
La conducción de vehículos y el consumo de fármacos. La situación normativa en España dentro del marco de la Unión Europea y su perspectiva de futuro

J.C. González Luque

Médico asesor técnico. Subdirección General de Investigación y Formación Vial. Dirección General de Tráfico. Ministerio de Justicia e Interior, Madrid.

La conducción de vehículos y el consumo de fármacos: ¿un problema de magnitud relativa?

La conducción bajo la influencia de sustancias distintas al alcohol es un factor de riesgo de accidente de tráfico, cuya magnitud real es desconocida. Probablemente, de entre toda la abundancia de estudios epidemiológicos realizados al respecto, sólo dos hechos presentan el suficiente consenso:

1. En los países miembros de la Unión Europea, se estima que en torno al 10% de los conductores circulan bajo la influencia de sustancias terapéuticas¹.

2. El riesgo de estar implicado en un accidente de tráfico puede ser el doble en este grupo de conductores respecto a los que circulan sin el efecto de medicamentos.

En España, diversos estudios permiten estimar que en torno al 1 y 2% de los conductores de vehículos son consumidores habituales de medicamentos tales como barbitúricos, benzodiazepinas, neurolépticos, antihistamínicos y analgésicos². En conductores implicados en accidentes de tráfico, en un trabajo efectuado en 1992 por el Instituto Nacional de Toxicología³, las sustancias más frecuentemente halladas fueron las benzodiazepinas y los anti-depresivos, presentes en aproximadamente el 5% de los conductores fallecidos en accidente de tráfico.

Casi resulta un tópico presentar el consumo de medicamentos como un problema vial de magnitud relativa menor. Sin embargo, este factor accidentogénico se encuentra incluido dentro de objetivos elementales en seguridad

vial, al estar englobado en una "estrategia de salud pública" en la prevención de accidentes de tráfico. En definitiva, se pretenden promover hábitos de salud vial y tomar conciencia del accidente de tráfico como un problema de salud y no como un hecho de azar fatal.

La situación normativa y jurídica en España de la conducción de vehículos tras el consumo de fármacos

La ordenación del tráfico en nuestro país tiene su punto de partida en la aprobación del Código de la Circulación en 1934, que constituye un elemento básico en el ordenamiento jurídico de la circulación de vehículos que entonces comenzaba a experimentar un enorme crecimiento. Sin embargo, con la intención de que la actuación administrativa abandonara su planteamiento puramente policial y se convirtiera en una actuación que impulsara la seguridad y la prevención del accidente de circulación, se aprobó, en julio de 1989, la Ley de Bases sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial⁴. En su Base Octava, esta nueva Ley ya establece que "la ingestión de sustancias que perturben o disminuyan las facultades psicofísicas del conductor" tendrán la consideración de infracciones graves.

El desarrollo posterior de esta Ley de Bases pasa, en primer lugar, por la aprobación del texto articulado de la citada Ley⁵ y a continuación por la aprobación del Reglamento General de Circulación⁶, que contiene en su capítulo V las Normas sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas. El capítulo 27 establece que "no podrá circular por las vías objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, el conductor que

haya ingerido o incorporado a su organismo drogas tóxicas o estupefacientes, o se encuentre bajo los efectos de medicamentos u otras sustancias que alteren el estado físico o mental apropiado para hacerlo sin peligro". Además, el capítulo 28 expone que las pruebas para la detección de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas consistirán normalmente en el reconocimiento médico del sujeto y en las determinaciones analíticas que el profesional facultativo –forense o personal del centro médico a donde se haya trasladado al conductor– estime conveniente. Así mismo, la citada norma obliga al sometimiento a estas pruebas a todos aquellos usuarios de la vía implicados en algún accidente, quienes conduzcan con síntomas evidentes de hacerlo bajo influencia de sustancias, quienes cometan alguna infracción normativa o quienes sean requeridos por razones preventivas en un control de tráfico. Es decir, se equipara esta situación a la contemplada en los artículos 21, 23, 24 y 25 del mismo Reglamento, para el caso de las bebidas alcohólicas.

Al considerarse como infracción grave, la conducción bajo los efectos de un medicamento puede suponer una multa de hasta 50.000 ptas. y la suspensión del permiso de conducción de hasta 3 meses.

