

DEBATES EN DROGODEPENDENCIAS

"RESPONSABILIDAD Y CONSECUENCIAS ANTE EL VOLANTE
DEL DROGODEPENDIENTE Y DEL CONSUMIDOR OCASIONAL"



Valencia, 5 de Marzo de 2014



AJUNTAMENT DE VALENCIA
REGIDORIA DE SANITAT I COMSUM



PLAN MUNICIPAL DE
DROGODEPENDENCIAS

VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA



CSIC
CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

VII DEBATES EN DROGODEPENDENCIAS

**“Responsabilidad y consecuencias ante el volante
del drogodependiente y del consumidor ocasional”**

Prof. Dr. D. Francisco Javier Álvarez González

Catedrático de Farmacología. Departamento de Biología Celular y Farmacología.
Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

Director del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas (INEAD).
Universidad de Valladolid.

Secretario Técnico del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Valencia, 5 de Marzo de 2014



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SANITAT I CONSUM



PLA MUNICIPAL DE
DROGODEPENDÈNCIES

VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

 **CSIC**
CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

 **UISUS**
Unidad de Información e
Investigación Social y Sanitaria

institut
e histo
nedic
a cien
IHMIC

Editores:

Francisco Jesús Bueno Cañigral

Rafael Aleixandre Benavent

Juan Carlos Valderrama Zurián

Agradecimientos:

Adriana Vescan, Carmela de Andrés y Lourdes Castelló

Edita:

Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia)

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Sanidad

Ayuntamiento de Valencia

ISBN: 978-84-9089-002-8

Imprime: Martín Impresores, S.L.

Depósito legal: V-2187-2014

INDICE

Bienvenida	7
Dr. D. Rafael Alexandre Benavent Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC- Universitat de València). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (Universitat de València-CSIC).	
Presentación	9
Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia) Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD) Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Valencia	
Inaguración	13
Ilma. Sra. D^a María Teresa Soler Moreno Fiscal Delegada de Seguridad Vial de la Fiscalía Provincial de Valencia	
Ilma. Sra. D^a. Lourdes Bernal Sanchís Concejala de Sanidad. Ayuntamiento de Valencia	
Conferencia	19
“Responsabilidad y consecuencias ante el volante del drogodependiente y del consumidor ocasional”:	
Prof. Dr. D. Francisco Javier Álvarez González Catedrático de Farmacología. Departamento de Biología Celular y Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Director del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas (INEAD). Universidad de Valladolid. Secretario Técnico del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.	

Debate

69

Moderadores: **Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral**
Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Preguntas: Los asistentes

Respuestas: **Prof. Dr. D. Francisco Javier Álvarez González**
Ilma. Sra. D^a María Teresa Soler Moreno



Palau de Cerveró, situado en la Plaza de Cisneros de Valencia.



Escalera isabelina del siglo XVIII en el interior del Palau de Cerveró.

Bienvenida

Dr. D. Rafael Alexandre Benavent

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universitat de València). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (Universitat de València-CSIC).

Buenas tardes a todos y bienvenidos a este **VII Debate en Drogodependencias. “Responsabilidad y consecuencias ante el volante del drogodependiente y del consumidor ocasional”**

Quiero agradecer esta nueva iniciativa del Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD) de la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Valencia para la celebración del **VII Debate en Drogodependencias** en este Salón de Actos de la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria del Palacio de Cerveró de la Universitat de València y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Doy la bienvenida y agradezco la presencia de **Prof. Dr. D. Francisco Javier Álvarez González**, Catedrático de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Secretario Técnico del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Hospital Clínico Universitario de Valladolid; de la **Ilma. Sra. D^a María Teresa Soler Moreno**, Fiscal Delegada de Seguridad Vial de la Fiscalía Provincial de Valencia; así como del **Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**, Jefe de Servicio de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia.

La causa más importante de mortalidad en España en menores de 25 años son los accidentes de circulación. En la sociedad actual el consumo de sustancias se está generalizando cada vez más. Así tenemos consumos de forma habitual, frecuente, o diaria, que ocasionan una adicción, una drogodependencia. También hay consumos ocasionales, vinculados generalmente a las actividades de ocio. Pero tanto un modo de consumo como otro son la principal causa de mortalidad por accidente de tráfico en menores de 25 años de edad. Si bien

ambas causas tienen los mismos efectos ante al volante, no conllevan la misma implicación. Las diferencias entre drogodependencia y consumo ocasional dan lugar a responsabilidades y a consecuencias diferentes en las personas.

Estetematanaapasionanteeselmotivodeeste**VIIIDebateenDrogodependencias**, pues por culpa de las drogas se están truncando vidas en edades muy jóvenes. Los accidentes de circulación están ocasionando además un alto costo económico, bajas laborales, pérdida de estudios, invalideces, incapacidades físicas y psíquicas, etc.

En nombre de las entidades y de las personas organizadoras de estos Debates, felicito al Profesor Álvarez González porque ha sido galardonado por su trabajo con premios a nivel nacional e internacional. El último premio recibido ha sido el de la Agrupación Mutual Aseguradora (AMA) en su edición XIV de los Premios Científicos, cuyo lema en la edición 2013 fue “Sanidad y Seguridad Vial”.

El área de investigación del Profesor Álvarez González se centra en la relación entre enfermedad y aptitud para conducir, y en particular, en el estudio de la influencia de los medicamentos en la conducción. Asimismo, ha participado en un total de 79 proyectos de investigación. En este sentido cabe destacar el Proyecto Europeo DRUID, cuyo objetivo es el de profundizar en el conocimiento del problema que supone para la seguridad vial, el consumo de alcohol, drogas y medicamentos por parte de los conductores.

Seguro que el Debate de hoy va a ser muy interesante y ameno.

Buenas tardes a todos de nuevo.

Presentación

Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral

Jefe de Servicio de Drogodependencias

Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia)

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Sanidad. Ayuntamiento de Valencia

Buenas tardes a todos y bienvenidos a este **VII Debate en Drogodependencias. “Responsabilidad y consecuencias ante el volante del drogodependiente y del consumidor ocasional”**, organizado por el Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) de la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Valencia y el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero y la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universidad de Valencia – Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Como cada vez que hago la presentación de un nuevo **Debate en Drogodependencias**, recuerdo hoy a los asistentes, que éstos Debates surgieron en su día por el creciente interés profesional por las adicciones en general y por las drogodependencias en particular, y por la necesidad de encontrar un foro reducido y cómodo, donde los profesionales que están trabajando en estos temas pudiesen aportar sus experiencias laborales; así como los profesionales asistentes pudieran formarse en temas puntuales relacionados con las diferentes conductas adictivas y debatir sobre el tema elegido para cada uno de los Debates, que versan sobre asuntos de actualidad en adicciones. Espero que a lo largo de los años hayamos cubierto las expectativas de todos los profesionales asistentes a los **Debates en Drogodependencias**, así como los que no habiendo asistido hayan podido leer los mismos en las publicaciones realizadas por la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Valencia

Igualmente debo recordar que para las personas que no tengan las monografías en formato papel de los anteriores Debates, hemos traído unos cuantos ejemplares de los mismos que están a vuestra disposición en la entrada de la sala. Como sabéis los podéis consultar y descargar en formato pdf en la Base

de Datos, apartado Publicaciones del PMD del Centro de Documentación sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos “Dr. Emilio Bogani Miquel”, www.cendocbogani.org

Agradezco muy especialmente la asistencia a este Debate de la **Ilma. Sra. D^a María Teresa Soler Moreno**, Fiscal Delegada de Seguridad Vial de la Fiscalía Provincial de Valencia desde el año 2010, así como Coordinadora de Seguridad Vial, Delegada de Seguimiento de Juicios de Conformidad, y Coordinadora de una de las Secciones Penales del Ministerio Público y miembro de la Sección de Seguridad Vial desde su creación. Como podréis comprobar es una gran experta en la materia que vamos a abordar esta tarde, tiene una amplia actividad profesional sobre la misma, además de haber participado en múltiples conferencias, congresos, jornadas, etc. Es un verdadero orgullo contar con ella hoy, por eso mi agradecimiento.

Como sabéis el Diccionario de la RAE define droga como “*Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno*”. Cualquiera de estos efectos modifican los procesos mentales y el comportamiento de la personas, por lo que el consumo drogas conlleva riesgos importante en la vida cotidiana, en las actividades educativas, laborales, familiares, etc.

Una característica de la sociedad actual, es la búsqueda de una autonomía personal cada vez mayor que permita una gran libertad de movimientos de unos lugares a otros y a ser posible en corto espacio de tiempo. Todos los jóvenes desean cumplir años para poder obtener los permisos correspondientes a cada edad que les permita conducir vehículos; pues esas actividades les dan autonomía, independencia, superioridad, diferenciación de los semejantes, etc.

Pero el consumo de drogas está muy arraigado en la juventud, por lo que nos planteamos el tema de este **VII Debate en Drogodependencias “Responsabilidad y consecuencias ante el volante del drogodependiente y del consumidor ocasional”**. El tabaco, alcohol y cannabis son las sustancias que más consumen los jóvenes en España. Como todos sabéis los efectos que produce el alcohol, hace que no se sea consciente de la disminución de las facultades físicas y psíquicas, sino todo lo contrario dado el efecto estimulante en las primeras fases del consumo, que se pueden tornas en efectos depresores si se sigue consumiendo. Es por tanto conveniente que recordemos los efectos del alcohol en la conducción de vehículos:

- Dificultad para percibir el color rojo (presente en las luces de frenado, en los semáforos, en las señalizaciones de obras, etc.).
- Dificultad para acomodar la vista a la luz y a la oscuridad y sobre todo a los cambios de intensidad en la luz (circulación por autopistas, cruces de carreteras, rotondas, cambios de sentido de la marcha, túneles, puentes, etc.).
- Apreciación inexacta y equivocada de las distancias a la que están los objetos. Lo que produce dificultades para respetar las distancias de seguridad con

otros vehículos, problemas en los adelantamientos, en las entradas en las curvas, en la cercanía o lejanía de los semáforos, cruces, etc.

- Disminución del campo visual. El alcohol disminuye la visión normal del ojo humano, quedando reducido el ángulo del campo visual, por lo que se pierden los estímulos que están en los laterales, lo que plantea problemas para ver lo que sucede a los lados y en cruces de calles o carreteras. Además aumenta el tiempo de reacción, siendo esta reacción más lenta.
- Disminución de los reflejos y aumento del tiempo de reacción. Aumenta la distancia recorrida desde que el conductor percibe la señal hasta que actúa sobre los mandos del vehículo. Si se ha consumido alcohol, se está conduciendo, se ve un peligro y se frena, el vehículo recorre un 10% más de distancia, que en condiciones normales. Esos metros recorridos de más pueden producir accidentes leves o graves.
- Perturbación del sentido del equilibrio.
- Imprecisión en los movimientos
- Disminución de la resistencia física y aumento de la fatiga.
- Euforia, sentimientos de invulnerabilidad, subestimación del riesgo, sentimientos de impaciencia y agresividad y disminución de la capacidad de atención.

Todos estos efectos producidos por el alcohol, son de por si graves para la conducción, siéndolos aún más cuando se consumen además otro tipo de drogas. De todo ello hablaremos durante el Debate.

También se abordará esta tarde la Ley 6/2014, de 7 de abril, por la que se modifica el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo (BOE Núm. 85 Martes 8 de abril de 2014. Sección 1. Páginas 29508-29528).

Nuestro ponente de hoy, el Profesor Francisco Javier Álvarez González tiene una larga experiencia en todos los temas que relaciones drogas y conducción y un amplio curriculum en el que destacan, entre otros, numerosos artículos publicados en revistas extranjeras y españolas con impacto internacional, una buena parte de ellos dedicados a estudios sobre los efectos del alcohol y otras drogas sobre la conducción de vehículos, así como libros y capítulos de libro sobre esta temática. Algunos de los temas en los que ha investigado y publicado están relacionados con:

- Efectos de los medicamentos, del alcohol y del cannabis sobre la conducción de vehículos.
- Prevención de accidentes de tráfico y de los accidentes laborales relacionados con el consumo de estas drogas.

- Elaboración de protocolos de exploración médico-psicológica en la evaluación médica de conductores y en la valoración general de la aptitud para conducir.
- Conducción de vehículos en discapacitados.
- Principios que deben regir la prescripción racional de medicamentos a los pacientes conductores de vehículos.
- El consejo médico sobre seguridad vial y su papel prevención de accidentes de tráfico.
- Programa de prevención de los accidentes de tráfico en educación secundaria.
- Programa de teleformación sobre el tratamiento y prevención de las adicciones en la Red de Trastornos Adictivos del Instituto de Salud Carlos III, del que forman parte ocho Comunidades Autónomas de España.

También debo mencionar su participación como investigador principal en numerosos proyectos colaborativos nacionales y con instituciones extranjeras, entre ellas, con el National Institute on Drug Abuse-NIDA de los Estados Unidos y con la Unión Europea a través de los Proyectos Europeos DRUID (siglas de Driving Under the Influence of Dugs, Alcohol and Medicines) y Alcolock, un amplio estudio científico que evalúa la efectividad en la prevención de accidentes de dispositivos electrónicos integrados en el motor de los vehículos que detectan el aire espirado del conductor e impiden que el vehículo arranque si el conductor ha ingerido más alcohol que el que permiten los límites legales, así como proyectos que analizan la experiencia de su empleo en vehículos comerciales y en el transporte público en España y en otros países europeos.

