado..."

Código Civil art. 1627: "... El que hiciere algún trabajo, o prestare algún servicio a otro puede demandar el precio... siempre que tal servicio o trabajo sea de su profesión o modo de vivir..."

72 Código Civil art. 1627: "... El que hiciere algún trabajo, o prestare algún servicio a otro puede demandar el precio... siempre que tal servicio o trabajo sea de su profesión o modo de vivir..."

73 Autor de la Reforma del Código Civil Argentino de 1968 - Tratado de Derecho Civil Argentino, Contratos II, Pág. 59 y siguientes

74 "Jordano Fraga Francisco, " La responsabilidad contractual" ED Civitas Madrid 1987 p 143

75 Manual de Operaciones, Sección 12, pág. 10: " 3. Emergencia médica en vuelo. 3.2. Procedimientos básicos para una emergencia médica en vuelo: "Se solicitará por PA la asistencia de un médico o de algún profesional de la salud que pueda brindar auxilio o asesoramiento... El comandante requerirá que se le informe con la mayor frecuencia posible acerca de la evolución o cambios de la evolución de emergencia planteada... para permitir tomar con la máxima antelación y la mayor cantidad de elementos de juicio, la decisión de desviarse a una alternativa de emergencia.

obligación de rango convencional. El pasajero debe utilizar el servicio adquirido sin exponerse a sufrir daños evitables con una buena información, vg. se debe anunciar las turbulencias y la prohibición de levantarse de su asiento. Aquí jugará entonces la culpa de la víctima que no observe la instrucción, eximiéndose el transportador de su responsabilidad objetiva, y en el caso de las enfermedades preexistentes también se eximirá por no haber sido la muerte o lesión causada por un “accidente” vinculado con la actividad de vuelo.

No obstante, la responsabilidad de la aerolínea de transportar a los pasajeros sanos y salvos a destino, implica deber de asistencia tanto en caso de “accidente”, como de problemas de salud en donde en nada ha tenido que ver el transporte ni la forma de ejecución del contrato. En este último caso no existe “nexo causal” que obligue al transportador a indemnizar. Se exime de su responsabilidad objetiva.<sup>76</sup>

Para concluir, la normativa específica reglamentaria vigente en la República Argentina que trata la responsabilidad por los pasajeros en cuanto al tema en comentario, dice: “... los pasajeros que por cuya edad, estado mental o físico es tal que pueda suscitar riesgo para sí mismo, el transportador no será responsable por cualquier daño, enfermedad o discapacidad, incluyendo la muerte, atribuible a ese estado.”<sup>77</sup>

En un único caso resuelto por la Justicia Argentina<sup>78</sup>, se resolvió la ausencia de la obligación de pago de honorarios, por la Cía. Aérea, a un pasajero médico por atención a otro a bordo y en pleno vuelo, y determinó que esta obligación estaba a cargo del pasajero beneficiario, dado que había quedado probado la causa ajena a la actividad de vuelo y la enfermedad propia de la víctima –o causas naturales- por lo cual se la eximió de responsabilidad.<sup>79</sup> Al comentario de este fallo puede accederse por link<sup>80</sup>

Breve mención haremos a jurisprudencia internacional en donde la aerolínea ha sido eximida de responsabilidad en casos médicos.

El conocido fallo de la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos de América “Saks c/Air France – 1985”, que trataba de un pasajero que, al aterrizar en Los Angeles, sufre una pérdida auditiva. El interrogante para la Corte fue también dilucidar si dicha pérdida se debió a la operación normal del sistema de presurización de la aeronave, o una afección propia de la pasajera, y dicen: “*Llegamos a la conclusión que la responsabilidad de acuerdo a lo previsto por el Artículo 17 de la Convención de Varsovia surge exclusivamente si una lesión*

76 Responsabilidad objetiva: art. 139 C. Aeronáutico Argentino: “El transportador es responsable de los daños y perjuicios causados por muerte o lesión corporal sufrida por un pasajero, cuando el accidente que ocasionó el daño se haya producido a bordo de la aeronave o durante las operaciones de embarco o desembarco”; art. 17 Sistema de Varsovia: “El porteador es responsable del daño ocasionado en caso de muerte, herida o cualquier otra lesión corporal sufrida por cualquier viajero, cuando el accidente que haya causado el daño se haya producido a bordo de la aeronave o en el curso de todas las operaciones de embarque o desembarque”; y art. 17.1 Convenio de Montreal 1999: “El transportista será responsable del daño causado en caso de muerte o de lesión corporal de un pasajero por la sola razón de que el accidente ... se haya producido a bordo de la aeronave o durante cualquiera de las operaciones de embarque o desembarque”.