Por su parte, el Código Penal, aprobado en 1995 y que entró en vigor en 1996, establece en los artículos 379 a 385 del capítulo V las penas y multas derivadas de la conducción de vehículos a motor o ciclomotores bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o bebidas alcohólicas. Las multas establecidas van de los 3 a 12 meses (de 200 a 50.000 ptas. por día), la retirada del permiso de conducción puede ser de hasta 10 años y la prisión puede ser de hasta 4 años.

Independientemente del aspecto sancionador sobre la conducción de vehículos bajo el efecto de fármacos, nuestro país tiene un desarrollo normativo de los requisitos que deben poseer los conductores de vehículos para la obtención o revisión del permiso o licencia de conducción. En la actualidad, el Real Decreto 2272/1985 de 4 de Diciembre⁷ determina las aptitudes psicofísicas que deben poseer los conductores de vehículos. En su anexo I (enfermedades y deficiencias) no se hace referencia expresa al uso de medicamentos, sino sólo a la dependencia a sustancias; en el anexo 2 se establecen las aptitudes psicomotoras (ve-

locidad de anticipación y coordinación bimanual visomotriz)^a.

El marco de la Unión Europea

En cuanto a la situación actual del consumo de fármacos en la relación a la conducción de vehículos dentro del marco de la Unión Europea se observan algunas diferencias entre los distintos países. Dinamarca, Suecia y Finlandia son, probablemente, los impulsores de una normativa especialmente sensible al consumo de medicamentos durante la conducción de vehículos. En estos países, existe una lista oficial de medicamentos especialmente peligrosos para la conducción, está contemplada la posibilidad de extracción de muestras biológicas, en especial cuando la alcoholemia resulta negativa y existe información específica al consumidor en el mismo envase del producto sobre las interferencias en la capacidad de conducción originadas por éste.

En 1988, el Gobierno holandés encargó al Instituto de Drogas, Conducta y Seguridad, de la Universidad de Limburg (actualmente Instituto de Psicofarmacología Humana) la creación de un sistema de categorización de sustancias psicoactivas que permitiera el uso de las mismas por el profesional sanitario y por el propio sujeto teniendo presente su interferencia en la seguridad vial y en la capacidad psicomotora⁸. Para lograr este objetivo, se recogieron las opiniones de 28 destacados investigadores internacionales en el campo de la psicofarmacología quienes expresaron su parecer sobre el efecto de 225 principios activos en el comportamiento del conductor. Además, el trabajo prevé información respecto al grado de deterioro del comportamiento inducido por la sustancia, sobre el nivel de interferencia sobre la capacidad de conducir, sobre la presentación y dosificación contemplada y sobre los efectos agudos y residuales observados. En la tabla I se presentan las categorías contempladas, que proceden de las creadas por los mismos autores para el caso de los antidepresivos años atrás.

El Consejo Europeo de Ministros de Transporte⁹, en mayo de 1993, exhortó a los países miembros a mejorar la información al conduc-

^aEn el caso de permisos profesionales, además se determinan los tiempos de reacciones múltiples y la atención concentrada y resistencia vigilante a la monotonía.

TABLA I
SISTEMA PROPUESTO DE CATEGORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS SEGÚN EL EFECTO
ADVERSO SOBRE LA CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN*

Categoría	Definición	Ejemplos**
I	Improbable producción de efectos adversos sobre la capacidad de conducción: existe repetida evidencia experimental de la inexistencia de alteraciones en la capacidad de conducción o relacionada con la conducción de vehículos	Astemizol 10 mg Buspirona 5 mg Loratidina 10 mg Terfenadina 60 mg
II ₁	Posible producción de leves efectos adversos sobre la capacidad de conducción: ha sido demostrada experimentalmente alguna alteración en la capacidad de conducción o relacionada con la conducción de vehículos	
II ₂	Posible producción de moderados efectos adversos sobre la capacidad de conducción: ha sido varias veces demostrada experimentalmente una alteración en la capacidad de conducción o relacionada con la conducción de vehículos	Clordiazepóxido 5 mg Clordiazepóxido 10 mg Cloracepato 5 mg Oxazepam 10 mg Oxazepam 20 mg
III	Frecuente producción de graves efectos adversos sobre la capacidad de conducción: existe repetida evidencia experimental de la existencia de graves alteraciones en la capacidad de conducción o relacionada con la conducción de vehículos	Amitriptilina 25 mg Bromazepam 12 mg Diazepam 10 mg Lorazepam 1 mg Prometazina 25 mg Triprolidina 2,5 mg