Como ha dicho el Dr. Rafael Aleixandre anteriormente, el Prof. Álvarez González ha recibido diversos premios internacionales y nacionales, entre los que destaca el último de la Agrupación Mutual Aseguradora (AMA), por el que le felicitamos y le animamos a seguir trabajando en esta línea tan prometedora para la seguridad de los conductores.

Debido a sus amplios conocimientos sobre el tema del Debate de hoy, creo que su conferencia nos va a deleitar a todos y seguro que nos permitirán hacer un amplio debate tras finalizar su exposición.

Muchas gracias a todos por vuestra asistencia.

Inauguración

Ilma. Sra. D^a María Teresa Soler Moreno

Fiscal Delegada de Seguridad Vial de la Fiscalía Provincial de Valencia

Agradezco al Ayuntamiento de Valencia y a la Universidad de Valencia la invitación a participar en este **VII Debate en Drogodependencias. “Responsabilidad y consecuencias ante el volante del drogodependiente y del consumidor ocasional”**, que me parece muy interesante y oportuno en la actualidad.

La Seguridad Vial tiene cada día más importancia en nuestra sociedad, estamos convencidos de que hay mucha mayor concienciación por parte de todos los ciudadanos ante los problemas de seguridad que genera la circulación de vehículos a motor en España. Pero es un tema complejo y de evolución permanente debido a múltiples factores como son los económicos, las características de los vehículos, las condiciones y las mejoras de las carreteras, así como actitudes individuales ante la conducción, las modas y tendencias sociales, etc.

Pero un tema en el que estamos todos de acuerdo desde hace muchos años y en el que hay que seguir trabajando es en la tolerancia cero para los conductores que consuman drogas y se pongan al volante. Hay muchos datos sobre el consumo de sustancias y conducción, pero en términos generales podemos decir que un 20% de los conductores consume sustancias ilegales antes de sentarse al volante, lo que significa un grave riesgo para su seguridad y la seguridad de los demás conductores y peatones.

En los controles realizados durante la elaboración del estudio **“Presencia de alcohol, drogas y medicamentos en los conductores españoles” dentro del Proyecto DRUID**, promovido por la Unión Europea, se detectó la presencia de sustancias ilegales en casi el 20% de los conductores y en más del 5% de alcohol. De ellos más del 3% habían consumido conjuntamente drogas y alcohol. España se encuentra entre los países con mayores consumos de droga entre los conductores: 14% cannabis y 11,3% cocaína. El perfil más frecuente de los

casos positivos es el de varón menor de 25 años, que conduce en vías urbanas y durante la madrugada de los días festivos.

Es suficientemente conocido el consumo de alcohol, el botellón como fenómeno actual, asociado al ocio nocturno de fin de semana y en días festivos, unidos a conducciones de vehículos a motor, con grave asunción de riesgos por parte de estos jóvenes. El consumo de drogas unido a la conducción produce 480 muertes al año.

Somos muchos los profesionales que trabajamos en Seguridad Vial y nuestro objetivo es la información y la formación de los conductores para reducir el número de accidentes de tráfico provocados por el consumo de sustancias tanto legales como ilegales por parte de los conductores.

Se han comentado anteriormente los efectos del alcohol en el cuerpo humano, por lo que es muy importante que se intensifiquen los controles de alcoholemia en las carreteras y en las ciudades, tanto por parte de la Guardia Civil de Tráfico, como por parte de los Policías Locales de las ciudades, pues el riesgo potencial que estos consumos representan es muy importante para las personas. Es muy bueno que se intensifiquen estos controles de alcoholemia, pues no se trata de establecer controles a los ciudadanos que consumen drogas; sino de controlar a las personas que conducen bajo los efectos del consumo de drogas legales o ilegales, que ponen en peligro la Seguridad Vial.

Cada vez los conductores deben de asumir más responsabilidades al volante, teniendo claro que las drogas y la conducción de vehículos es incompatible.

Si bebes no conduzcas, tolerancia cero al consumo de drogas al volante

La Ley 6/2014, de 7 de abril, por la que se modifica el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo; tiene importantes novedades respecto a la legislación anterior. Espero que podamos en el Debate comentar todos estos temas.

Reitero el agradecimiento por la invitación.

Inauguración

Ilma. Sra. D^a. Lourdes Bernal Sanchis

Concejala de Sanidad

Ayuntamiento de Valencia

Buenas tardes y muchas gracias a todos por asistir a este “**VII Debate en Drogodependencias**”, organizado por el Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) de la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Valencia y el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero y la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universidad de Valencia – CSIC.

Estos Debates siempre han contado con excelentes profesionales, especialistas en la materia que han expuesto y con la asistencia de personas dedicadas a tareas preventivas relacionadas con las ciencias de la salud y de la educación principalmente. Agradezco profundamente la asistencia de todos vosotros a estos Debates, muchos sois reincidentes, en el buen uso del término, lo que es motivo de orgullo para todos nosotros. Agradezco muy especialmente a los ponentes que han participado en todos los Debates anteriores y hoy al Profesor Álvarez González, por su compromiso con la seguridad vial, por sus trabajos docentes e investigadores, que nos hacen elevar la mirada y fijar objetivos de futuro cada vez más ambiciosos.

Agradezco la participación de la **Ilma. Sra. D^a María Teresa Soler Moreno**, Fiscal Delegada de Seguridad Vial de la Fiscalía Provincial de Valencia, que seguro que nos aclarará muchas dudas respecto a la situación actual de la Seguridad Vial y a la aplicación de las últimas modificaciones legislativas en este campo.

Desde la Concejalía de Sanidad y a través de los excelentes profesionales del Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD), Unidad de Prevención en Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia), venimos desarrollando como sabéis diversos programas de información y formación enmarcados en los siguientes apartados:

- Prevención Comunitaria
- Prevención Escolar
- Prevención Familiar
- Alternativas de Ocio y Tiempo Libre
- Centro de Documentación de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos “Dr. Emilio Bogani Miquel”. (CENDOC Bogani).

Algunas de estas actividades están enmarcadas en los Convenios de Colaboración del Ayuntamiento de Valencia con otras instituciones como son:

- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Universidad de Valencia-Estudi General
- Universidad de Santa Caterina de Florianópolis (Brasil) y la Universidad de Valencia-Estudi General.

La asistencia a todos los programas que se desarrollamos es muy numerosa, lo que nos anima a continuar con todas nuestras actividades, porque somos conscientes que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tiene cada día más importancia en nuestra sociedad.

Los programas preventivos de las adicciones, tanto de las adicciones con sustancia como de las adicciones sin sustancia, tienen cada vez más relevancia en los ámbitos educativos, familiares y comunitarios. Quizá ahora la mayor preocupación de los padres sea como administrar el buen uso por parte de sus hijos/hijas de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), pues vivimos en una sociedad con una excesiva información, que cuesta conocer y asimilar; además los avances tecnológicos inundan de aparatos, sobretodo a los jóvenes, que en muchas ocasiones crean unas dependencias de su uso, que no son adecuadas, por la pérdida de tiempo y la irrelevancia personal de las acciones que realizan.

Pero el Debate de hoy se centra en otro aspecto muy importante en la sociedad actual, la conducción de vehículos a motos, la responsabilidad de los conductores, los usos y abuso de sustancias que alteran la percepción y la conducta. Tema este muy importante que permanentemente tenemos que recordar a la sociedad, como hace la Fiscalía de Seguridad Vial, la Dirección General de Tráfico y todos los profesionales que trabajan en este campo.

La sociedad se ha acostumbrado a ver y a oír que el pasado fin de semana ha habido equis accidentes de tráfico, que han causado equis muertos y equis heridos, etc. Pero la sociedad debe responder, tanto a nivel colectivo, como a nivel individual. Se debe decir muy alto que la mayor causa de mortalidad en menores de 25 años son los accidentes de tráfico, que se truncan muchas vidas en la juventud por culpa de los accidentes de tráfico. Y que estos accidentes están causados en su mayoría por el consumo de drogas.

Debemos informar y formar a los conductores, sobretodo a los más jóvenes, pero también pedirles responsabilidades individuales y de grupo, conducir bajo los efectos de las drogas es un grave peligro, subir en un vehículo cuyo conductor (amig@, colega, etc.) ha consumido drogas es una grave irresponsabilidad; porque si no se consumieran drogas en esta actividad, se evitarían cada año cerca de 500 muertes, y esa cifra es muy importante para que entre todos pidamos responsabilidades a los conductores. Por lo tanto debemos recordar a toda la sociedad la tolerancia cero del consumo de drogas si se va a conducir.

Seguro que este VII Debate cumple todas vuestras expectativas sobre el tema de hoy.

Reitero mi agradecimiento a tod@s.

Tiene la palabra el Dr. Francisco Javier Álvarez.

CONFERENCIA

“Responsabilidad y consecuencias ante el volante del drogodependiente y del consumidor ocasional”

Prof. Dr. D. Francisco Javier Álvarez González

Catedrático de Farmacología. Departamento de Biología Celular y Farmacología.
Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.

Director del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas (INEAD).
Universidad de Valladolid.

Secretario Técnico del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Conferencia

Prof. Dr. D. Francisco Javier Álvarez González

Catedrático de Farmacología. Departamento de Biología Celular y Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

Director del Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas (INEAD).
Universidad de Valladolid.

Secretario Técnico del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

1. INTRODUCCIÓN

DROGAS Y CONDUCCIÓN: DE UN PROBLEMA EMERGENTE A UNA DRAMÁTICA REALIDAD DROGAS Y CONDUCCIÓN: DE UN PROBLEMA EMERGENTE A UNA DRAMÁTICA REALIDAD

La conducción de vehículos con presencia de drogas en el organismo constituye un factor de riesgo de lesiones. Desde hace unos años existe un creciente interés y preocupación acerca de la implicación de las drogas en los accidentes de tráfico y en la instauración de medidas adecuadas para reducirlos^{1,2}.

De hecho, ya en el libro blanco sobre la política europea en seguridad vial se señaló la intervención en el campo de las drogas y la conducción¹ como una de las prioridades para reducir (al 50% en el año 2010) la mortalidad por accidentes de tráfico. Por otra parte, evitar “conducir con presencia de drogas en el organismo” ha sido uno de los objetivos de la estrategia sobre drogas 2005-2012 y su plan de acción de la Unión Europea³. A nivel internacional, la intervención dirigida a evitar conducir con presencia de drogas en el organismo sigue siendo una prioridad.

En parte debido a la presión que ha existido y existe sobre cómo intervenir de manera eficaz en este campo, se ha producido, y está produciendo, un notable esfuerzo investigador a nivel de la Unión Europea. De entre los diversos proyectos europeos (Rosita I y II, IMMORTAL, CERTIFIED, ANDREA, etc.), es preciso destacar el papel primordial del proyecto DRUID (<http://www.druid-project.org>), al que prestaremos especial atención.

Las drogas son un grupo heterogéneo de sustancias, con efectos diversos sobre el rendimiento psicomotor. En la actualidad, todavía es limitada la información que tenemos, para algunas drogas^{2,4,5} sobre su papel en la accidentalidad de tráfico. Quizás uno de los grandes problemas sea el enorme número de sustancias que se utilizan como drogas y el frecuente policonsumo.

CONducir con presencia de drogas en el organismo: LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

Estudios previos ya han mostrado que conducir bajo los efectos de cannabis es frecuente. Se han observado diferencias geográficas en función del tipo de población de conductores estudiada (población general, infractores, lesionados o fallecidos)^{2,4}. Asimismo, como ya hemos comentado, es frecuente el consumo simultáneo de distintas drogas; por ejemplo, entre los conductores fallecidos casi la mitad de quienes consumieron sustancias psicoactivas consumieron simultáneamente alcohol.

En esta publicación, en el siguiente apartado, se presentará una visión global de la conducción con presencia de sustancias psicoactivas en el organismo tanto en la Unión Europea^{6,7} como en España⁸, basándonos principalmente en los datos del proyecto europeo DRUID, y en los datos de los análisis toxicológicos realizados en conductores y peatones fallecidos en nuestro país⁹.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

Las intervenciones⁵ dirigidas a prevenir la conducción con presencia de drogas en el organismo (aparte del alcohol) pueden tener un impacto considerable sobre la salud pública. La prevención de la conducción con presencia de drogas en el organismo debería ser una prioridad política, y de hecho ya lo es en nuestro país⁵.

Sin embargo, no hay suficiente información respecto a cuáles son las intervenciones preventivas más efectivas en este problema; a diferencia del alcohol, las estrategias para intervenir son limitadas, y no pueden recomendarse estrategias concretas con amplia evidencia científica¹⁰. No obstante, atendiendo a la experiencia sobre el alcohol, es de esperar que las estrategias no sean muy diferentes.

Diversos estudios han mostrado que las personas que conducen con presencia de drogas en el organismo tienen una baja percepción acerca de cómo ello afecta a su capacidad para conducir, y del riesgo de implicación en un accidente de tráfico, así como que el alcohol deteriora más y se asocia a un mayor riesgo de accidente de tráfico que conducir con presencia de drogas en el organismo¹¹⁻¹³. Se ha señalado la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a sensibilizar a la población acerca del riesgo de conducir bajo los efectos de drogas¹⁴.