77 Res. 1532/98, Condiciones Grales. Del Contrato de Transporte Aéreo, Anexo I, art. 19, III) 3.7

78 “Rott, Mario Alberto c/Aerolíneas Argentinas S.A., Expte. 1.578/04, Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil y Comercial Federal Nro. 5, Secretaría Nro. 10, Capital Federal” (R.A.). Fallo del 20/02/2007, firme, por no ser apelable por el valor cuestionado – art. 242 Código Procesal, Civil y Comercial Argentino.

79 Código Aeronáutico Argentino, art. 143: “La responsabilidad del transportador, podrá ser atenuada o eximida si prueba que la persona que ha sufrido el daño lo ha causado o ha contribuido a causarlo”; Sistema de Varsovia art. 21, Protocolo 4 Montreal/75: “... en el caso de que el transportista probare que la persona lesionada ha sido causante del daño o ha contribuido al mismo, el Tribunal podrá... descartar o atenuar la responsabilidad del transportista”; art. 20 Convenio de Montreal/99: “Si el transportista prueba que la negligencia u otra acción u omisión indebida de la persona que pide indemnización, o de la persona de la que proviene su derecho causó el daño o contribuyó a él, el transportista quedará exonerado...”

80 VASSALLO, Carlos María: Atención Médica a Bordo. <https://cedaeonline.com.ar/2012/12/18/atencion-medica-a-bordo/>

*sufrida por un pasajero es causada por un suceso o acontecimiento inesperado o inusual que resulte externo al pasajero... Sin embargo, en los casos en que la lesión indiscutiblemente es el resultado de la propia reacción interna del pasajero a la operación usual, normal y esperada de la aeronave, debe entenderse que dicha lesión no ha sido causada por un "accidente", y el Artículo 17 de la Convención e Varsovia no puede aplicarse, y exonera de responsabilidad al transportador aéreo.*

El Tribunal Supremo de la Judicatura del Reino Unido,<sup>81</sup> en abril de 1997 dicta sentencia resolviendo el siguiente suceso: "el día 12 de Junio de 1994, el actor era un pasajero de una aeronave que pertenecía a la demandada, British Airways Plc, en un vuelo desde el Aeropuerto de Manchester con destino a Los Angeles, California. "Al intentar dejar su asiento para ir al baño, el Actor se vio imposibilitado de pararse y en consecuencia se cayó sobre el hueso de su cadera sufriendo una lesión."

El Juez abordó este tema con meritoria economía y manifestó: "Se me ha remitido al Artículo 17, en referencia a la Convención de Varsovia. Ese es un tema sin vueltas. Resulta claro que surge del caso que el Sr. Chaudhari es muy débil. Parece que el accidente fue una cuestión puramente interna del pasajero. Esto es algo que no tuvo nada que ver con la aerolínea sino que fue el resultado de una condición médica preexistente de la parte actora.- Esto no puede ser considerado un "accidente" conforme al significado de la Convención".-

En conclusión, sólo estarán bajo la responsabilidad objetiva del transportador aéreo los casos en que la causa fuera un accidente en vuelo y no una enfermedad preexistente, sin nexo de causalidad con la actividad aeronáutica.

#### **IX. SERVICIO MÉDICO EN LOS AEROPUERTOS. SUJETO OBLIGADO, DESTINATARIOS, SUSTENTABILIDAD ECONÓMICA. EL CASO ARGENTINO.**<sup>82</sup>

Para abordar este tema tan sensible debemos hacernos ciertas preguntas de investigación, y de allí irán saliendo las soluciones que ya hoy están reglamentadas.

¿Cuál será el momento definitorio a partir del cual una persona se convierte de usuario aeroportuario en pasajero de una línea aérea?

¿Quién será el responsable de la atención médica en los sectores comerciales del aeropuerto?

¿Sobre quién recaerá la obligación de proveer atención de emergencia médica y de primeros auxilios a los pasajeros, e inclusive a los tripulantes que en la escala necesitan de atención médica, aunque no sea más que por simples malestares físicos?