Nota: existe una subcategoría opcional aplicable a cualquier categoría, cuando no existe evidencia experimental que permita la clasificación de la sustancia, y deba hacerse ésta en función del perfil de sus efectos farmacológicos. Debe señalarse con un asterisco (*) a continuación de la categoría a la que se estima pertenece la sustancia.

*Tomados de Wolschrijn et al⁸; **fármacos sobre los que coinciden seis o más expertos y un 15% o menos discrepan, entre los participantes en el estudio origen de la tabla. No existió consenso para incluir ningún fármaco en la categoría II₁.

tor de los efectos perjudiciales de ciertos medicamentos, en especial unidos al consumo de alcohol, a desarrollar estudios de investigación al respecto e intervenciones debidamente coordinadas y a promover el uso de pictogramas y símbolos específicos de advertencia en el envase de los medicamentos que probablemente puedan afectar la capacidad de conducción de vehículos, y particularmente si se asocian a alcohol.

En la misma línea existen recomendaciones de otros organismos internacionales, tales como la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa¹⁰ o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)¹¹, sobre la adopción de medidas preventivas sobre el uso de medicamentos y alcohol en la conducción.

En España, las normas sobre etiquetado y prospecto de los medicamentos se encuentran

recogidas en el Real Decreto 2236/93 de 17 de diciembre¹², que viene a recoger la Directiva 92/27/CEE del Consejo de las Comunidades Europeas sobre el etiquetado y prospecto de los medicamentos de uso humano¹³. Esta Directiva, que regula la redacción del prospecto en conformidad con las bases del Sumario de Características del Producto (Directiva 65/65 CEE), establece los epígrafes que debe incluir cualquier medicamento comercializado, uno de los cuales debe mencionar los posibles efectos del tratamiento sobre la capacidad para conducir. Dentro del apartado sobre los efectos en la capacidad para la conducción y el uso de maquinaria, se contemplan tres categorías:

1. Presuntamente seguro o improbablemente productor de efecto en la capacidad para la conducción y el uso de maquinaria.

2. Probablemente produce efectos menores o moderados en la capacidad para la conducción y el uso de maquinaria.

3. Probablemente produce efectos graves o se estima que puede ser peligroso para la capacidad de conducción y el uso de maquinaria.

La Directiva y el Real Decreto que la trasponen en nuestro país abren el camino para conseguir una adecuada información al paciente, con posibilidad de incluir símbolos que adviertan precaución a la hora de conducir. De hecho, algunos países escandinavos (Dinamarca o Suecia) y Holanda han venido utilizando elementos pictográficos que previenen al consumidor de la interferencia del medicamento en la conducción, si bien no está plenamente demostrada la eficacia de esta actuación en la evitación de los comportamientos de conducción bajo influencia de medicamentos.

En marzo de 1995, un grupo de expertos independientes de varios países europeos (Alemania, Dinamarca, España, Francia, Reino Unido, Holanda, Suecia e Italia), reunidos como asesores del Grupo de Expertos sobre Alcohol y Drogas de la Dirección General de Transportes de la Comisión de las Comunidades Europeas (DG VII), discutieron los aspectos relacionados con el consumo de otras sustancias además del alcohol y la seguridad vial. Las recomendaciones finales de este Grupo de Expertos¹⁴, en lo que respecta a las sustancias lícitas, se agrupan en tres apartados que se reproducen en la tabla II.

La Directiva 91/439 del Consejo de las Comunidades Europeas sobre el permiso de conducción¹⁵, que entró en vigor el primero de ju-

lio de 1996, en su anexo III (Normas mínimas relativas a la aptitud física y mental para la conducción de vehículos a motor), establece la prohibición de expedir o renovar el permiso de conducción a quien se encuentre en situación de "dependencia" o de "abuso regular" de sustancias psicotrópicas, y a quien "consume habitualmente" sustancias psicotrópicas, medicamentos o combinación de medicamentos "si la cantidad absorbida influye de manera negativa en la conducción de vehículos".