En consumidores de cannabis, informar de los riesgos de la conducta sobre las colisiones de tráfico, tendría un impacto reducido, mientras que la posibilidad de ser detectados por la policía, más que la gravedad de la sanción, determina la decisión de no conducir bajo los efectos de cannabis¹⁵. De ahí la importancia de

la realización de controles de drogas en carretera por la policía. Se ha señalado¹⁰ que “la existencia de medidas legales y su estricta aplicación son la mejor forma de disuadir al conductor de conducir con presencia de drogas en el organismo”.

Fruto del proyecto europeo DRUID, se han propuesto diversas actuaciones en el campo del alcohol, drogas y medicamentos^{6,7}, las cuales se prevé se irán implementando en los distintos países en los próximos años.

CONducir con presencia de drogas en el organismo y conducir bajo los efectos de drogas: Aspectos normativos de la vía penal y administrativa en España.

En nuestro país la conducción de vehículos y drogas es objeto de regulación tanto en las normas penales como en las normas administrativas. La conducción de vehículos bajo los efectos de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas constituye un delito previsto en el Código Penal¹⁶. Por otra parte, cuando no existe norma penal, opera la norma administrativa (Ley de Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad¹⁷, y Reglamento General de Circulación¹⁸), cuya infracción tiene la consideración de muy grave y acarrea, además de la correspondiente sanción económica, la retirada de 6 puntos del carnet de conducir.

Esto es, estamos ante una materia regulada como delito en el ámbito penal y como infracción en el ámbito administrativo. Se podría afirmar que el modelo pasa por una diferenciación entre la “influencia” y el peligro concreto del Código Penal y la “presencia” y el peligro abstracto de las leyes administrativas.

En esta publicación, en su apartado 3, revisaremos la normativa vigente tanto en la vía administrativa como penal. A finales de 2010, se puso en marcha la revisión del código penal, con notables modificaciones en lo que respecta a la conducción y drogas (modificando la Ley de Enjuiciamiento Criminal). En 2014 ha entrado en vigor la modificación de La Ley de Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial (Real Decreto Legislativo 339/1990, 2 de marzo, modificado por la Ley 6/2014, 7 de abril)¹⁷.

LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS EN CARRETERA PARA LA DETECCIÓN DE ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS, ESTIMULANTES U OTRAS SUSTANCIAS ANÁLOGAS EN CONDUCTORES

Hasta ahora, y debido a las dificultades para la extracción de sangre, era poco frecuente que se realizasen pruebas en carretera para detectar si el conductor se encontraba con presencia de drogas en el organismo. La mayoría de las drogas y/o sus metabolitos se eliminan por la orina, pero su detección en orina no permite asegurar que la presencia de drogas en este fluido biológico corresponda a un consumo reciente. Por ejemplo, es posible encontrar o detectar metabolitos de cánnabis en orina hasta bastantes días después de que una persona lo haya consumido.

En la actualidad, sin embargo, es posible determinar las drogas en fluido oral “in situ”, es decir en la carretera, mediante métodos “no cruentos” o “invasivos”. Estos sistemas ya están disponibles y se utilizan de forma rutinaria. Aunque existen ciertas limitaciones, en especial en relación con la sensibilidad, especificidad y puntos de corte¹⁹, la detección en fluido oral es garantista cuando se asocia a un análisis de confirmación en laboratorio⁵.

La realización en conductores de pruebas de cribado, o screening, de drogas en fluido oral (junto con la valoración de signos en algunos países) es ya una situación sin retorno en los países desarrollados: los conductores deben saber que es posible detectar la presencia de drogas en el organismo (sangre y fluido oral) y determinar si conducen bajo el efecto de drogas, y por ello ser sancionados.

En la actualidad la realización de pruebas para la detección de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas es ya una práctica habitual en España, en parte debido a la implicación de nuestro país en el proyecto europeo DRUID.

En el apartado 4 de esta publicación se presenta de forma esquemática como se realizan los controles de drogas en carretera, de acuerdo a las instrucciones emitidas por la autoridad competente para su realización²⁰, y los tipos de sustancias analizados en dichos controles.

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PROFESIONALES SANITARIOS? DROGAS, ADICCIONES Y APTITUD PARA CONDUCIR

Tanto la normativa nacional (Real Decreto 818/2009)²¹ por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores, como la normativa europea (CD 439/1991, CD 126/2006 y CD 36/2012)²² establecen que a estos pacientes no se les puede otorgar o prorrogar su permiso de conducción ya que no poseen unas adecuadas aptitudes para conducir con seguridad. Es necesario informar de ello a los pacientes. Estudios previos han evidenciado la dificultad de la valoración de la aptitud para conducir de los conductores con problemas relacionados con el consumo de drogas^{23, 24}.

Los pacientes dependientes de drogas no solo consumen drogas, sino que sufren de problemas derivados de su consumo (abuso, dependencia, trastorno inducido por drogas, según la denominación del DSM-IV TR). Se considera que en estos pacientes el uso continuado de drogas se asocia a un mayor riesgo de colisión de tráfico.

DROGAS, ADICCIONES Y CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS: LA INFORMACIÓN AL PACIENTE

Los distintos datos disponibles^{6,7} muestran cada vez con mayor evidencia que conducir con presencia de drogas en el organismo no sólo deteriora la capacidad para conducir con seguridad, sino que además se asocia a un mayor riesgo de

implicación en accidentes de tráfico con resultado de muerte, existiendo, en general, una relación dosis-efecto: a mayor cantidad consumida mayor efecto y riesgo. Además, el consumo de varias sustancias, incluida el alcohol, es muy frecuente en los conductores accidentados.

Los profesionales sanitarios, y en base a la evidencia científica (estudios experimentales sobre rendimiento psicomotor, cambios de conducta al volante, e incremento de riesgo de implicación en accidentes de tráfico), deben informar a los pacientes de que si consumen drogas están adoptando una conducta de riesgo para ellos y para el resto de usuarios de las vías⁵. Es conocido que reducir la frecuencia e intensidad del consumo de drogas se asocia a una reducción en la frecuencia de conducción bajo los efectos de drogas^{14, 15}.

Hemos elaborado un tríptico con algunos de los aspectos que los pacientes drogodependientes deben conocer, que se presenta en el apartado 527.

LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS AL PACIENTE DROGODEPENDIENTE CONDUCTOR

Dado que muchos de los pacientes drogodependientes presentan una alta comorbilidad psiquiátrica (patología dual), el empleo de fármacos es frecuente en ellos, no solo para tratar su enfermedad de base (dependencia), sino la comorbilidad psiquiátrica y médica.

Recientemente se ha introducido en España el pictograma sobre medicamentos y conducción²⁵ y se ha presentado la categorización DRUID en relación a los fármacos y la conducción de vehículos^{6,7,26}. Información sobre los fármacos utilizados en el tratamiento de las adicciones: N07 “otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso”, y en particular las del subgrupo “N07B drogas usadas en desórdenes adictivos”, y el pictograma medicamentos y conducción, así como una sucinta revisión sobre metadona y buprenorfina (buprenorfina-naloxona) en pacientes drogodependientes y su influencia en la conducción, se presenta en la publicación “Drogas Adicciones y Aptitud para conducir”²⁷, que recientemente hemos publicado.

*Texto revisado y actualizado del capítulo 1 de la publicación: “Drogas Adicciones y Aptitud para conducir”²⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Commission. White Paper European Transport Policy for 2010: time to decide. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Drugs and Driving. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007

3. Council of the European Union. EU Drugs Strategy (2005-2012). Brussels: Council of the European Union, 2004
4. Raes E, Van den Neste T, Verstraete A. Drug use, impaired driving and traffic accidents. EMCDDA Insights 8. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
5. Álvarez FJ, Luque JC. Drogas ilegales y conducción de vehículos. *Medicina Clínica* 2010; 135: 549–551.
- 6.. DRUID. Final Report: Work performed, main results and recommendations. Revision 2.0. Cologne: BAST, 2012.
7. Schumacher IM, Urmeew R, Auerbach K, Alvarez FJ, Bernhoft IM, De Gier H, Hagenzieker M, Houwing S, Knoche A, Pilgerstorfer M, Zlender B. Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe – findings from the DRUID project. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2012.
8. DGT. Presencia de alcohol, drogas y medicamentos en conductores españoles. Informe final. Madrid: Dirección General de Tráfico, Ministerio del Interior, 2011.
9. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Víctimas mortales en accidentes de tráfico. Memoria 2012. Madrid: Ministerio de Justicia, 2013.
10. Rodríguez-Martos A. Guía de estrategias preventivas para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras sustancias psicoactivas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
11. Albery IP, Strang J, Gossop M, Griffiths P. Illicit drugs and driving: prevalence, beliefs and accident involvement among a cohort of current out-of-treatment drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 58: 197–204.
12. Darke S, Kelly E, J. Ross J. Drug driving among injecting drug users in Sydney, Australia: prevalence, risk factors and risk perceptions. *Addiction* 2004; 99: 175–185.
13. Jones C, Swift W, Donnelly NJ, Weatherburn DJ. Correlates of driving under the influence of cannabis. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 88: 83-86.
14. Matthews A, Bruno R, Johnston J, Black E, Degenhardt L, Dunn M. Factors associated with driving under the influence of alcohol and drugs among an Australian sample of regular ecstasy users. *Drug and Alcohol Dependence* 2009; 100: 24-31.
15. Jones C, Donnelly N, Swift W, Weatherburn D. Preventing cannabis users from driving under the influence of cannabis. *Accident Analysis and Prevention* 2006; 38: 854-861.

16. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Modificación por Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre.
17. Ley 6/2014, de 7 de abril, por la que se modifica el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo.
18. Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, 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, aprobado por Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, que contiene el texto consolidado.
19. Verstraete AG. Oral fluid testing for driving under the influence of drugs: history, recent progress and remaining challenges. *Forensic Science International* 2005; 150: 143-150.
20. Instrucción 12/TV-73. Instrucciones del ministerio del interior para la realización de pruebas en carretera para la detección de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas. Madrid: DGT, 30 de Noviembre de 2012.
21. Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores.
22. Council Directive 91/439/EEC of 29 July 1991 on driving licences. *Official Journal*, 1991; L 237: 0001-0024.
23. Del Río MC, Álvarez FJ. Illicit drugs and fitness to drive. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 64: 19-25.
24. Ozcoidi M, Sanz M. Detección de consumo de alcohol y sustancias en los conductores que acuden a un Centro de Reconocimiento de Conductores tras la aplicación del protocolo consensuado DGT-SANIDAD. *Revista Española de Drogodependencias*, 2012; 36: 317-328
25. REAL DECRETO 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.
26. Ravera S, Monteiro S, de Gier JJ, van der Linden T, Gómez-Talegón T, Álvarez FJ, and the DRUID Project WP4 Partner. A European approach to categorising medicines for fitness to drive: Outcomes of the DRUID project. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2012; 74: 920-931
27. Álvarez FJ, González Luque JC. Drogas, adicciones y aptitud para conducir. Edición 3ª, Mayo 2014. Edita: F. Javier Álvarez. Universidad de Valladolid (Centro de Estudios de Alcohol y Drogas). <http://www.drogasyconduccion.com/> sección "materiales".

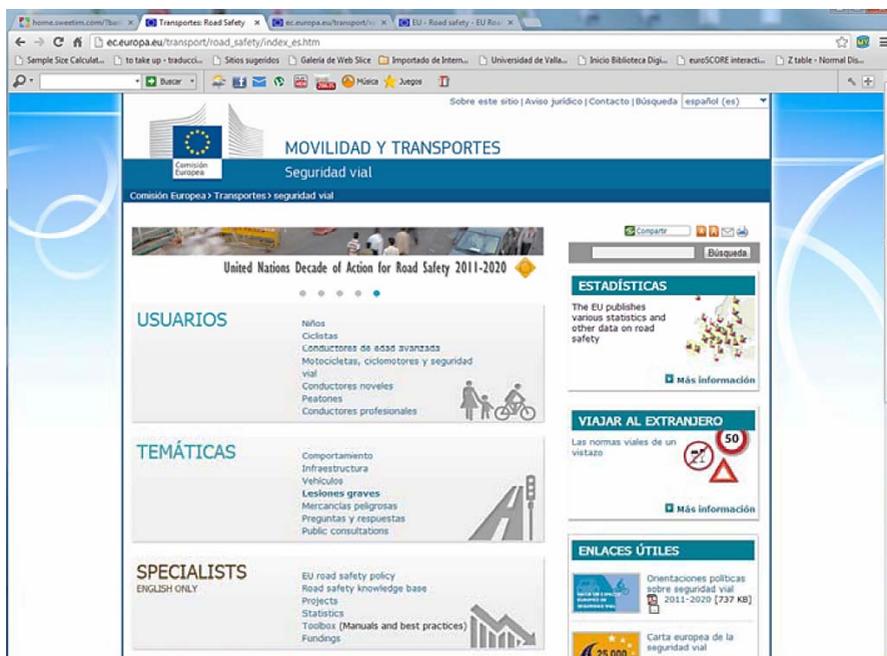
2. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA: ALCOHOL, DROGAS Y MEDICAMENTOS EN CONDUCTORES ESPAÑOLES Y EUROPEOS.