Para la primera respuesta será necesario determinar si el obligado a la prestación médica será la Cía. Aérea respecto de sus pasajeros y personal o del Gestor Aeroportuario en relación a todos los usuarios, caso en el cual éste sería quien debería tener un servicio médico disponible en su ámbito.

Este último tema no es menor pues importa contar con un servicio organizado de guardias médicas durante las operaciones aeroportuarias, que en los aeropuertos de

<sup>81</sup> Autos "Chaudhari, parte actora/apelante contra British Airways" PLC, parte demandada/apelada

<sup>82</sup> VASSALLO Carlos María, "Reforma del Reglamento Sanidad Aeroportuaria para el Sistema Nacional de Aeropuertos (SNA). Resolución ORSNA N°5/2011". Ed. La Ley 01.03.11, SAIJ 22.02.11 -

mayor tráfico será generalmente H24<sup>83</sup>. También debe estar disponible un servicio de urgencia con derivación inmediata, salvando la problemática que los aeropuertos generalmente se encuentran a una distancia media/larga a los centros de las ciudades que cuentan con estos servicios.

Una controversia planteada en Argentina entre el Organismo Regulador del Sistema de Nacional de Aeropuertos -ORSNA- y la Cía. Aérea de mayor tráfico en el país -Aerolíneas Argentinas S.A.- dio lugar a una acción judicial entre ambas<sup>84</sup> que determinó el dictado de una "medida de no innovar" por la Excelentísima Cámara del Fuero Contencioso Administrativo<sup>85</sup> respecto del entonces nuevo Reglamento de Sanidad Aeroportuaria que se pondría en vigencia en el año 2008. Durante el status quo que implicó la cautelar, las partes llegaron a una solución final emanada de una Comisión Ad Hoc integrada por juristas del ORSNA y ARSA.<sup>86</sup>

Sus conclusiones fueron plasmadas en la reforma parcial del Reglamento de Sanidad Aeroportuaria para el Sistema Nacional de Aeropuertos, en cuanto a la delimitación de las responsabilidades médicas, entre las Líneas Aéreas y el Administrador del Aeropuerto.

La solución a la que arribara la Comisión *Ad Hoc* se logra a partir de incorporar a la norma el concepto de "zona estéril", que ha quedado redactada de la siguiente manera: "... se determina que es responsabilidad del explotador aéreo la atención del pasajero ante cualquier emergencia médica que se produjere luego del ingreso del pasajero en la zona estéril...".

Se considera "zona estéril" al "... sector comprendido entre un puesto de inspección y la aeronave, cuyo acceso está estrictamente controlado y sirve para la permanencia de los pasajeros que aguardan un determinado vuelo...".<sup>87</sup>

En cuanto a los aeropuertos de mayores dimensiones, con servicios internacionales, pasado el último control, que generalmente es el de documentación, los pasajeros recorren un determinado espacio en donde pueden existir áreas comerciales, bares, *free-shops*, restaurantes, etc., hasta llegar al espacio denominado "área de pre-embarque" localizada en forma contigua a la puerta de embarque de su vuelo.

La solución sobre la responsabilidad médica en ese trayecto, en donde el pasajero puede permanecer un prolongado tiempo, está, conforme normativa, a cargo del operador aeroportuario.

En cuanto a la obligación de proveer la atención de la emergencia médica y de los primeros auxilios prestados a los pasajeros, es exclusiva del Administrador del Aeropuerto, quien debe tener disponible dicho servicio en su ámbito.<sup>88</sup>

En tanto el viajero ya se hubiere convertido en pasajero, el art. 3° del Reglamento, prevé

83 H24: Aeródromo en funcionamiento durante las 24 hs.

84 Causa 23.208/09, "Aerolíneas Argentinas SA c/ Organismo Regulador de Aeropuertos, Resolución 18/08 s/ Proceso de Conocimiento", Juzgado Federal Contencioso Administrativo N° 3, Secretaría N° 5

85 Sala III Contencioso Administrativo, Resolución del 18/08/10, Registrada al N° 1595, tomo 2 2010.

86 Comisión integrada por Dres. Carlos Van Lacke y Pedro Martín Billorou -ORSNA- y Dr. Carlos María Vassallo -ARSA-.

87 Concepto de zona estéril del Reglamento General de Uso y Funcionamiento del Sistema Nacional de Aeropuertos (REGUFA) aprobado por Resolución ORSNA N° 96 del 31/06/2001.

