



SI LA NTSB HABLARA DEL ACCIDENTE DE SPANAIR...

Demasiados antecedentes como para apuntar su casualidad causal

AVIACIÓN DIGITAL

Guadalajara, SP, 29 de mayo de 2014.- La NTSB estuvo presente en la investigación del accidente de Spanair. El porqué no se hicieron públicas sus conclusiones, es un misterio que tiene alguna que otra explicación "lógica", pero no confesable. La explicación más sencilla es que bajo ningún concepto se podía permitir que la organización más reputada en la investigación de accidentes en el mundo se pronunciara de forma oficial sobre lo que sus técnicos detectaron sobre el terreno en España. Pero existieron al menos 2 accidentes anteriores de MD82 y Boeing727 (1987 y 1988) en los que si intervino directamente la NTSB, y un incidente en España de un MD83 en Lanzarote, directamente analizado por la CIAIAC española, donde la falta de aviso del TOWS estuvo presente según el Informe Final de forma "trascendente". También hay toda una serie de incidentes registrados en ASRS, 51 hasta 2008, 13 referidos a MDs, en relación al TOWS. Pero además hubo nada menos que 365 reportes sobre la actuación de la tripulación en los que los flaps eran un factor a considerar, de los cuales 88 eran por avisos de despegue inseguro por mala configuración del flap). Algo que se materializó el 20 de agosto de 2008 en Barajas. Antecedentes por lo tanto existían de esa trágica posibilidad de fallo. **J.Carlos Lozano**, investigador de accidentes acreditado de IFALPA e investigador pericial de SEPLA del accidente del JK5022, ordenó durante su presentación en el opaco foro "Safety Granada 2014" datos objetivos entorno a esta tragedia. Esta fuente inspiradora es la que empleamos para que hoy nos centraremos en los relativos al fallo del TOWS aquel día. No deja de sorprender la densidad de datos que podían apuntar a este factor desencadenante concurrente. Una tendencia amenazante hecha realidad documentada con anterioridad.



Los datos revelados en su exposición relacionados con el TOWS, comienzan por la propia certificación de la serie MD, con origen en 1965 del fabricante McDonell-Douglas DC-9, y las series 10/20/30/40/50, hasta llegar a la serie DC-9/80 como MD80, luego MD81/82/83/87 y 88. Entonces se incorpora la tecnología digital y unos motores más silenciosos y eficientes.

La norma de certificación del MD82, el del modelo del JK5022, fue la FAR25, y se exigía la instalación del sistema de alerta de configuración para el despegue denominado acrónicamente TOWS. Se consideraba al TOWS como un sistema de apoyo a las listas de chequeo (back up) y no como un sistema esencial, lo que obligaría en este último caso, a que un fallo individual no dejara inoperativo el sistema (lo que se denomina "redundancia del sistema").

El MD82 que hacía el vuelo JK5022 tenía por tanto el sistema TOWS instalado, pero no se había diseñado como un sistema "esencial" por lo que podría quedar inhabilitado por un fallo simple, desvela Lozano, y esto es lo que sucedió. Y por esto, al no ser un sistema esencial y por tanto redundante no se exigía que éste avisara específicamente a la tripulación.

EL TOWS avisa de una configuración incorrecta para el despegue, con varios tipos de avisos (Frenos, Flaps, Slat, Spoilers, Estabilizador, Frenado automático o despliegue auto spoiler). El relé R2-5 permite o impide el paso de corriente eléctrica entre por ejemplo la sonda RAT que detecta la temperatura, y el TOWS en este avión.

El 20 de agosto de 2008 la sonda RAT está caliente a pesar de que el avión está en tierra, y durante el despegue no se produce aviso alguno a la tripulación de la incorrecta configuración para el despegue del sistema TOWS. El R2-5 había sido "inhabilitado".

En el accidente del MD82 de Detroit en 1987, la NTSB determinó como causa probable que hubo un fallo de la tripulación de vuelo en el uso de la lista de comprobación de taxi, señalaba Lozano, para que los flaps y slats se aseguraran de que estaban correctamente configurados para el despegue. Pero también señala la NTSB como factor contribuyente la falta de energía que sufrió el TOWS, por lo que la tripulación no fue advertida de esa inadecuada configuración.