LA CONDUCCIÓN CON PRESENCIA DE DROGAS EN EL ORGANISMO: MAGNITUD DEL PROBLEMA

Dentro de la Unión Europea, la Dirección General de Movilidad y Transporte (DG MOVE) es, desde 2010, la Dirección General responsable del desarrollo e implementación de las políticas europeas en materia de transporte (Figura 1). La misión de DG MOVE es asegurar que las políticas de transporte estén diseñadas en beneficio de todos los sectores de la sociedad, elaborando propuestas legislativas, gestionando programas e incluso financiando proyectos.

En el Libro Blanco editado en 2011, la Comisión Europea se planteaba el objetivo de conseguir reducir los accidentes de tráfico a la mitad en el año 2010. Aunque es, sin duda, un logro la reducción en el número de muertes en las carreteras europeas, de 70.000 en 1992 a 31.000 en 2010, la reducción del número y de la gravedad de los accidentes de tráfico, sigue siendo uno de los objetivos prioritarios de la Comisión Europea.

Figura 1: Página web de la Dirección general de Movilidad y Transporte (DG MOVE): http://ec.europa.eu/transport/road_safety/index_en.htm



EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE LOS CONDUCTORES ESPAÑOLES Y EUROPEOS

De los proyectos llevados a cabo desde finales de los años 90 en la Unión Europea destinados a conocer los efectos de las drogas en la conducción podemos destacar tres grandes proyectos:

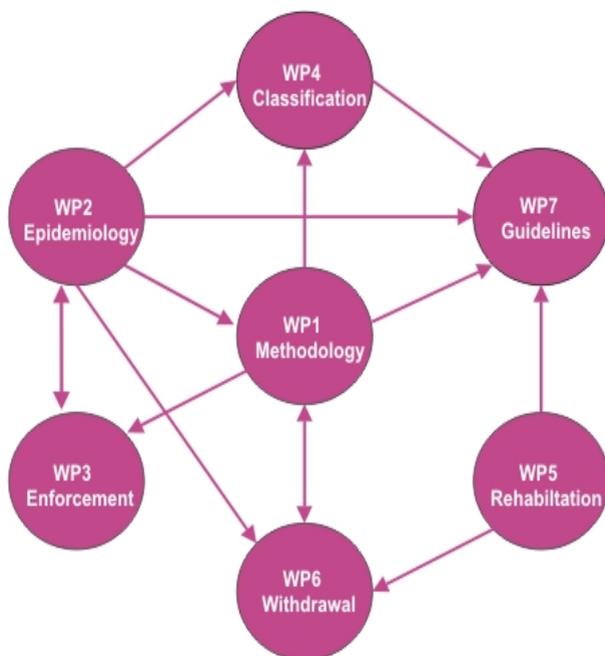
- **IMMORTAL (Impaired Motorists, Methods of Roadside Testing and Assessment for Licensing)**. Finalizado en el año 2002, fue un proyecto de investigación destinado a analizar el riesgo de accidente asociado con diferentes formas de deterioro del conductor y a la identificación de los “niveles de tolerancia” aplicados, tanto en los test de evaluación de conductores (aptitud para conducir), como en los test de deterioro realizados en los controles de carretera (incluyendo el screening de drogas).
<http://www.kfv.at/departament-transport-mobility/international-projects/immortal/>
- **ROSITA (Roadside Testing Assessment)**. Finalizado en 2005, cuyo objetivo fue identificar los requisitos a cumplir por los equipos utilizados en los test de carretera para detectar la presencia de drogas en el organismo, así como la realización de una valoración interna comparativa de los equipos y prototipos existentes hasta la fecha de realización del proyecto. Se evaluaron los test de carretera, la validez de los resultados, la fiabilidad de los equipos, su utilidad y los costes de su utilización.
<http://www.rosita.org/>
- **DRUID (Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines)**. En el proyecto europeo DRUID2, finalizado en 2011, se intentó ofrecer respuestas a cuestiones preocupantes sobre el consumo de drogas y medicamentos que afectan a la capacidad para conducir de forma segura. Su objetivo fue aumentar los conocimientos existentes acerca del grado de deterioro ocasionado por las sustancias psicoactivas y estimar el impacto que este deterioro tiene actualmente sobre la seguridad vial.
www.druid-project.eu

En los siguientes apartados se resumen algunos aspectos generales del proyecto europeo DRUID y los principales resultados del estudio de prevalencias de sustancias en conductores que se llevó a cabo dentro de este proyecto.

EL PROYECTO EUROPEO DRUID

El proyecto DRUID2,3 se organizó en siete áreas o workpackages (WP), y cada área comprendió diferentes “acciones” llevadas a cabo por subgrupos. Cada área (ó WP) contaba con un coordinador y cada subgrupo contaba con líder o director (alguna de las instituciones participantes). En España las instituciones participantes fueron la Dirección General de Tráfico (DGT) y la Universidad de Valladolid (UVA).

Figura 2: Estructura del proyecto DRUID según los distintos bloques o tareas (WPs).



Como se observa en la Figura 2, los estudios epidemiológicos se realizaron en el contexto del WP2. Se llevaron a cabo 3 estudios en los que participaron diferentes países:

- Prevalencia de sustancias en conductores.
- Prevalencia de sustancias en conductores víctima de accidente y riesgo relativo de resultar gravemente herido en un accidente al encontrarse bajo el efecto de sustancias.
- Prevalencia de sustancias en conductores muertos y riesgo relativo de muerte en un accidente al encontrarse bajo el efecto de sustancias.

En el presente capítulo expondremos los resultados del primero de los tres estudios señalados, el estudio de prevalencia de sustancias en conductores, que fue en el que participó España³.

PREVALENCIA DE SUSTANCIAS EN CONDUCTORES. METODOLOGÍA

La prevalencia de alcohol y del resto de las sustancias en los conductores se estimó mediante la realización de controles en carretera. Dichos controles fueron llevados a cabo con el mismo protocolo en 13 países^{2,3}: Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Holanda, Hungría, Italia, Lituania, Noruega,

Polonia, Portugal, República Checa y Suecia. Todos los países participantes eran miembros de la Unión Europea (UE) excepto Noruega, asociada a la UE como miembro del Área Económica Europea (AEE). En los controles se recogieron, y posteriormente fueron analizadas en laboratorio, más de 50.000 muestras de fluido oral y/o sangre de conductores. Este estudio ha permitido estimar la actual prevalencia de alcohol y otras sustancias en la población de conductores de una gran parte de Europa.

Se consideró que un conductor era positivo a una droga o un medicamento, cuando la concentración de dicha sustancia en sangre o en el fluido oral superaba la cantidad indicada en la Tabla 1. En el caso del alcohol se consideró positivo, si la concentración de etanol en sangre superaba los 0.1 g/L (en España si superaba 0.05 mg de alcohol por litro de aire espirado).

Tabla 1: Puntos de corte (cut-offs) a partir de los cuales se consideró positivo a una sustancia en el proyecto europeo DRUID.

<i>Sustancia</i>	<i>Sangre cut-off (ng/mL)</i>	<i>Fluido Oral cut-off (ng/mL)</i>
6-Acetil morfina	10	16
7-Aminoclonazepam	10	3.1
7-Aminoflunitrazepam	8.5	1
Alprazolam	10	3.5
Anfetamina	20	360
Benzoilecgonina	50	95
Clonazepam	10	1.7
Cocaína	10	170
Codeína	10	94
Diazepam	140	5
Flunitrazepam	5.3	1
Lorazepam	10	1.1
MDA	20	220
MDEA	20	270
MDMA	20	270
Metadona	10	22
Metanfetamina	20	410
Morfina	10	95
Nordiazepam	20	1.1
Oxazepam	50	13
THC	1	27
Tramadol	50	480
Zolpidem	37	10
Zopiclona	10	25

Para la presentación de resultados se consideraron agrupaciones de sustancias, según se muestra en la Tabla 2. Todos los grupos son excluyentes, por lo tanto los resultados que se engloban en drogas de abuso son aquellos casos en los que resultaron positivos en, solamente, uno de los grupos de drogas de abuso, los caso positivos en más de uno de estos grupos se contabilizarían en el grupo Droga + Droga (combinaciones). Es decir, si el conductor resultara positivo, por ejemplo, en cocaína y THC (cannabis) se contabilizaría como un positivo del grupo Droga + Droga, pero no estaría incluido en el grupo de los positivos en cocaína, ni tampoco, en el grupo de positivos en THC3.

Tabla 2: Grupos de resultados.

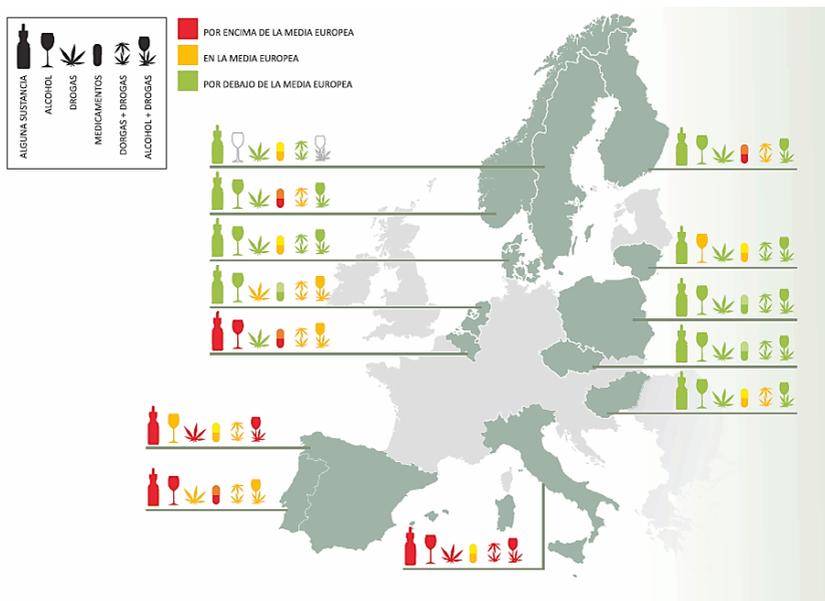
<i>Tipo de resultado</i>		<i>Grupo</i>
Negativos	Negativos	Negativo
Positivos	Drogas de abuso	Anfetaminas
		Cocaína
		THC
		Opiáceos ilegales
	Medicamentos	Benzodiacepinas
		Z-Hipnóticos
		Opiáceos medicinas
	Alcohol	Alcohol
	Combinaciones	Drogas+Alcohol
		Droga+Droga

PREVALENCIA DE SUSTANCIAS EN CONDUCTORES. RESULTADOS

En la figura siguiente (Figura 3) se representa la prevalencia media europea (calculada a partir de los países participantes) para cada tipo de sustancia y sobre cada país se indica la prevalencia correspondiente²⁻⁴.

Se determinó alguna sustancia en concentración superior a los puntos de corte establecidos (ver Tabla 1), en el 7.43% de los conductores europeos, alcohol en el 3.48% de los conductores, drogas en el 1.89% y medicamentos en el 1.36%. Además se determinaron combinaciones de drogas y/o medicamentos en el 0.39% de los conductores y alcohol combinado con drogas o medicamentos en el 0.37%²⁻⁴.

Figura 3: Prevalencia de sustancias en conductores.



El alcohol fue la sustancia más frecuentemente detectada entre los conductores (3.5%). En general, el alcohol fue detectado con más frecuencia entre hombres conductores de más de 35 años y las alcoholemias encontradas fueron relativamente bajas. La mayoría fueron registradas durante la noche y en los fines de semana.

El 1.9% de los conductores resultaron positivos en alguna droga. Las drogas más frecuentemente detectadas fueron el cannabis (THC) en el 1.3% de los conductores y la cocaína en el 0.4%. En cuanto a medicamentos con efectos sobre la conducción, las benzodiacepinas fueron los medicamentos más frecuentes, observándose resultados positivos en el 1.4% de los conductores.

Las drogas fueron más frecuentemente detectadas en hombres jóvenes y, principalmente, en fines de semana. En general, el periodo de tiempo en el que se detectaron más positivos (diurno/nocturno; fin de semana/día laborable) varía dependiendo del país y el perfil del conductor varía dependiendo de la droga consumida²⁻⁴.

EL DRUID EN ESPAÑA

El objetivo general del estudio DRUID en España⁵⁻⁶, en cuanto a epidemiología se refiere (WP 2), fue conocer la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas de abuso y medicamentos) por los conductores de los vehículos ligeros que circulan en nuestro país. El alcohol se determinó

en aire espirado, y las drogas y medicamentos en el fluido oral. Aunque para el cálculo europeo se siguió la metodología general del proyecto DRUID (datos presentados en el apartado anterior), posteriormente en España se incorporaron algunos casos al estudio y se realizó una ponderación de los datos, teniendo en cuenta la intensidad del tráfico en los puntos en los que se habían realizado los controles, por lo que puede observarse alguna diferencia entre los resultados presentados en el apartado anterior para España, en el marco europeo, y los que se muestran a continuación³.

Consideraremos casos positivos en alcohol, a aquellos conductores con una cantidad de alcohol superior a 0.05 mg por litro de aire espirado. Para el resto de las sustancias se aplican los criterios propuestos en el proyecto DRUID, es decir, un conductor es positivo en una sustancia si la concentración de dicha sustancia en el fluido oral es superior a la que aparece en la Tabla 1 (ver apartado anterior).