88 Disposición N° 50, Comando de Regiones Aéreas de la Fuerza Aérea Argentina.

los costos médicos a cargo de la línea aérea en tanto dice: “... *el explotador aéreo deberá reintegrar al administrador del aeropuerto los costos que éste deba soportar en la atención de la emergencia médica y de los primeros auxilios prestados a sus pasajeros...*”.

Será entonces que ante un caso médico de un pasajero en la llamada “zona estéril”, entendiéndose por tal sólo el área de pre-embarque del vuelo a ser abordado por el pasajero en el aeropuerto de partida, la organización del servicio médico estará a cargo del Administrador del Aeropuerto, y el costo de la prestación efectivamente brindada a un pasajero será solventado por la aerolínea respectiva, o por el mismo pasajero, en tanto las circunstancias, constituyan o no un “accidente” en el concepto del derecho aeronáutico.<sup>89</sup>

La atención médica en los aeropuertos también será prestada por el servicio médico del concesionario aeroportuario a trabajadores por cuenta propia o en relación de dependencia en oportunidad de encontrarse prestando labores en los aeropuertos.

La obligación del Explotador del Aeropuerto, en cuanto a la atención médica de emergencia, lo es respecto de “*todos los usuarios que así lo requieran en cada una de las aeroestaciones*”;<sup>90</sup> sean que éstos trabajen por cuenta propia o en relación de dependencia.<sup>91</sup>

Ahora bien, se detiene expresamente la norma reglamentaria en ¿quién deberá asumir los costos de tales prestaciones?<sup>92</sup>

La solución es que se impone la carga económica de tal prestación al trabajador independiente, o a su empleador en el caso de existir relación de dependencia con el paciente y le otorga expresamente acción de repetición de tales costos al Administrador Aeroportuario.

La simplificación de la norma, libera a todo usuario y explotador aéreo de la contratación de un sistema propio de atención médica de emergencia que sólo estará obligado a asumir los costos.

Una primera jurisprudencia de los tribunales argentinos, concordante con la solución reglamentaria, fue en un caso fallado por la Cámara Nacional Comercial de la Capital Federal, Sala D,<sup>93</sup> donde se determinó respecto de un pasajero que recién había abordado la aeronave, que sufre un infarto y muere, que el mismo no se había producido en virtud de un “accidente”, sino que provenía de una dolencia propia no relacionada con la utilización de la aeronave, y por lo tanto no se condenaba a la aerolínea en virtud de la ejecución del contrato de transporte aéreo. No se fundó la indemnización otorgada en normas de derecho aeronáutico, pero aquí lo importante de este fallo en relación al tema en estudio, en tanto sí se condena a Aerolíneas Argentinas, por no haber dado el aviso de auxilio médico a la Jefatura del Aeropuerto, a quien reconoce como única autoridad responsable, sino que el piloto lo hizo al servicio médico de guardia de la aerolínea quien

89 VASSALLO, Carlos María, “Transporte Aerocomercial. Atención Médica a Bordo” en Revista La Ley del 13 de junio de 2008, Buenos Aires.

90 Art. 2°, Resolución 18/08.

91 Art. 10°, Resolución 18/08.

92 Considerando párrafo 19 y siguientes, Resolución ORSNA18/08.

93 “Baronetti de Gorosito Raquel c/ Fuerza Aérea Argentina y otros”. CNCom. 22/05/2008. La Ley 22/09/08.

no contaba con los elementos para la urgencia. Entendieron los jueces que el aviso al sistema médico del aeropuerto podría haber dado una oportunidad de vida al pasajero.

Queda sellado entonces, también jurisprudencialmente, que el único servicio médico obligatorio en el aeropuerto será el organizado por el Administrador a cargo del mismo.

## **X. EL PROFESIONAL MÉDICO Y SU INTERVENCIÓN EN LA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES.**

En los últimos años se ve una importante declinación en accidentes aéreos y en el registro de víctimas con lesiones o fallecidas debido a las tareas de prevención.