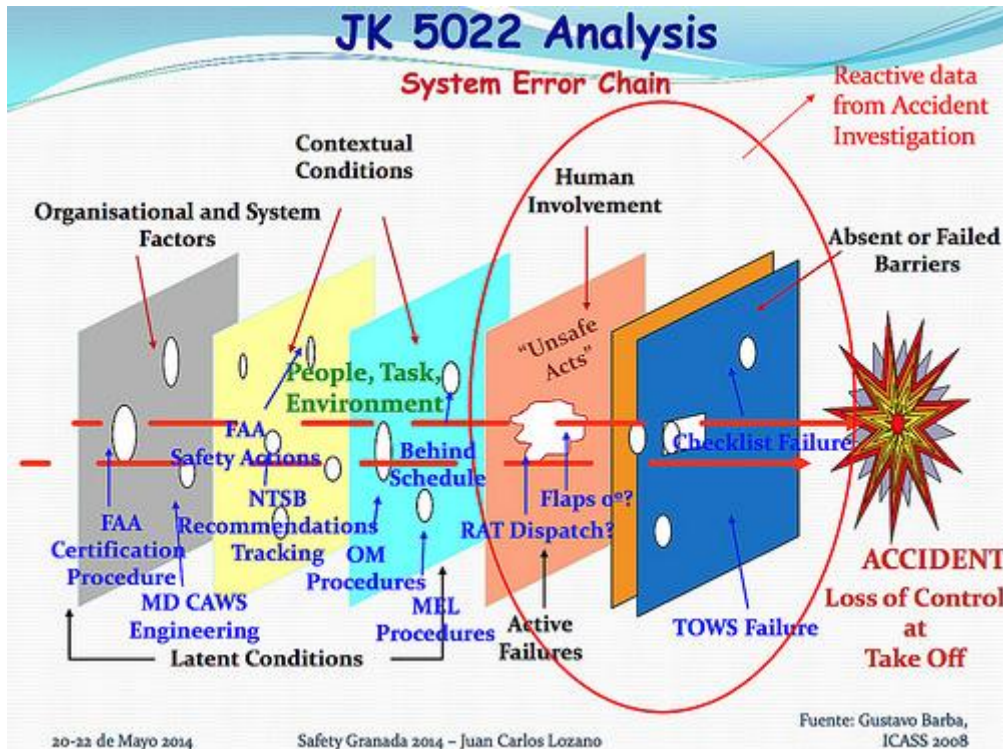
En el accidente del B727 en Dallas en 1988, también la NTSB determinó como causa probable por una parte la inadecuada disciplina en la cabina de vuelo del comandante y el copiloto, que desembocó en un intento de despegue sin los flaps y los slats en correcta configuración, así como el fallo del TOWS para alertar a la tripulación.

Tras estos dos accidentes la NTSB hizo recomendaciones, y se acometieron acciones correctoras. Acciones correctoras que no llegaron a España. Se requirieron cambios en el diseño del TOWS, como la instalación de avisos (luminosos) en cabina en caso de fallo del sistema TOWS. Pero estas acciones no se aplican a aviones certificados con anterioridad. Además McDonnell-Douglas envió un fax a los operadores recordándoles la importancia de probar el sistema TOWS antes del despegue, pero no se modificó el Manual de Vuelo del avión.



Rosa Arnaldo, presidenta de la Comisión de Investigación de Accidentes e Incidentes de Aviación Civil de España, en su comparecencia el día que se hizo público el Informe Final del accidente del vuelo JK5055. Arnaldo sigue siendo presidenta de la CIAIAC a día de hoy.

Pero acercándonos en los directos antecedentes del accidente, en España en 2007, se produjo un incidente en Lanzarote con un MD83, tan sólo un año antes del accidente del JK5022. En él la investigación concluyó que se había producido el incidente por falta de disciplina de la tripulación en falta de cumplimiento de los procedimientos de operación estándar y en concreto de las listas de comprobación. Pero es que además se constató que no se produjo ningún aviso TOWS durante la carrera de despegue por que el disyuntor K-33 (Left Ground control relay) que precisamente contrala el sistema en sistema de sensación de tierra/vuelo estaba abierto, y en esas condiciones la información que recibía el TOWS, como el resto de equipos del sistema izquierdo de sensación tierra/vuelo, era que la aeronave se encontraba en vuelo, por lo que el TOWS no se activó. Es decir se determinó con una precisión meridiana, y se le notificó además por el Director de Operaciones de la compañía MAPJET, Mr.Hupstet directamente a la autoridad española este prácticamente calcado incidente, que luego, un año después, se materializó como accidente. La balanza trágicamente de desequilibró hacia la tragedia en Madrid, debido a factores específicos tales como la altura del aeropuerto de Madrid-Barajas, la temperatura exterior en el momento del despegue o el MTOW de la aeronave. Pero en el antecedente del Lanzarote ya concurría la amenaza del factor del fallo del indicador TOWS a la tripulación. Ya había sido detectado por las autoridades españolas.



Análisis de las distintas barreras de seguridad traspasadas hasta la materialización del accidente del vuelo JK5022, según el modelo de Reason, utilizada en la presentación de J.C.Lozano en Safety Granada, que utiliza como fuente original ICASS2008 del piloto Gustavo Barba. En el esquema podemos ver la complejidad de causas interactuantes en este accidente aéreo.

Tremenda resulta lo contradictorias y faltas de profundidad de las Conclusiones del Informe de la CIAIAC y los peritos judiciales. Resultan tremendas porque las de los peritos evitarían un nuevo accidente, y las de la CIAIAC no. Cuando en sus conclusiones la CIAIAC dice que no se ha podido determinar la causa del fallo del TOWS, algo esencial para evitar que se vuelva a reproducir dicho fallo. Fundamentalmente y casi exclusivamente se cargan las tintas en los errores de la tripulación de forma exclusiva prácticamente, con lo que el conjunto de los fallos que produjeron el accidente no tienen un reflejo en las RECOMENDACIONES.

Por su parte los peritos que intervinieron judicialmente, sin hurtar el fallo o error de la tripulación, a la misma altura de nivel señalan el fallo tanto del sistema TOWS, así como de su diseño, en el sentido de que "admite fallos que son incompatibles con la naturaleza del mismo", señalaba Lozano. También apunta el despacho de vuelo incorrecto desde el punto de vista de Mantenimiento, y que la Documentación de Mantenimiento induce a error.

Finalmente J.C.Lozano llega a unas conclusiones relativas a que las defensas no siempre son capaces de contener los efectos del error humano, pero también señala la falta de aprendizaje de eventos pasados, así como la falta de medidas tomadas tras accidentes/incidentes del pasado, y algo, quizás lo más inquietante de sus conclusiones, como es que la investigación técnica se vio afectada por intereses ajenos a la investigación. Inquietante y peligrosa de cara al futuro esta última conclusión.