Como puede observarse en la Figura 4 el 16.96% de los conductores a los que se les realizaron análisis de sustancias en saliva (fluido oral), fueron casos positivos en alguna sustancia psicoactiva. El 6.61% de los conductores fueron casos positivos de alcohol, el 10.94% positivos en alguna droga de abuso y el 1.98% casos positivos en alguno de los medicamentos analizados³.

Es preciso observar que alguno de los conductores resultó positivo en más de una sustancia, por lo que la suma de los porcentajes de los análisis individuales de alcohol (6.61%), drogas (10.94%) y fármacos (1.28%), supera el 16.96% de los casos que resultaron positivos en “alguna sustancia”. En la Figura 4 se observan las distintas combinaciones posibles entre grupos de sustancias (alcohol-drogas-medicamentos). De los 218 conductores en los que se encontró alcohol, el 70% resultó positivo solamente en alcohol y el resto resultó positivo en alguna otra sustancia. De todos los conductores positivos en drogas de abuso (361 conductores), en el 78.9% sólo se observó una droga. De los conductores positivos en medicamentos, en el 64.6% sólo se detectó un medicamento³.

Los conductores que resultaron positivos en “alguna sustancia” eran frecuentemente, varones jóvenes circulando de madrugada en días festivos por vías urbanas.

En la Figura 5 se observa como la frecuencia de casos positivos en “alguna sustancia” disminuye a medida que aumenta la edad de los conductores.

En la tabla 3, se recogen los porcentajes de conductores que resultaron positivos en las diferentes sustancias, según sus variables sociodemográficas: género, rangos de edad, tipo de vía y periodo semanal/horario³.

Figura 4: Casos positivos en alcohol, drogas ilegales y medicamentos en los conductores españoles, según los puntos de corte establecidos en el proyecto DRUID.

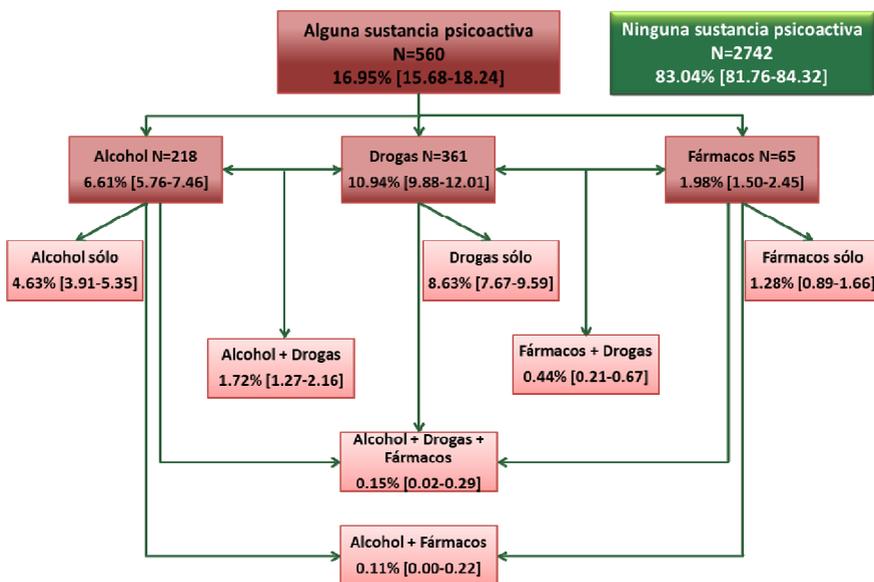


Figura 5: Porcentaje de casos positivos en alguna sustancia según la edad.

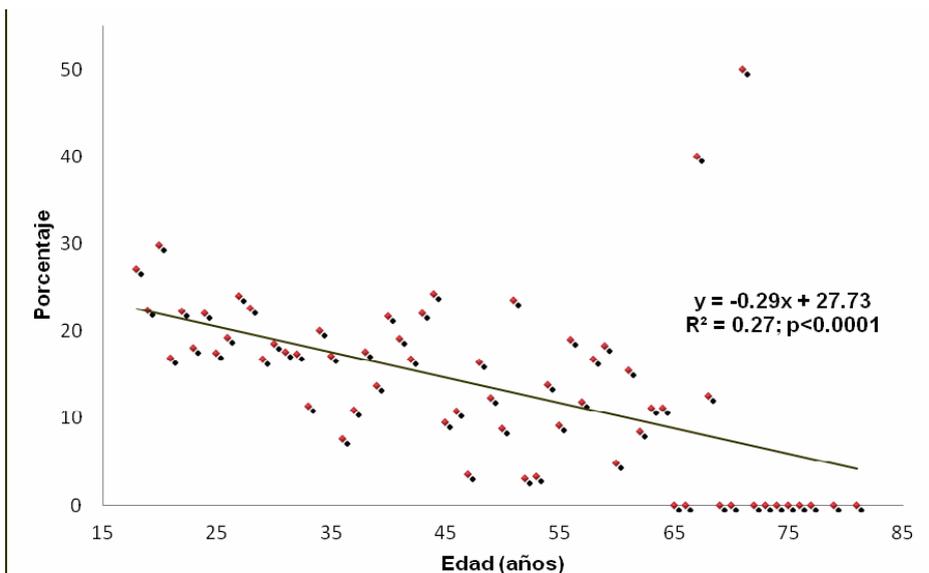


Tabla 3: Porcentaje de casos positivos en distintas sustancias según diferentes variables sociodemográficas.

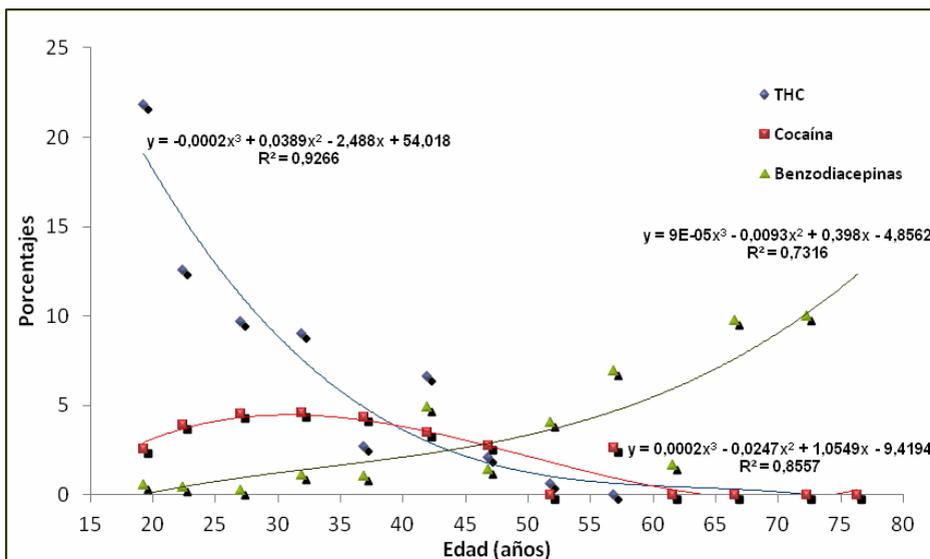
		Porcentaje de casos positivos en sustancias/agrupaciones de sustancias					
		THC	Cocaína	Benzodiacepinas	Anfetaminas	Opiáceos Medicamentos	Opiáceos Ilícitos
Total	Total (N=3302)	7.69	3.51	1.60	0.21	0.45	0.41
Sexo	Hombre (N=2690)	9.11***	4.09***	1.64	0.19	0.56	0.00
	Mujer (N=612)	1.47	0.98	1.47	0.33	0.00	0.33
Rangos de edad	18-24 años (N=708)	15.11***	3.53**	0.28***	0.57*	0.00*	0.00*
	25-34 años (N=1144)	9.35	4.55	0.70	0.17	0.52	0.26
	35-49 años (N=995)	3.62	3.62	2.21	0.00	0.80	0.70
	> 50 años (N=414)	0.24	0.72	4.83	0.00	0.00	0.00
Tipo de vía	Urbana (N=1415)	8.41	5.02***	1.77	0.14	0.42	0.35
	Carretera (N=1887)	7.15	2.38	1.48	0.21	0.48	0.32
Periodo	Periodo "a" (N=1392) (LU-VI de 7.00 a 23.59)	6.32**	1.80***	1.37	0.00	0.22	0.14
	Periodo "b" (N=502) (MA-VI de 0.00 a 6.59)	9.16	7.57	1.00	0.40	0.60	0.40
	Periodo "c" (N=973) (SA, DO y FEST. de 7.00 a 23.59)	7.30	2.88	2.26	0.31	0.72	0.62
	Periodo "d" (N=436) (SA, DO, LU y FEST. de 0.00 a 6.59)	11.24	5.73	1.38	0.46	0.46	0.23

*= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.0001

En general, la frecuencia casos positivos en drogas disminuye a medida que aumenta la edad de los conductores siendo más frecuente en varones que en mujeres y en los controles realizados en las vías urbanas que en las interurbanas. Los casos positivos en drogas suelen ser más frecuentes durante las horas madrugada, en el «periodo d» (S, D, L y festivo de 0:00 a 6:59 horas;) y en el «periodo b» (M, X, J y V de 0:00 a 6:59 horas).

En la Figura 6 pueden observarse las tendencias en los porcentajes de casos positivos en THC, benzodiacepinas y cocaína, en relación a la edad de los conductores. Las mayores frecuencias de conductores positivos en THC se presentan entre los conductores jóvenes disminuyendo a medida que aumenta la edad. Lo contrario ocurre con las benzodiacepinas para las que las frecuencias más altas se observan en los conductores mayores de 65 años. En el caso de la cocaína, las mayores frecuencias se observan alrededor de los 30 años, siendo muy infrecuentes los conductores positivos en cocaína de edad superior a los 50 años^{5,6}.

Figura 6: Tendencias en las prevalencias de casos positivos por edad según la sustancia detectada.



A la vista de los resultados obtenidos en el proyecto DRUID en España podemos concluir que^{5,6}:

- Conducir después del consumo de sustancias psicoactivas es un hecho frecuente en España: el 16.95% de los conductores españoles resultaron positivos en alguna sustancia.
- Un 10.94% de los conductores conducían tras haber consumido alguna droga de abuso.

- El cannabis (THC) fue la sustancia más frecuentemente detectada (en el 7.7% de los conductores).
- El alcohol, detectado en el 6.61% de los conductores, fue la segunda sustancia más frecuentemente detectada seguida de la cocaína (3.51%).
- Las benzodiacepinas fueron los medicamentos con efectos sobre la conducción, más frecuentemente detectados (en el 1.6% de los conductores).

PRESENCIA DE ALCOHOL, DROGA Y MEDICAMENTOS EN CONDUCTORES Y PEATONES FALLECIDOS EN ACCIDENTE DE TRÁFICO

La frecuente presencia de drogas en el organismo en los conductores y peatones fallecidos en accidentes de tráfico, aunque no permite afirmar que fueran la causa del accidente, sí que nos advierte, al igual sucede con el alcohol, de la posible influencia de estas sustancias en la accidentalidad^{4,7}.

Según los datos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, casi la mitad de los conductores fallecidos en España en 2011 (el 45,01%) y en 2012 (el 47.32%) había consumido alcohol, drogas o psicofármacos. En la Figura 7, se resumen los resultados de los análisis realizados a los conductores fallecidos en accidente de tráfico en España durante el año 2011 y 2012^{4,7}.

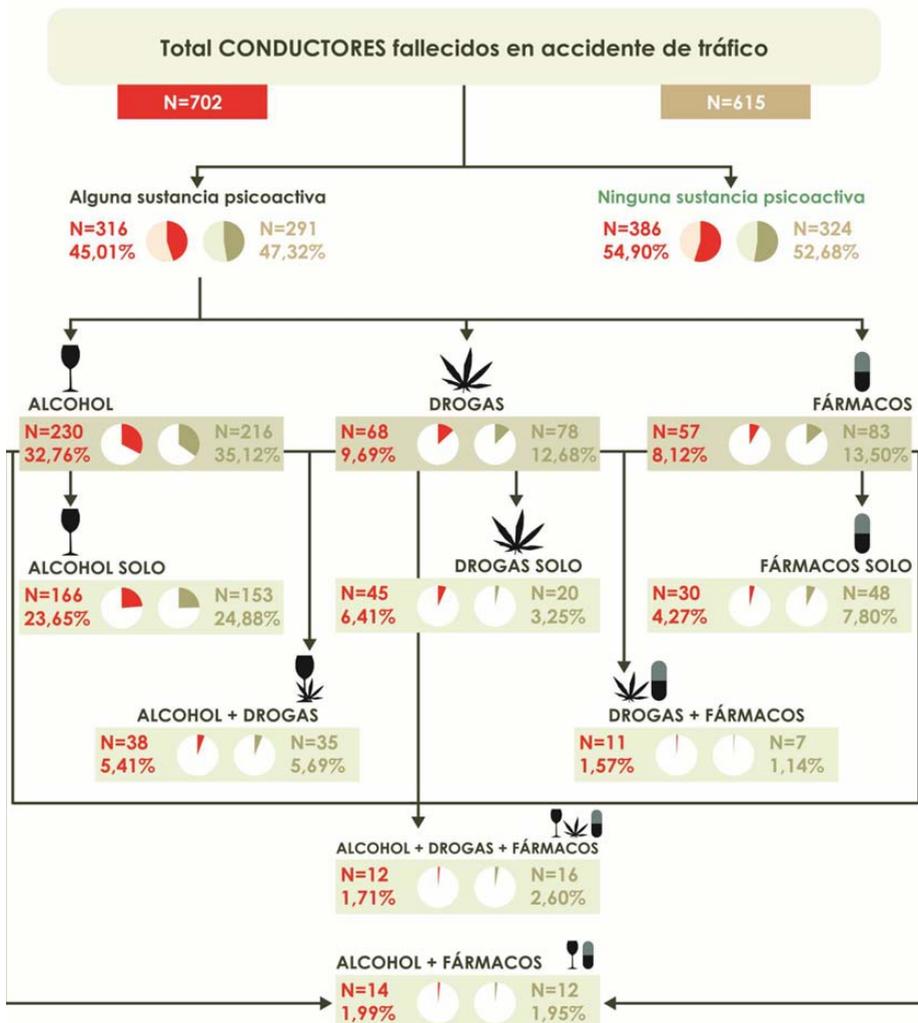
De los 291 conductores fallecidos en los que se detectaron sustancias en 2012:

- En el 74.23% se detectó alcohol en sangre en una concentración superior a 0.3 g/L. solo o combinado con drogas ilegales y/o psicofármacos.
- En el 26.80% se detectaron drogas ilegales solas o asociadas con alcohol y/o psicofármacos.
- En el 28.52% se detectaron psicofármacos, solos o asociados con drogas y/o alcohol.