En general todos los países con un desarrollo vial elevado han tomado conciencia de la importancia del estado psicofísico del conductor tras el consumo de determinadas sustancias. Además de la Unión Europea, en Australia y en los EE.UU. existen multitud de conferencias de consenso al respecto, con implicación directa de las autoridades respectivas^{16,17}. El intento de armonizar las investigaciones y las políticas al respecto, ya fue expuesto en 1981 por el grupo de trabajo sustentado por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas norteamericano, como parte de las estrategias encaminadas al programa de "Salud para todos en el año 2000"¹⁸.

Los problemas para el cumplimiento de la normativa vigente

La situación actual del consumo de fármacos y la conducción de vehículos es fundamentalmente un problema de imposibilidad de cumplimiento de la normativa existente, por una serie de limitaciones que, básicamente, son las siguientes:

TABLA II
CONTENIDOS GENERALES DE LAS RECOMENDACIONES ELABORADAS
POR EL GRUPO DE EXPERTOS SOBRE SUSTANCIAS LÍCITAS Y SEGURIDAD VIAL
DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE TRANSPORTES DE LA COMISIÓN
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (DG VII)*

1. Recomendaciones en relación al uso de advertencias dispuestas en el envasado y prospecto del producto sobre el grado de efecto adverso del preparado en la capacidad de conducir y el intervalo de tiempo tras la toma de la dosis correspondiente en el que mantener la precaución en la conducción de vehículos
2. Recomendaciones en relación a la información a los pacientes y a los profesionales sanitarios sobre los efectos de los medicamentos en la conducción de vehículos
3. Recomendaciones sobre la promoción de estudios epidemiológicos sobre el efecto de medicamentos en la seguridad vial y sobre la inclusión de los resultados como un aspecto más de los sistemas de farmacovigilancia del país

*Tomados de De Gier¹⁴.

Limitaciones en el conocimiento de la interferencia en las capacidades para la conducción de vehículos

Dificultades conceptuales y metodológicas. No existe un concepto legal de conducción bajo la influencia de sustancias psicotrópicas. A pesar de que en la mayor parte de los Estados miembros de la Unión Europea normativamente está prohibida la conducción bajo influencia de sustancias que afecten a dicha actividad, en realidad no queda definido en absoluto el término de "influencia". Así mismo, los productos o sustancias a los que se hace referencia no siempre resultan definidos con criterios claros. Un gran número de países mencionan a los "narcóticos", "estimulantes" o "alucinógenos". En nuestro país, el Reglamento General de Circulación incorpora una terminología "legalista" y procedente del Código Penal, que permite la inclusión de prácticamente cualquier sustancia que desarrolle alguno de sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) y, por tanto, también de aquellas cuyo consumo es lícito y de uso terapéutico, tanto prescritas por un médico como dispensadas libremente (OTC).

El estado previo del sujeto es un factor asociado al efecto del medicamento sobre la capacidad de conducción que plantea ciertos interrogantes sobre la aptitud de un conductor. Si existen trastornos médicos que en determinadas circunstancias y bajo control médico son compatibles con los requisitos necesarios para obtener o revisar el permiso de conducción, parece contradictorio establecer incapacidades genéricas para la conducción en el caso de consumo habitual de medicamentos que forman parte inseparable del control de ciertos trastornos. Esta contradicción procede de la existencia de dos perspectivas sobre la aptitud psicofísica del conductor: una que considera al sujeto enfermo y otra que considera a un sujeto sano que consume medicamentos. Este mismo problema se plantea en el análisis de responsabilidad tras accidente: ¿es posible, por ejemplo, atribuir responsabilidad alguna al tratamiento antidepresivo o antiepiléptico prescrito a un conductor determinado que se ha visto implicado en un accidente de tráfico? ¿Es posible rechazar la hipótesis de que el tratamiento en realidad se comporta como un factor de protección frente al riesgo de accidente?