Todos los accidentes son una concatenación de factores causales de distintos grados de importancia, y el porcentaje mayor sigue correspondiendo a las fallas humanas. Por ello el tema de la investigación médica del accidente aéreo es de gran relevancia, y por ello le dedicaremos este apartado.

Toda investigación de accidentes exige un muy detallado y riguroso trabajo en equipo de la Junta de Investigaciones, en Argentina la JIAAC<sup>94</sup>, cuya responsabilidad deviene del decreto 934/70 en especial ver art. 13. y del Código Aeronáutico<sup>95</sup>.

En materia estadística es una constante histórica que el mayor porcentaje de accidentes aéreos ocurren en un aeropuerto o en un radio no mayor a 10 km de éstos, con lo cual la presencia médica en las operaciones SAR<sup>96</sup> es de gran relevancia tanto en el manejo y derivación de los heridos como en certificar las defunciones.

Pero la tarea de mayor importancia será la de investigar las causas pormenorizadas de los decesos por el "médico investigador"<sup>97</sup> que es el competente en todos los aspectos de factores humanos involucrados en el desarrollo del accidente y se encuentra entrenado para actuar en todo el proceso preventivo, tal la elaboración de un plan detallado, programas de formación para el suceso, mantener al día los útiles, como para la tarea de campo en el lugar del siniestro.

Seguir un plan detallado de investigación<sup>98</sup>, mantener los procedimientos activos y actualizados, pese a la ausencia de siniestros, será contar con capacitación, simulacros y en depósito los elementos de recolección de muestras biológicas y humanas.

En la evaluación del accidente el médico investigador asume un rol primordial en cuanto experto en medicina aeronáutica y factores humanos con un papel bien definido en el equipo investigador tal como: recopilar información en el escenario del accidente, del estado de los restos de las víctimas mortales, declaración de sobrevivientes, historia médica y antecedentes médicos de las víctimas etc.

En la elaboración del informe preliminar, indicará los factores humanos, - personales, fisiológicos, psicológicos, sicosociales, ambientales- que podrían haber sido causa

---

94 RAAC Parte 13.3 Autoridad de Aplicación: Junta de Investigaciones de Accidentes de Aviación Civil.

95 Cod. Aeron Título 9.

96 Save and Rescue

97 RAAC 13.29 Titular de licencia de Accidentes o incidentes graves.

98 RAAC Parte 13 Subparte B Organización de la Investigación de Accidentes.

fundamental o accesoria del accidente, cuáles las lesiones mortales y si pudo haber sobrevivientes.

En cuanto a la supervivencia al impacto, se trata de dilucidar que pasó en la secuencia del choque mediante el análisis de los restos de la aeronave, y las características de los restos mortales – quemados, ahogados, mutilados, etc.- para la evaluación final del accidente. Si hubiere habido sobrevivientes las causas por las cuales salvaron sus vidas y, si no los hubo, qué impidió que se salvaran –

Tal el caso ocurrido en julio de 1973 por el Boeing 707 de VARIG que ya en maniobras de aproximación al aeropuerto de Orly, la tripulación fue advertida por las alarmas que identificaban la presencia de un incendio a bordo, y pese a que se realizaron los procedimientos para esa emergencia intentando localizar el origen del humo no se lo logró y el pasaje fue presa del pánico y el humo tóxico afectó gravemente la posibilidad a los pasajeros de continuar respirando. El humo también invade la cabina de mando y ante esa situación límite el Comandante da Silva decidió un aterrizaje de emergencia fuera de pista y a sólo 5 km de su cabecera. La tripulación técnica logró salir por la puerta delantera, no así los pasajeros que, salvo un solo sobreviviente, habían fallecido por asfixia. El resultado de este accidente fue de 123 muertos y 11 sobrevivientes.

Del análisis de restos y cadáveres, de las autopsias<sup>99</sup> resultó que los pasajeros habrían sobrevivido al impacto pero no al humo.

El análisis de los aspectos humanos envueltos en el desencadenamiento de los acontecimientos que conducen a un accidente aéreo son de extrema importancia y definitivos para precisar patogénicamente los mecanismos bio-mecánicos de producción.

El proceso de investigación de un accidente aéreo varía enormemente de un tipo a otro de accidente, pero los procedimientos recopilación de información, interpretación de la misma, entrevistas, aspectos operacionales y de coordinación son una constante a tener en cuenta y que se muestran indispensables para el posterior análisis, evaluación y conclusiones que puedan establecerse.