De los conductores fallecidos en los que se detectaron drogas ilegales (78 conductores en el año 2012):

- Más de la mitad (64.10%) había consumido cocaína.
- En el 35.90% se detectó cannabis (solo o combinado con otras sustancias).
- En el 10.26% se detectó algún opiáceo (solo o combinado con otras sustancias).
- En el 5.13% se detectó ketamina.
- En el 3.85% se detectó anfetamina o algún compuesto relacionado (solo o combinado con otras sustancias).

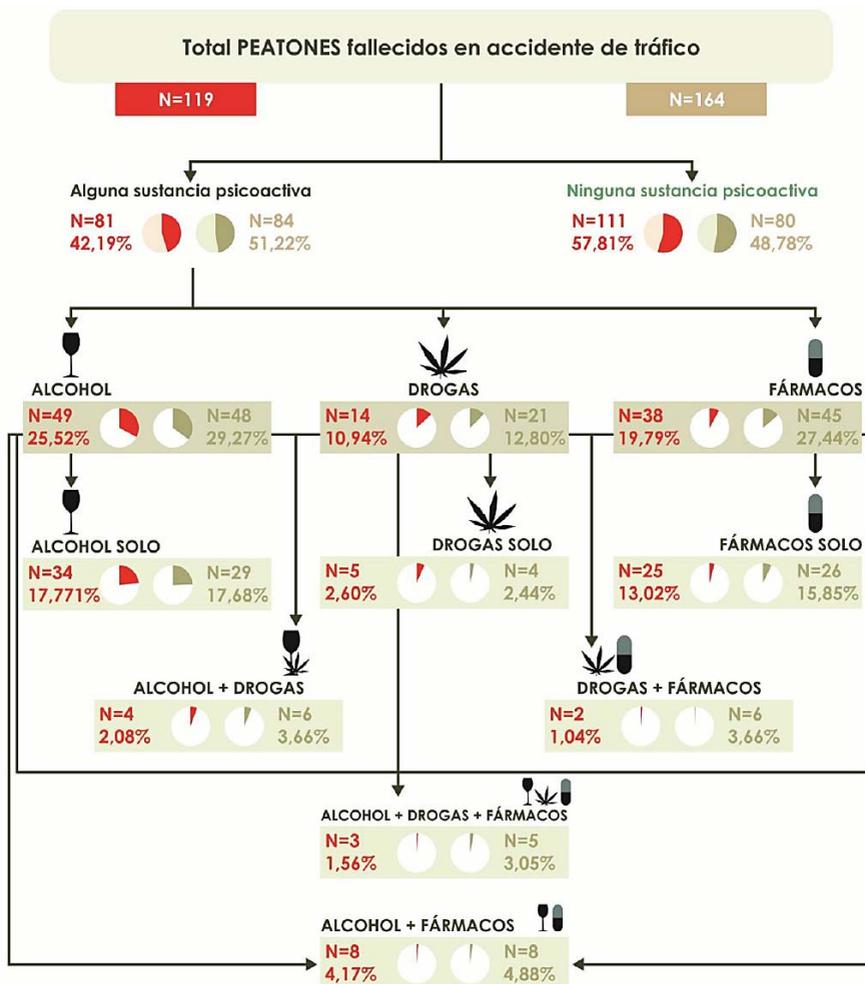
Figura 7: Casos positivos en alcohol, drogas ilegales y medicamentos en los conductores españoles en los que se realizaron análisis toxicológicos (INTCF años 2011 y 2012).



En el caso de peatones, ciclistas y demás usuarios de las vías públicas para los que no existen restricciones respecto al consumo de alcohol u otras sustancias, aún es más desconocida la influencia de estas sustancias en el riesgo sufrir un accidente. Sin embargo, a la vista de los resultados de los análisis toxicológicos realizados a los peatones fallecidos en accidente de tráfico y aun cuando no pueda asegurarse que el accidente se produjo a causa de la sustancia encontrada en el análisis, los datos apuntan a un incremento del riesgo de sufrir un accidente de tráfico para los peatones que se encuentran bajo el efecto de alcohol o drogas.

La presencia de drogas de abuso también es frecuente entre los peatones fallecidos en accidentes de tráfico^{4,7}: En el año 2011, de los 119 peatones fallecidos en accidente de tráfico a los que practicaron análisis toxicológicos, el 42,19% (81 peatones) presentaron resultado positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol. En el año 2012, de los 164 peatones fallecidos en accidente tráfico a los que se practicaron análisis toxicológicos, el 51.22% (84 peatones) presentaron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol. En la Figura 8, se resumen los resultados de los análisis realizados a los peatones fallecidos en accidente de tráfico en España durante el año 2011 y 2012.

Figura 8: Casos positivos en alcohol, drogas ilegales y medicamentos en los peatones españoles en los que se realizaron análisis toxicológicos (INTCF años 2011 y 2012).



BIBLIOGRAFÍA

1. DG MOVE (2011), White Paper 2011. Dirección General de Movilidad y Transporte. European Commission. Brussels.
(http://ec.europa.eu/transport/themes/strategies/2011_white_paper_en.htm)
2. Schumacher IM, Urmeew R, Auerbach K, Alvarez FJ, Bernhoft IM, De Gier H, Hagenzieker M, Houwing S, Knoche A, Pilgerstorfer M, Zlender B. Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe – findings from the DRUID project. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2012.
(<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/druid>)
3. Fierro I. Drogas y conducción de vehículos: la conducción bajo el efecto de drogas. Epidemiología en España y en la UE. Datos del proyecto europeo DRUID. En: Curso de Formación de Agentes de la Guardia Civil en procedimientos de detección de drogas en controles preventivos de carreteras, Alvarez FJ Editor. DGT & Universidad de Valladolid 2014; pag: 21-1 a 12-27.
<http://www.drogasyconduccion.com>
4. Álvarez FJ, González Luque JC. Drogas, adicciones y aptitud para conducir. Edición 3ª, Mayo 2014. Edita: F. Javier Álvarez. Universidad de Valladolid (Centro de Estudios de Alcohol y Drogas).
[http://www.drogasyconduccion.com/sección “materiales”](http://www.drogasyconduccion.com/seccion_materiales).
5. DGT. Presencia de alcohol, drogas y medicamentos en conductores españoles. Informe final. Madrid: Dirección General de Tráfico, Ministerio del Interior, 2011.
(http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/documentos/seguridad_vial/estudios_informes/informe_final_druid_prevalencia_espana.pdf)
6. Gómez-Talegón T, Fierro I, González-Luque JC, Colás M, López-Rivadulla M, Álvarez FJ. Prevalence of psychoactive substances, alcohol, illicit drugs, and medicines, in Spanish drivers: A roadside study. Forensic Science International, 2012; 30; 106-113.
7. INTCF: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Víctimas mortales en accidentes de tráfico. Memoria 2012. Madrid: Ministerio de Justicia, 2013.
(https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/download/MEMORIA_TRAFICO_19_03_2013.pdf?idFile=fde7f724-15ab-461c-9530-acbebd17f6a7)

3. LEGISLACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN MATERIA DE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA*

Las conductas de riesgo, entre las que se encuentra el conducir con presencia de alcohol y/o drogas en el organismo, requieren una atención especial en el marco de las políticas viales porque propician la producción de accidentes y agravan sus consecuencias. Las drogas y el alcohol constituyen un factor de riesgo de extraordinaria importancia en la conducción¹.

Desde un punto de vista jurídico, en España el consumo de sustancia psicoactivas en la conducción de vehículos es objeto de regulación en la vía administrativa y en la vía penal. Existen situaciones que son constitutivas de delito, y otras que dan lugar a una infracción administrativa. Este modelo de regulación pasa por una diferenciación entre¹:

- La “presencia” y el peligro abstracto de las leyes administrativas, y
- La “influencia” y el peligro concreto del Código Penal.

LA VÍA ADMINISTRATIVA: ALCOHOL Y DROGAS

Las normas administrativas que regulan la materia son: la Ley de Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial² –LSV- (Real Decreto Legislativo 339/1990, 2 de marzo, modificado por la Ley 6/2014, 7 de abril) y su posterior desarrollo en el Reglamento General de Circulación³.

Las acciones u omisiones contrarias a la LSV², desarrolladas reglamentariamente en su caso, tendrán el carácter de infracciones administrativas. Cuando las acciones u omisiones puedan constituir delitos o faltas tipificadas en las leyes penales, se acordará la suspensión del procedimiento administrativo y quedará en suspensión hasta que concluya el proceso penal (Artículos 65 y 72 de la LSV²).

Dos posibles situaciones, una vez concluido el proceso penal:

<p>Sentencia condenatoria en el proceso penal.</p>	<p>Se archivara el procedimiento administrativo sin declaración de responsabilidad.</p>
<p>Sentencia absolutoria o sin declaración de responsabilidad* en el proceso penal</p> <p><i>*y siempre que la sentencia no estuviera fundada en la inexistencia del hecho (art 72 LSV).</i></p>	<p>Se podrá continuar el procedimiento administrativo sancionador contra quien no hubiese sido condenado en vía penal.</p>

CUADRO GENERAL DE INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS

LEVES	Ejemplo: No hacer uso por parte de los usuarios de bicicletas de los elementos y prendas reflectantes.
GRAVES	Ejemplo: No respetar la luz roja de un semáforo.
MUY GRAVES	Ejemplo: 1. La ingestión de alcohol en tasas superiores a las reglamentariamente establecidas. 2. La conducción bajo los efectos de las drogas. 3. La negativa a someterse a las pruebas de alcohol y/o drogas.

La Ley de Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial² (Real Decreto Legislativo 339/1990, 2 de marzo, modificado por la Ley 6/2014, 7 de abril)

La LSV determina en su artículo 12 que no podrá circular por las vías objeto de esta ley el conductor de cualquier vehículo con tasas de alcohol superiores a las que reglamentariamente se establezcan.

Tampoco podrá circular por las vías objeto de esta ley el conductor de cualquier vehículo con presencia de drogas en el organismo, de las que quedarán excluidas aquellas sustancias que se utilicen bajo prescripción facultativa y con una finalidad terapéutica siempre que se esté en condiciones de utilizar el vehículo conforme a la obligación de diligencia, precaución y no distracción establecida en el artículo 9.

Así mismo, enuncia que todos los conductores de vehículos y bicicletas quedan obligados a someterse a las pruebas que se establezcan para la detección de las posibles intoxicaciones por alcohol. Y quedan igualmente obligados los demás usuarios de la vía cuando se hallen implicados en algún accidente de circulación, o hayan cometido una infracción conforme a lo tipificado en esta Ley.

Normalmente dichas pruebas consisten en:

- La verificación del aire espirado mediante alcoholímetros autorizados.
- La detección salival de la presencia de drogas en el organismo, mediante un dispositivo autorizado y un posterior análisis de una muestra salival.

El incumplimiento de dicho precepto (art 12 LSV) da lugar a dos infracciones recogidas en el art 65.5 c) y d) de la LSV. Estas infracciones serían sancionadas con:

- Multa de 1.000 euros por el caso de conducción con presencia de drogas distintas al alcohol.
- Multa de 1.000 euros, cuando se circule con tasa de alcohol superior al doble de la permitida o cuando haya habido otra sanción por alcohol en el año anterior.
- Multa de 1.000 euros en el caso de negativa a someterse a las pruebas.
- La retirada de 4 ó 6 puntos del carnet de conducir.

IMPORTANTE: *Ante la negativa de someterse a la realización de las pruebas establecidas, la pena impuesta es la misma que aquella impuesta para aquellos sujetos conductores de un vehículo habiendo ingerido drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas, o con la tasa objetivada de alcoholemia.*

Así pues, la Ley, recientemente aprobada, recoge por primera vez el concepto de “tolerancia 0” en materia de drogas, por cuanto:

- Se prohíbe la conducción con la presencia de drogas en el organismo; las consecuencias penales de la conducción bajo los efectos de drogas se remiten al art. 379 del Código Penal.
- Se establece la obligación de someterse a las pruebas de detección de alcohol y drogas a los peatones que hayan cometido una infracción con independencia de si se han visto implicados en un accidente.
- La prueba salival, mediante dispositivo autorizado, será el medio preferente para detectar in situ la presencia de drogas en el organismo para su posterior análisis.
- La prueba de contraste se basará únicamente en un análisis de sangre, que no dependerá de la elección del facultativo como hasta ahora.
- Se incrementa de 500 a 1.000 € la sanción por conducir con presencia de drogas en el organismo o por negarse a realizar las pruebas para su detección (aplicable también a las pruebas para la detección de alcohol).