Además de las dificultades de concepto señaladas, existen dificultades metodológicas importantes a la hora de establecer criterios restrictivos en la conducción por el consumo

de medicamentos. Una de las mayores limitaciones de los estudios epidemiológicos en este campo es la dificultad de obtener muestras de controles. Casi todos los países europeos tienen considerables precauciones jurídicas a la hora de obtener muestras sanguíneas humanas. Este posible "hiperproteccionismo" lleva a dificultades en la obtención de muestras incluso en el caso de conductores que presentan una conducción irregular.

Dificultades para establecer correlaciones entre concentraciones sanguíneas y efectos en la capacidad de conducción. Existen una serie de factores que dificultan enormemente el establecimiento de concentraciones "peligrosas" para cada principio activo: las diferencias individuales en el metabolismo de las sustancias, las variaciones en el efecto en función de circunstancias farmacocinéticas (p. ej., el fenómeno de la histéresis), la utilización de dosis distintas y la multiplicidad de principios activos, la interferencia del consumo crónico de medicamentos, la asociación al alcohol, y muchos otros hacen verdaderamente difícil el establecimiento normativo de puntos de corte en la tasa sanguínea de cada sustancia permitida para la conducción de vehículos.

La presencia de diversas sustancias simultáneamente. A menudo el riesgo de la conducción bajo influencia de una sustancia determinada viene dado por su asociación a otras, fundamentalmente al alcohol. Se estima que en torno al 40% de los conductores que presentan valores positivos (por encima del límite legal establecido) para etanol, tienen también valores detectables de una o más drogas lícitas o ilícitas.

Limitaciones en la determinación de influencia sobre la conducción: la diferencia entre capacidad y comportamiento

A menudo no queda suficientemente clara cuál es la variable medida cuando se investiga la "capacidad" de conducción de vehículos. El deterioro de las habilidades para la conducción o la discapacidad del conductor no siempre van unidos a un comportamiento de riesgo durante la conducción. Por tanto, conviene distinguir entre capacidad y comportamiento. Desde hace 50 años algunas policías utilizan protocolos de exploración del comportamiento en la conducción y del comportamiento del conductor como parte de la valoración in situ de la in-

fluencia alcohólica. Sin embargo, con respecto a otras sustancias distintas del alcohol, sólo Suecia realiza en la actualidad pruebas de valoración de la influencia en el conductor (habitualmente diseñada para narcóticos).

Limitaciones en el cumplimiento de la norma: la detección del conductor

Cualquiera de las circunstancias en las que la normativa española prevé la investigación de la posible interferencia de sustancias psicoactivas en la capacidad del conductor supone afrontar un cúmulo de dificultades prácticas y técnicas. Aunque sólo se decida controlar aquellas sustancias de consumo más prevalente entre los conductores, y puesto que la muestra de saliva en el momento actual parece no presentar la suficiente fiabilidad, el procedimiento discriminante más apropiado —la muestra de orina— supondría tener que disponer de un sistema operativo que permitiera garantizar los protocolos de obtención, custodia y análisis de la muestra, que fuera compatible con las labores encomendadas a los agentes de la autoridad y, finalmente, que tuviera suficiente aceptación política y pública.

Por otra parte, el establecimiento de controles discriminantes de sustancias lícitas o ilícitas entre los conductores de vehículos de manera generalizada constituye una intervención muy costosa económicamente y de dudosa justificación a la vista de los resultados que puede suponer.

La obligación del médico prescriptor

La declaración por parte del médico prescriptor a las autoridades correspondientes sobre el consumo de sustancias peligrosas para la seguridad vial por su paciente no es obligatoria en ninguno de los Estados miembros de la Unión Europea. A pesar de que la mayoría de países eximen al médico de vulnerar el secreto profesional en caso de que declaren sobre un paciente en interés de la comunidad, la realidad es que es excepcional que así suceda en el caso de la conducción de vehículos.

La declaración obligatoria del propio conductor

Distintos países europeos contemplan expresamente la obligación del conductor de declarar cualquier circunstancia física o mental que padezca y de la que tenga conocimiento,

incluido el consumo de drogas o medicamentos. Sin embargo, no son habituales las medidas contra quien actúe con falsedad en este procedimiento. En Gran Bretaña, en donde dicha falsedad se considera infracción, se estima que anualmente se suspenden o revocan 18.000 permisos de conducción por no resultar sus aspirantes aptos al mismo en virtud a sus declaraciones de enfermedad. Sin embargo, son excepcionales los casos debidos al consumo de medicamentos.