El médico investigador estudiará la supervivencia al impacto, y se detendrá en la fuerza de desaceleración tolerable fisiológicamente, un volumen de cabina ocupable y compatible con la integridad física de los ocupantes, la no existencia de explosión o de un ambiente letal post-accidente.

Ya en el informe final, el médico aportará la información general y datos y antecedentes personales y médicos de las víctimas, datos referentes a los equipos de soporte de vida, al escape de la aeronave, al impacto, datos de sobrevivientes, ubicación de los cuerpos de las víctimas, autopsia y análisis de restos y muestras biológicas, y finalmente causas de fallecimiento o lesiones y factores de supervivencia.

Cada accidente responde a unas peculiaridades y características que pueden ser específicas y particulares del mismo, es por ello que la experiencia acumulada procedente de la investigación y participación médica "in situ" se muestra como un factor

---

<sup>99</sup> RAAC 13.27 Autopsias.

de extraordinario valor en la investigación de futuros accidentes. El trabajo en equipo se señala como elemento fundamental en la investigación

### **XI. EL TRANSPORTE DE CADÁVERES EN FÉRETROS Y CENIZAS HUMANAS.**

El transporte de restos humanos, en forma de ataúdes o cenizas se ha hecho hasta el momento instrumentado en un contrato de transporte aéreo en la modalidad de carga aérea, AWB. Conforme ello se ha trasladado en bodega, sin importar el tamaño de la carga, y conforme manuales operativos de carga debe ir con el embalaje y documentación exigida por el país de destino.

Este procedimiento operativo adoptado por las Cías. Aéreas está de acuerdo a las normas IATA Airport Handling Manual AHM 333 que en su parte específica "Handling of Human Remains" lo encuadra como carga aérea y nunca como equipaje, diciendo: "...los restos cremados deberán ser enviados en urna funeraria que se amortigüe de modo eficiente por un embalaje adecuado, contra rotura".

No quedan dudas sobre este criterio de la IATA, en tanto en la misma normativa AHM 333, agrega: "...no hay ninguna razón científica o técnica para que los restos humanos (HUM) o animales vivos (AVI) deban ser separados en compartimientos de carga de la aeronave. Sin embargo, puede, por ser ético, que por razones culturales sean segregados."

Ahora bien, la incineración de restos humanos va en aumento, así que la situación de transportar por avión cenizas de difuntos ha dejado de ser anecdótica, disimulada y no declarada a la tripulación, pues los pasajeros desean llevarse consigo las cenizas de alguien querido a su país de origen.

Casi todas las compañías aéreas permiten transportar cenizas de difuntos como equipaje de mano, bajo ciertas normas de embalaje, en urna funeraria no metálica, para evitar problemas de controles, y siempre que vaya debidamente cubierta y disimulada y con un empaquetado anti rotura. Hay que tener en cuenta que el resto del pasaje pudiera sentirse incómodo si sabe que se viaja con cenizas de un difunto.

En las Compañías low cost como Ryanair el transporte de urna funeraria está permitido, sin costo adicional, pero sólo como pieza única. Iberia permite transportar las cenizas o restos humanos incinerados como equipaje de mano, en una urna funeraria apropiada, entendiéndose por tal debidamente cubierta y disimulada, y con un empaquetado anti-rotura.

Por otra parte, a nivel nacional, Aerolíneas Argentinas y Austral aceptan el transporte de restos humanos cremados (cenizas), en una urna funeraria, que el pasajero deberá llevar dentro del equipaje de mano, requiriendo en vuelos de cabotaje certificado de defunción y de cremación.

Las urnas y su documentación podrán ser controladas por las Autoridades Aeroportuarias de embarque y destino, por razones policiales y correrá por la responsabilidad de cada pasajero, los inconvenientes que pudiere tener ante la similitud de consistencia con ciertos estupefacientes cuyo transporte se encuentra prohibido. En los vuelos internacionales además de estos certificados, se tramitará el Certificado de Embarque expedido por la Oficina de Sanidad de Frontera de los Aeropuertos, Ezeiza tiene ese servicio disponible, y

en algunos casos se requerirá autorización del Consulado del país de destino / tránsito.