REGLAMENTO GENERAL DE CIRCULACIÓN (RGC)³

El Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación² para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley, dedica el capítulo IV a las normas sobre bebidas alcohólicas (art 20 al 26) y el capítulo V (art 27 y 28) a las normas sobre estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas.

Tasas de alcohol en sangre y aire espirado: No podrán circular los conductores (de vehículos y bicicletas) por las vías, objeto de legislación sobre tráfico, con una tasa de alcohol en sangre superior a 0,5 gramos por litro de sangre o una tasa de alcohol en aire espirado superior a 0,25 miligramos por litro de aire.

Igualmente, los conductores de cualquier vehículo durante los dos años siguientes a la obtención del permiso o licencia que les habilita para conducir, no podrán superar la tasa de alcohol en sangre de 0.3 g/l de sangre (o en aire espirado 0.15 mg/l de aire). Estas tasas son igualmente aplicables para los conductores profesionales (transporte de mercancías superior a 3.500 Kg).

Todos los conductores de vehículos y de bicicletas quedan obligados a someterse a las pruebas que se establezcan para la detección de las posibles intoxicaciones por alcohol. El RGC³ desarrolla en sus artículos 22 y siguientes, el desarrollo de las pruebas de detección alcoholemia mediante aire espirado.

En el capítulo V, el artículo 27 se ocupa de las sustancias distintas al alcohol, citando expresamente:

“No podrán circular por las vías objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial los conductores de vehículos o bicicletas que hayan ingerido o incorporado a su organismo psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas, entre las que se incluirán, en cualquier caso, los medicamentos u otras sustancias bajo cuyo efecto se altere el estado físico o mental apropiado para circular sin peligro.”

Posteriormente, el artículo 28 se ocupa de las pruebas para la detección de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas.

No obstante, en el momento de realizar este texto, el RGC se encuentra en desarrollo, con objeto de atender los nuevos aspectos incluidos en la modificación de la LSV, expuesta anteriormente.

ALCOHOL, DROGAS Y LA VÍA PENAL

Los denominados delitos contra la seguridad vial regulados en el capítulo IV del Código Penal sufrieron una importante modificación por la Ley Orgánica 15/2007, de 30 de Noviembre⁴.

El artículo 379.2 del Código Penal, enuncia que será castigado el que condujere un vehículo de motor o ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas.

Para que sea de aplicación el Código Penal⁴, es decir, para que la acción u omisión sea constitutiva de delito, el que condujere debe superar una tasa de alcohol en aire espirado de 0.60 miligramos por litro de aire o una tasa de alcohol en sangre superior a 1.2 gramos por litro de sangre. Con las mismas penas será castigado el que condujere un vehículo de motor o ciclomotor bajo la influencia de alcohol, independientemente de la tasa que presente, o bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas.

¿CUÁL ES LA PENA PREVISTA EN EL ARTÍCULO 379.2 DEL CÓDIGO PENAL?

No se exige la demostración de una puesta en peligro concreto, bastando solamente con la conducción del vehículo bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas, o con tasa objetivada de alcoholemia.

Es necesario hacer referencia a la modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal⁵ (Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal), en referencia al procedimiento de determinación de drogas distintas al alcohol:

- Establece validez de la saliva como muestra biológica de prueba.
- Establece la obligatoriedad del conductor a someterse a la prueba indiciaria (de cribado), para drogas distintas de alcohol.

- Estipula la obligación de determinación evidencial de la sustancia, en caso de un resultado inicial positivo o de existencia de signos de influencia, mediante la realización de una segunda prueba analítica en laboratorios homologados.
- Implanta la necesidad de formación específica para los agentes policiales encargados de realizar los controles de drogas distintas al alcohol.
- Determina procesos de garantía tales como la cadena de custodia o el derecho a solicitar prueba de contraste.

Recientemente se han analizado las repercusiones de las modificaciones legislativas en relación a la conducción bajo la influencia de alcohol y otras drogas^{6,7}.

A continuación se presenta la Instrucción 12/TV-73. Instrucciones del ministerio del interior para la realización de pruebas en carretera para la detección de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas. Madrid: DGT, 30 de Noviembre de 2012.

*Texto revisado y actualizado del capítulo 1 de la publicación: “Drogas Adicciones y Aptitud para conducir”¹



MINISTERIO
DEL INTERIOR



Asunto: *Realización de pruebas para la detección de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes u otras sustancias análogas.*

Instrucción 12/TV-73

I. Introducción

Los datos que se vienen analizando de la práctica de controles para la detección de sustancias estupefacientes, psicotrópicas, estimulantes o análogas (drogas tóxicas en adelante) en los conductores han motivado que sea necesario articular una intervención específica que contribuya a reducir este grave problema, que constituye uno de los mayores factores de riesgo para la seguridad vial en España.

Aunque el procedimiento para la realización de controles de drogas ha sido objeto de regulación por este Centro Directivo –Instrucciones 07/S-94 y 08/S-102–, es necesario redefinir el procedimiento con objeto de hacer los controles más eficientes con los medios de que se dispone, y también es necesario adaptar el procedimiento de actuación a la reforma del artículo 796, apartado 7, de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Esta Instrucción tiene por objeto describir el procedimiento de actuación de los agentes de la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil y del personal facultativo, en la realización de pruebas preventivas para la detección de determinadas drogas tóxicas, previstas en el artículo 12 del Texto Articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo (Ley de Seguridad Vial en adelante), y desarrollado en los artículos 20 y siguientes y 27 y siguientes del Capítulo V, Título Primero, del Reglamento General de Circulación, aprobado por Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre.

II. Reglas generales

II. 1. Carácter de las pruebas y obligatoriedad de someterse a las pruebas. Los controles de drogas que se realicen tienen la consideración de obligatorios para todos los conductores requeridos para ello por los agentes de la autoridad, conforme señala el artículo 12.3 de la Ley de Seguridad Vial.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28.1.b) del Reglamento General de Circulación, aprobado por Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, deberá someterse a las pruebas de detección toda persona que se encuentre en una situación análoga a cualquiera de las enumeradas en el artículo 21 del citado texto, respecto de la investigación de la alcoholemia.

Por otra parte, la negativa a someterse a las pruebas puede ser constitutivo de delito, conforme a lo prevenido en el artículo 383 del Código Penal.

II. 2. Objeto de regulación. En esta Instrucción se regula el procedimiento para la realización de pruebas preventivas para la detección de sustancias estupefacientes, psicotrópicas, estimulantes y análogas, en combinación con pruebas para la detección del grado de alcohol en aire espirado, sin perjuicio de su aplicabilidad para los casos en los que haya existido infracción y también, si fuera posible, en los casos de accidente.

III. Tipos de pruebas. Definiciones

A los efectos de la presente Instrucción, se distinguen los siguientes tipos de pruebas:

Tipo 1: Controles anidados: Pruebas de detección de alcohol seguidas, cuando así se determine, por pruebas de detección de drogas. El control anidado es aquél en el que se realiza la prueba de detección de alcohol y, a continuación, tras la observación por parte del agente actuante de los signos generales que presenta el conductor, aquél determinará la procedencia o no de realizar la prueba de detección de droga.



Tipo 2: Controles anidados inversos: Pruebas de detección de drogas seguidas, cuando así se determine, por pruebas de detección de alcohol.

Tipo 3: Controles sucesivos: Pruebas de detección de alcohol y de drogas, ambas de forma sucesiva. Serán los seguimientos por el conocimiento de la prevalencia.

IV. Información previa y observación de signos generales

El procedimiento se iniciará con la detención de un vehículo a motor, ciclomotor o bicicleta.

A continuación, los agentes informarán al conductor de que está obligado a someterse a las pruebas para la detección de alcohol y otras drogas, de conformidad con el artículo 12 de la Ley de Seguridad Vial y los artículos 27 y siguientes del Reglamento General de Circulación, así como que la negativa a someterse a las mismas puede suponer un delito previsto en el artículo 383 del Código Penal. En este último supuesto, se seguirá lo establecido en el apartado V de esta Instrucción.

En este momento inicial de detención del vehículo, toma de documentación del conductor e información a éste sobre el control a realizar y las pruebas a las que será sometido, los agentes comenzarán a evaluar los signos externos generales que muestre o presente el conductor, que se detallan en el acta de signos generales contenida en el Anexo I.

Se informará al conductor de que los datos de carácter personal que figuran en el acta del Anexo I serán destruidos si el resultado de las pruebas es negativo.



V. Negativa del conductor a realizar las pruebas

Si el conductor requerido para la realización de las pruebas, una vez informado de lo indicado en el segundo párrafo del apartado IV precedente, se niega a ser sometido a las mismas, los agentes procederán de la siguiente manera:

- a) Si el conductor no muestra signos externos de ingesta o incorporación al organismo de sustancias estupefacientes o alcohol cumplimentarán atestado por posible delito de negativa previsto en el artículo 383 del Código Penal.
- b) En el caso de que el conductor presente signos generales y específicos descritos en el acta del Anexo I cumplimentarán, además de lo indicado en el supuesto anterior, atestado por el posible delito de conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas o drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas previsto en el artículo 379.2 del Código Penal.

También se reputará como negativa a la realización de las pruebas la oposición a continuar las mismas una vez hayan comenzado a llevarse a cabo (negativa sobrevenida).

En los dos supuestos referidos en este apartado y en caso de la negativa sobrevenida a realizar la prueba, se cumplimentará debidamente el acta de signos referida. Igualmente se inmovilizará el vehículo, en los términos y según el procedimiento establecido en el artículo 84 de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.

VI. Incapacidad de salivar

Como quiera que los dispositivos de detección de estas sustancias necesitan cada vez menos cantidad de fluido oral para hacer correctamente el análisis, los supuestos de incapacidad de salivación constituirán un problema progresivamente menor. En todo caso, los fabricantes establecen los sistemas o criterios para



garantizar la adecuada obtención de la muestra incluso en esos supuestos que, en todo caso, validará y comunicará este Centro Directivo.

Los agentes documentarán siempre cualquier extremo sobre el particular, procederán a realizar la prueba de detección de alcohol y cumplimentarán los signos descritos en el Anexo I.

El agente ofrecerá al conductor la posibilidad de hacer uso de su derecho a una prueba de contraste.

VII. Desarrollo de las pruebas

Tipo 1.- Control anidado

El conductor será informado inicialmente de que las pruebas previstas se componen de las siguientes partes:

1. Prueba de detección de alcohol en aire espirado (PDA).
2. Observación y descripción de signos específicos.
3. Pruebas de detección de drogas, (PDD) cuando el resultado de la prueba de detección de alcohol sea negativo pero los agentes observen signos externos del consumo de drogas o, aún siendo positivo, los agentes observen signos generales o específicos indicativos de poder estar bajo la influencia de las drogas.

a) **Prueba de detección de alcohol (PDA)**. Los agentes someterán al conductor a las pruebas de detección de alcohol siguiendo el procedimiento habitual previsto en los artículos 22 y siguientes del Reglamento General de Circulación.

- Supuesto 1.- Si el resultado de la prueba de alcohol fuera POSITIVO, se actuará conforme al procedimiento habitual, por vía penal o administrativa, según corresponda. Con carácter general, en este supuesto no estaría indicado realizar prueba de drogas, aunque los agentes pueden, como se ha



descrito, estimar oportuno la realización de ésta si apreciaran signos indiciarios de ingesta o incorporación al organismo de cualquier sustancia estupefaciente, psicotrópica, estimulante o análoga, de acuerdo con el acta de signos del anexo I.

- Supuesto 2.- Si el resultado de la prueba de alcohol fuera NEGATIVO y se observaran signos (generales o específicos) que pudieran indicar el consumo de sustancias, se procederá a la realización de las pruebas de drogas conforme se indica en los apartados siguientes.

- Supuesto 3.- Si el resultado de la prueba de alcohol fuera NEGATIVO y no se observaran signos de consumo de sustancias, la prueba se da por finalizada y se destruirá la información que contenga datos de carácter personal (Anexo I).

b) Prueba de detección de drogas tóxicas (PDD). Esta prueba se llevará a cabo si, como ya se ha definido, el resultado de la PDA es negativo pero se observan signos o bien si la PDA es positiva y los agentes estiman oportuno realizarla.

La detección de drogas supone, por una parte, someter al conductor a una prueba consistente en la toma de una o dos muestras de fluido oral, y por otra, realizar una descripción de signos específicos por parte del agente actuante cumplimentando el formulario recogido en el Anexo I.

- Primera muestra: Con carácter general, se tomará una muestra de fluido oral que tiene la consideración de prueba indiciaria de consumo o incorporación al organismo de drogas, y que dará el resultado "in situ".