Algunas de las limitaciones aquí expuestas y otras ya fueron señaladas en 1983 dentro de una reunión de consenso patrocinada por el Instituto Nacional de Drogodependencia norteamericano¹⁹.

Actuaciones de la Dirección General de Tráfico

La Dirección General de Tráfico, como organismo nacional responsable de la seguridad vial en nuestro país, ha venido desarrollando en los últimos años una serie de intervenciones y actuaciones dirigidas al problema del consumo de medicamentos y la conducción de vehículos que, básicamente, son:

1. Desarrollo normativo del articulado correspondiente a la conducción bajo influencia de psicotropos y sustancias análogas. Este articulado permite la denuncia, la investigación en caso de accidente y la prevención mediante controles de los comportamientos viales asociados a la conducción bajo influencia de sustancias distintas al alcohol.

2. Elaboración de informes técnicos que incluyen, entre otros aspectos, una revisión de la información sobre interferencia con el alcohol y con la capacidad de conducción contenida en los principios activos comercializados en 1993.

3. Financiación de proyectos de investigación e intervención en el ámbito de la atención primaria de salud.

4. Divulgación de contenidos sobre la posible interferencia del uso (y del uso no controlado) de medicamentos en la capacidad de conducción, tanto a nivel general (radio, prensa, televisión) como en soportes específicos (revistas médicas).

Conclusiones

1. Existe un insuficiente conocimiento de la magnitud del problema, así como ciertas limitaciones conceptuales.

2. Se ha realizado una relativa aproximación normativa y legislativa en los países miembros de la Unión Europea.

3. Se observa un insuficiente cumplimiento de la legislación y normativa vigente, en especial en contraposición al consumo de alcohol.

4. Es necesaria la colaboración interinstitucional entre administraciones, profesionales sanitarios e industria farmacéutica.

5. Existe una escasa intervención desde la asistencia sanitaria primaria o secundaria.

Recomendaciones

1. Los responsables de la salud pública y los de la seguridad vial en nuestro país deben realizar un esfuerzo para establecer objetivos comunes y desarrollar iniciativas e intervenciones conjuntas en el campo de la salud del conductor y la conducción de vehículos.

2. Se debe promover la investigación experimental de los efectos sobre la capacidad de conducción de distintas circunstancias perturbadoras de la salud. En el caso de los medicamentos, se debe incluir el mayor número de principios activos que sea posible o, si no, atendiendo a la prevalencia de su consumo en los conductores o al riesgo estimado de producción de accidente. En todo caso, también se deben incluir ensayos a dosis de abuso o de mal uso de la sustancia.

3. Se deben potenciar el análisis y la vigilancia epidemiológica de la accidentalidad por tráfico y de los factores de riesgo asociados a la misma.

4. Debe existir un desarrollo legislativo y normativo coordinado, en especial en el campo de vinculación del profesional sanitario en la prevención de accidentes de tráfico, en la evaluación de aptitudes para la conducción y en el ámbito de la autorización, disponibilidad y comercialización de productos farmacéuticos.

5. Se deben promover los planes de formación para los profesionales sanitarios tanto durante el período de licenciatura como en el de posgrado.

6. Es conveniente incrementar los contenidos divulgativos en grandes medios sobre el estado de salud y la conducción de vehículos. En este aspecto, y en el citado anteriormente, es recomendable la colaboración con la administración central de otras instituciones de ámbito regional y local y de iniciativas privadas.