Haremos unas breves consideraciones jurídicas, respecto a la caracterización del contrato que amparará este transporte.

Una tendencia que se está generalizando en los últimos años es que las aerolíneas admitan, conforme sus regulaciones, que los pasajeros transporten cenizas humanas en su equipaje no registrado o de mano. Esta conducta cambia en principio la modalidad contractual que pasaría a ser del habitual contrato de carga aérea al de equipajes, cuya naturaleza es accesoria al de pasajeros.

No obstante, a poco que analicemos este concepto resultará que el transporte de restos humanos no está comprendido en el concepto de equipaje.

El equipaje "está constituido por los artículos o efectos y otra propiedad personal de un pasajero que sean necesarios o apropiados para vestimenta, uso, comodidad o conveniencia en relación con el viaje." art 1° definiciones Reso 1532/98 Anexo 1.

El concepto de cargas aéreas "significa cosas a ser transportadas en una aeronave, excepto correo o equipaje amparado por un billete de pasaje y control de equipaje, incluye transporte de equipaje documentado en una guía aérea o registro de embarque." (definiciones art. 1 Reso 1532/98 Anexo 2, Cargas).

En tanto la Resolución Argentina 1532/98, en vigencia pese a su antigüedad, refiere en el art. 3 d) del Anexo 2 y bajo el título "cargas solamente aceptables bajo condiciones especiales" se encuentra enunciado los "restos humanos".

La diferente calificación importa una diferencia en los ingresos para la transportadora aérea, pues en tanto en el despacho de carga se factura un flete y se emite una guía de carga, el equipaje de mano entra dentro de la franquicia por la cual no se le cobra al pax.

Las normas sobre responsabilidad del transportador también son diferentes en los dos tipos de contratos, pues en tanto en el de carga la responsabilidad es objetiva y limitada (cabotaje 2 arg oro por kg) y en (internacional DEG 19) siendo transportado como equipaje de mano la responsabilidad es del pasajero que mantiene la custodia y a todo evento la responsabilidad estará limitada a 332 DEG.

Pese a la nueva modalidad que adoptan las transportadoras, toda la normativa nacional e internacional ampara el transporte de urnas con cenizas funerarias bajo la modalidad contractual de carga aérea.

A modo de conclusión, y como no se puede ir en contra de la nueva modalidad, entendemos que este conflicto normativo que se provoca se resuelve mediante el dictado de las "regulaciones del transportador", dado que la norma IATA es sólo una Práctica Recomendada, y las transportadoras podrán apartarse o dejarlas de lado siempre que no fueren contra la normativa de los Estados Parte en el transporte.

Por ello ante la posibilidad de transportes sucesivos o con códigos compartidos el primer transportador deberá indicar claramente a los pasajeros respecto de las regulaciones de todas las aerolíneas intervinientes hasta su llegada a destino final, evitando situaciones

muy enojosas en las conexiones.

En definitiva, las aerolíneas que prevean como alternativo el transporte de cenizas humanas como “equipaje de mano”, lo deberán hacer amparando ese transporte en una regulación específica y publicada como condiciones especiales del transportador en su sitio web, las que se presume conocerán al momento de la emisión de sus e-tkts.

### **CONCLUSIONES.**

- 1- El valor seguridad impone estrictas normas médicas para la habilitación de los pilotos como del personal de vuelo que presta servicios en cabina de pasajeros.
  - 2- Son relevantes las normas sobre postas y descansos de las tripulaciones, pues hacen a evitar la fatiga de vuelo, y evitar errores en decisiones que atentan a la seguridad operacional.
  - 3- Los pasajeros serán asistidos en primeros auxilios por la tripulación de cabina, entrenada y habilitada al efecto, contando con la aparatología autorizada para uso por tripulantes o médico a bordo.
  - 4- El servicio médico de la aerolínea tendrá entre sus múltiples funciones analizar los MEDIF de los pasajeros con reservas condicionales por casos médicos, analizar las enfermedades laborales del personal de vuelo y decidir sobre conducta posterior.
  - 5- El transporte de carga médica, es tema de especial reglamentación para el cumplimiento del traslado en tiempo y condiciones.
  - 6- El “médico investigador” ha sido una especialidad o idoneidad adquirida para contribuir técnicamente con los informes finales de las causas de accidentes de aviación y evitar su repetición.
-