7. En el campo de los medicamentos, se debe promover la utilización de una información

gráfica (pictograma) en el envasado del preparado comercial que advierta con claridad de los potenciales peligros para la conducción del consumo de dicho preparado.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Gier JJ. Driving licences and know use of licit or illicit drugs. Maastricht: University of Limburg, Institute for Human Psychopharmacology, 1993. Reporter N.º IHP 93-39.
2. Rams MA, Ortega A, Sancho M. Influencia del alcohol y las drogas en los accidentes de tráfico. Rev Esp Drogodepend 1993; 18: 247-252.
3. Álvarez FJ, Prada R, Del Río MC. Fármacos y conducción de vehículos. Madrid: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico, 1992.
4. Ley 18/1989, de 25 de julio, de Bases sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. BOE 178 de 27 de julio de 1989; corrección de errores en BOE 75, de 28 de marzo de 1990.
5. Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por el que se aprueba el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. BOE 63, de 14 de marzo de 1990; corrección de errores en BOE 185 de 3 de agosto de 1990.
6. Real Decreto 13/1992, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. BOE 27, de 31 de enero de 1992; corrección de errores en BOE 61 de 11 de marzo de 1992.
7. Real Decreto 2272/1985, de 4 de diciembre, por el que se determinan las aptitudes psicofísicas que deben poseer los conductores de vehículos y por el que se regulan los centros de reconocimiento destinados a verificarlas. BOE 294, de 9 de diciembre de 1985; corrección de errores en BOE 308 de 25 de diciembre de 1985.
8. Wolschrijn H, De Gier JJ, De Smet PAGM. A new categorization system for drugs affecting psychomotor performance. Maastricht: Institute for Drugs, Safety and Behavior, University of Limburg, 1991, Apr. Report N.º IGVG 91-24.
9. Resolution N.º 93/5 on Drink as a Factor in Road Accidents. ECMT/CM (93)/5/Final.
10. Resolución del Grupo de Trabajo WP-1 sobre la Seguridad de la Circulación de la Comisión Económica para Europa de la Organización de las Naciones Unidas, sobre la lucha contra el alcohol en la conducción, 1988.
11. Avances sobre el papel del alcohol y los medicamentos en los accidentes de circulación. Informe OCDE, septiembre 1978.
12. Real Decreto 2236/1993, de 17 de diciembre, por el que se regula el etiquetado y el prospecto de los medicamentos de uso humano. BOE 42, de 18 de febrero de 1994.

13. Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas del 31 de marzo de 1992 relativa al etiquetado y prospecto de los medicamentos de uso humano (92/27/CEE).
14. De Gier JJ. *Drugs other than alcohol and driving in the European Union*. Maastricht: Institute for Human Psychopharmacology, 1995 Apr. Report N.º IHP 95-54.
15. Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas del 29 de julio de 1991 relativa al permiso de conducción (91/439/CEE).
16. The Effects of Drugs (Other than Alcohol) on Road Safety. First Report Incorporating Collected Papers. Melbourne: Parliament of Victoria, Road Safety Committee, 1995 May. Report N.º 34.
17. National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). *Use of controlled substances and highway safety: a report to Congress*. Washington DC: US Department of Transportation, 1988.
18. World Health Organization. *Drugs, driving and traffic safety*. Ginebra: WHO Offset Publication, 1983; N.º 78.
19. Consensus Development Panel. Drug concentrations and driving impairment. *JAMA* 1985; 254: 2.618-2.621.

DISCUSIÓN

J.L. TABERNER: A propósito de algunos de los comentarios previos, querría manifestar que, aunque no son los únicos, los aspectos legislativos son importantes para controlar el consumo de sustancias en la conducción de vehículos. A la hora de planificar intervenciones, creo que los aspectos educativos y de consejo deben ser igualmente considerados. La *Comissió Catalana de Seguretat Vial* se manifestó partidaria de limitar la tasa reglamentaria autorizada de alcoholemia de 0,8 g/l, a la cifra de 0,5 g/l en general y, a la de 0,3 g/l para conductores de transporte escolar y conductores de mercancías. Sabemos perfectamente que la Dirección General de Tráfico está estudiando el tema, aunque todavía no se ha producido este cambio legislativo. ¿Cuál es su opinión al respecto y el punto de vista actual de la Dirección General de Tráfico?

J.C. GONZÁLEZ LUQUE: Anteriormente no se ha hecho mención expresa al tema del alcohol debido a que no estaba dentro del programa de nuestra reunión de hoy. Sin embargo, puedo asegurarle que la situación actual es realmente complicada a causa de la nada fácil armonización de criterios entre los países miembros de la Unión Europea. En la última reunión, ni siquiera se consiguió un mínimo acercamiento entre las posturas tan dispares de los diferentes países. Aunque se está estudiando la reducción del límite de alcoholemia a 0,5 g/l, hasta la fecha no hay nada establecido. De todas formas, la tasa de 0,3 g/l es actualmente la máxima autorizada para conductores de transportes de pasajeros y mercancías peligrosas.

A. MORENO: Me alegra saber que en un futuro próximo van a desaparecer estas contradicciones entre el reglamento general y la práctica habitual. Una de las conclusiones que

se podría extraer de la presente mesa redonda es que en determinadas situaciones es preferible tratar una enfermedad antes que permitir que el paciente conduzca, por ejemplo, en estado de ansiedad o con riesgo a sufrir una crisis epiléptica. Entonces, en la actualidad, una persona con diabetes o epilepsia, ¿podría obtener teóricamente el permiso de conducir siempre y cuando no declarase que está bajo tratamiento?

J.C. GONZÁLEZ LUQUE: Los centros de reconocimiento en la actualidad no pueden disponer del historial clínico del paciente, por lo que no acceden a esta información a menos que dichos datos les sean facilitados directamente por el propio paciente. Se trata de un tema delicado que todavía no ha sido resuelto en ningún país de la UE y que sólo se podría obviar mediante la obtención de la información de forma directa desde el médico que controla al paciente. En Gran Bretaña, por ejemplo, una media de 18.000 conductores anualmente son declarados no aptos para conducir en virtud de su autodeclaración. En nuestro país, además de requerirse una actualización de la normativa que data de hace casi 15 años, su futura modificación obedece a la necesidad de adaptarla a la directiva europea del año 1991.

M. REPETTO: El hecho de que pueda ser más seguro para un enfermo psiquiátrico conducir bajo tratamiento farmacológico puede llevarnos a una situación realmente paradójica. Por ello, en lugar de prohibir que un paciente condujera bajo la influencia de un medicamento, tal vez habría que exigirselo. Es decir, en el permiso de conducir de un paciente epiléptico podría especificarse la necesidad de seguir su tratamiento siempre que condujera un vehículo. Mi planteamiento va dirigido a la necesidad de encontrar un

equilibrio entre las normativas y evitar este tipo de contradicciones.

I. MARTÍNEZ MIR: Aunque mi pregunta ha sido en parte contestada por el Dr. Barturen, ¿por qué en los hospitales no determinan tasas en sangre, ya no sólo de alcohol sino también de fármacos, en los heridos o muertos por accidentes de circulación? Ello podría aportar datos para la realización de estudios epidemiológicos que, aunque fueran inicialmente de tipo descriptivo, facilitarían en el futuro el diseño de estudios más complejos.

J.C. GONZÁLEZ LUQUE: La verdad es que no lo sé. Como hipótesis se pueden barajar diferentes factores como el tema de los seguros y las responsabilidades, pero creo que ante todo se trata de un problema de coordinación y colaboración entre los diferentes servicios del hospital. Desde que se produce el accidente hasta los 30 días después, período legislado de seguimiento al accidentado, se deberían analizar todos los acontecimientos y factores asociados que pudieran aportar información sobre dicho siniestro. Sin embargo, el proceso que debe seguirse siempre queda interrumpido en uno u otro punto, lo que constituye una de las principales limitaciones a la hora de obtener infor-

mación sobre el accidentado. Además, el origen del accidente es multifactorial y, como tal, requiere la aplicación de intervenciones preventivas a distintos niveles. Mientras no se tenga clara esa idea es muy difícil que se consiga la reducción efectiva o, lo que es más importante, una reducción estable de la accidentalidad. A modo de conclusión, tampoco hay que olvidar que la mayor parte de los países de nuestro entorno están obteniendo una reducción significativa y estable de muchos de los indicadores de accidentalidad, entre ellos los relacionados con el alcohol, que no habían descendido durante 50 años. Mientras que esto está ocurriendo en muchos otros países, en España actualmente no podemos ni estimar cuál es la accidentalidad relacionada con el alcohol. Por lo tanto, en temas de seguridad vial, nos estamos separando de un grupo importante de países en la reducción de ciertos indicadores. Ello debería servir para concienciar tanto a los responsables de la administración como a los diferentes profesionales sanitarios involucrados, dado que los accidentes de circulación constituyen un tema trascendente de salud pública y con repercusiones sociales y económicas muy importantes.