- Segunda muestra: Si el resultado de la prueba "in situ" arroja un resultado positivo (consumo reciente de sustancia), la segunda muestra se tomará inmediatamente después. Esta segunda muestra tiene consideración de *prueba evidencial*, a los efectos previstos en el artículo 28 del Reglamento



General de Circulación y será remitida al centro toxicológico o laboratorio de referencia para su análisis.

La obtención de la segunda muestra podría no ser necesaria en el caso de que el equipo o dispositivo utilizado para la prueba permita recoger una muestra de fluido oral en cantidad suficiente para obtener el resultado inmediato en el lugar del control y el posterior análisis en laboratorio. En esos casos, se enviará al laboratorio o centro toxicológico de referencia dicha muestra cuando el resultado de la lectura in situ, o prueba indicaria, haya sido positivo.

Una vez realizado el test salival, el agente finalizará la observación y descripción de signos específicos descritos en el Anexo I.

Tipo 2.- Control anidado inverso

En el caso de control anidado inverso el procedimiento es similar al descrito en el control anidado (tipo 1), pero realizando primero la prueba de detección de drogas y sólo, en su caso, la prueba de alcohol.

El conductor será informado de que las pruebas a las que será sometido constan de las siguientes partes:

1. Pruebas de detección de drogas (PDD)
2. Observación y descripción de signos
3. Pruebas de detección de alcohol, (PDA) cuando el resultado de la prueba de detección de drogas sea negativo pero los agentes observen signos externos de posible ingesta de bebidas alcohólicas.

a) **Prueba de detección de drogas (PDD)**. Los agentes someterán al conductor a las pruebas de detección de drogas tóxicas, recogiendo desde su inicio, en el Anexo I, la observación y descripción de signos.



Supuesto 1.- Si el resultado de la prueba fuera POSITIVO se actuará conforme al procedimiento habitual, por vía penal o administrativa, según corresponda. Con carácter general, en este supuesto no estaría indicado realizar prueba de detección de alcohol, aunque los agentes pueden estimar oportuno la realización de ésta si constatan signos indiciarios de ingesta de bebidas alcohólicas.

Supuesto 2.- Si el resultado de la prueba de detección de drogas tóxicas fuera NEGATIVO y se observaran signos de ingesta de bebidas alcohólicas, los agentes realizarán prueba de detección de alcohol.

Supuesto 3.- Si el resultado de la prueba de drogas fuera NEGATIVO y no se observan signos de consumo de bebidas alcohólicas, la prueba se da por finalizada y se destruirá la información que contenga datos de carácter personal (Anexo I).

El procedimiento para la realización de la prueba de detección de drogas es el descrito en el epígrafe "tipo 1.b)" de este apartado VII.

b) Prueba de detección de alcohol (PDA). Esta prueba se llevará a cabo, como se ha indicado anteriormente, si el resultado de la PDD es negativo pero se observan signos de consumo de alcohol, o bien, si la PDD es positiva y los agentes estiman oportuno realizarla.

Los agentes someterán al conductor a las pruebas de detección de alcohol siguiendo el procedimiento habitual previsto en los artículos 22 y siguientes del Reglamento General de Circulación.

Si el resultado de la prueba es negativo y el de la PDA también lo había sido, se dará por finalizado el procedimiento y se destruirá la información que contenga datos de carácter personal.



Tipo 3.- Controles de alcohol y drogas sucesivamente.

Una vez informado el conductor de las pruebas a realizar, se realizarán las mismas conforme a los mismos procedimientos descritos en los apartados anteriores. Obsérvese que el control de alcohol y drogas sucesivo se diferencia del control anidado o del control anidado inverso en la necesidad de hacer el segundo control de drogas y/o alcohol, al margen de cuál haya sido el resultado positivo o negativo del primero.

VIII. Criterios para aplicar los distintos tipos de controles

Con carácter general, en el marco de los controles preventivos ordinarios se llevarán a cabo los controles anidados (tipo 1). Dichos controles también se podrán realizar en el marco de campañas específicas.

Los controles anidados inversos (tipo 2): drogas y, en su caso, alcohol, se realizarán en el marco de campañas específicas de ámbito local dirigidas preferentemente a abordar el problema de consumo de sustancias en un entorno geográfico determinado. Se entiende por ámbito local el referido a una zona geográfica concreta.

Finalmente, los controles de alcohol y drogas sucesivos (tipo 3) se realizarán en el marco de programaciones anuales para todo el ámbito territorial competente. Tendrán carácter fundamentalmente aleatorio y atenderán a una distribución temporal y espacial que se determinará oportunamente. Estos controles permitirán conocer la evolución de la prevalencia de consumo de estas sustancias y serán de inestimable valor para la toma de decisiones en las políticas viales sobre esta materia.

Los controles anidados se llevarán a cabo en el marco de los controles ordinarios de alcohol y siguiendo los procedimientos habituales. Con objeto de optimizar la práctica de estos controles para la detección de drogas, este Centro



Directivo comunicará de forma periódica los criterios generales con los parámetros de distribución temporal y espacial más convenientes para llevarlos a cabo.

Los controles anidados inversos y los controles sucesivos de alcohol y drogas se fijarán por este Centro Directivo con el detalle de la metodología en cada caso.

IX. Sustancias a detectar

Las sustancias que serán detectadas vendrán determinadas por este Centro Directivo según la incidencia de consumo en la conducción, entre otros criterios, cuestión que será tenida en cuenta a la hora de hacer la adquisición de equipos por parte de la Unidad correspondiente de este Centro Directivo.

X. Prueba de contraste

Si de conformidad con el art. 28 del Reglamento General de Circulación, el conductor sometido a una prueba de drogas hiciera uso de su derecho a realizar una prueba de contraste, ésta se hará en sangre (no en orina), como en el caso de la prueba de alcohol. La diferencia radica en que la muestra de sangre por contraste en las pruebas de drogas será remitida, en todo caso, al centro toxicológico o laboratorio de referencia al que se envíe el fluido oral para su análisis y no será analizada por el centro sanitario donde se proceda a la extracción.

XI. Custodia y gestión de muestras

La gestión de la muestra se realizará conforme a los protocolos médico-legales de cadena de custodia (Orden JUS/1291/210 de 13 de mayo), y debe ser remitida al centro toxicológico o laboratorio de referencia que se haya indicado para realizar los análisis de las sustancias detectadas.



X. Información sobre práctica de controles

El análisis de los datos derivados de la realización de estos controles es un aspecto crítico para poder tomar decisiones sobre esta materia. Por este motivo, por parte de la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil se remitirán a este Centro Directivo datos de actividad y detalle de los controles de acuerdo a las siguientes directrices:

1. En los controles preventivos se remitirán datos de actividad con la frecuencia mensual con que se informe de otros parámetros. Las variables a recoger serán determinados por este Centro Directivo. En todo caso, para los resultados negativos se informará del tipo de control, hora, lugar y número de pruebas. Para los resultados positivos tanto de alcohol como de drogas, además de esa información, se comunicará el número del expediente (la denuncia), así como los datos complementarios que se determinen.
2. La información relativa a las campañas específicas (controles anidados inversos) se determinará con la necesaria antelación en el momento de planificarlas.
3. La información relativa a los seguimientos de prevalencia (controles de drogas y alcohol) se determinará, con la necesaria antelación, en el momento de planificar la intervención y la misma será de especial importancia para conocer la evolución de la prevalencia de consumo en esta materia.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 30 de noviembre de 2012

LA DIRECTORA GENERAL DE TRÁFICO,



María Seguí Gómez

A todas las Unidades del Organismo.



ANEXO I

Acta de signos clínicos observados en: D / D* con DNI número	
<p>A. Observaciones generales a realizar mientras se solicita documentación, se inspecciona el vehículo, etcétera:</p> <p>1. Actitud y comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nervioso <input type="checkbox"/> Inadecuadamente contento, eufórico <input type="checkbox"/> Provocativo, agresivo <input type="checkbox"/> Lloroso <input type="checkbox"/> Adormilado <input type="checkbox"/> Se rasca la cara continuamente <input type="checkbox"/> No comprende instrucciones <p>Otras alteraciones, señalar:</p> <p>2. Aspecto corporal general:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tembtor <input type="checkbox"/> Sudoración inapropiada (por ejemplo sudor con tiritona o en ambiente frío) <input type="checkbox"/> Inquietud <input type="checkbox"/> Respiración superficial <p>Otras alteraciones, señalar:</p> <p>3. Aspecto de la cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Parpadeo constante <input type="checkbox"/> Nariz roja <input type="checkbox"/> Enfiya constantemente <input type="checkbox"/> Traga saliva <input type="checkbox"/> Olor a porro, a marihuana <p>Otras alteraciones, señalar:</p> <p>4. Habla/lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Locuacidad, hilaridad, no para de hablar <input type="checkbox"/> Habla dificultosa, lenta, mal articulada (arrastra las palabras) <input type="checkbox"/> Voz de tono bajo y rasposo <p>Otras alteraciones, señalar:</p> <p>5. Coordinación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tambaleante, sin equilibrio <input type="checkbox"/> Movimientos descoordinados <input type="checkbox"/> Tembtor generalizado <input type="checkbox"/> Tembtores de piernas <p>Otras alteraciones, señalar:</p>	<p>B. Signos específicos:</p> <p>6. Aspecto de la conjuntiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conjuntiva enrojecida o con edema <p>7. Movimientos oculares de seguimiento:</p> <p>¿Existe brusquedad y/o espasmo en el movimiento? <input type="checkbox"/> Sí, en uno o ambos ojos</p> <p>8. Valoración del Nistagmo horizontal:</p> <p>8.1. ¿Aparición de nistagmo amplio, evidente y continuo? <input type="checkbox"/> Sí, en uno o ambos ojos</p> <p>8.2. ¿Aparición de nistagmo a menos de 45 grados? <input type="checkbox"/> Sí, en uno o ambos ojos</p> <p>9. Diámetro pupilar (en vehículo normalmente iluminado):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contracción en ambos ojos (≤ 2 mm) <input type="checkbox"/> Dilatación en ambos ojos ($\geq 6,5$ mm) <p>10. Reacción pupilar a la luz / acomodación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enteneñida o apenas perceptible <input type="checkbox"/> Dificultad para la acomodación pupilar. <p>Lugar y fecha:</p> <p>Firmado:</p> <div style="margin-top: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 2 mm <li style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 3 mm <li style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 4 mm <li style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 5 mm <li style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 6 mm <li style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 7 mm </div> <p>Tabla diámetros pupilares</p>



Criterios via penal consensuados con Fiscalía:

Cuando se den alguna de las siguientes circunstancias:

- Signos generales + Signo específico 7.
- Signos generales + Signo específico 8 (al menos uno de ellos).
- Signos generales + Signo específico 10 (al menos uno de ellos).
- Signos generales + Signo específico 6 + 9.
- Signos generales + Signo específico 6 + alguno de los siguientes: 7, 8, 10.
- Signos generales + Signo específico 9 + alguno de los siguientes: 7, 8, 10.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez FJ, González Luque JC. Drogas, adicciones y aptitud para conducir. Edición 3ª, Mayo 2014. Edita: F. Javier Álvarez. Universidad de Valladolid (Centro de Estudios de Alcohol y Drogas). <http://www.drogasyconduccion.com/> sección “materiales”.
2. RDL 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 nº 63, de 14 de marzo; corrección de errores BOE nº 185, de 3 de agosto).
3. Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, 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, aprobado por Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, que contiene el texto consolidado.
4. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Modificación por Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre.
5. Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
6. Lijarcio JI, Martí-Belda A, Bosó P. Tratamiento administrativo y penal del consumo de alcohol y otras drogas en la conducción de vehículos. Revista Española de Drogodependencias 36; 351-366, 2011
7. Ferrandis D. La reforma del delito de conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas operada por las LO 15/2007, de 30 de noviembre y 5/2010, de 22 de junio. Revista Española de Drogodependencias 36; 367-374, 2011

4. CONTROLES DE DROGAS EN CARRETERA

A continuación se presenta de modo esquemático como se realizan los controles de drogas en carretera de acuerdo a la legislación vigente, y los procedimientos para la toma de la primera muestra y la segunda muestra gemelar de fluido oral, así como información sobre los principales dispositivos existentes¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez FJ, González Luque JC. Drogas, adicciones y aptitud para conducir. Edición 3ª, Mayo 2014. Edita: F. Javier Álvarez. Universidad de Valladolid (Centro de Estudios de Alcohol y Drogas). <http://www.drogasyconduccion.com/sección“materiales”>.

CONTROLES EN CARRETERA

SISTEMAS PARA LA DETECCIÓN ON-SITE DE DROGAS EN SALIVA: ejemplo del Drugtest5000



El control podrá realizarse cualquier día, a cualquier hora y en cualquier tipo de vía

1

Una vez establecido el punto de control los agentes proceden a la detención del vehículo. Se solicitará la documentación del conductor y el vehículo

2

El agente observará signos externos generales que indiquen si el conductor está bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva y rellenará la primera parte del acta de signos

3

Los agentes someterán al conductor a las pruebas de detección de alcohol



4

Los agentes someterán al conductor a las pruebas de detección de drogas tóxicas



5

Toma de muestras de fluido oral
El resultado se tendrá in situ a los 10-15 minutos

RESULTADO POSITIVO
RESULTADO NEGATIVO
El control finaliza para el conductor

6

Se rellenará por completo el acta de signos específicos:
- Signos
- Movimientos oculares de seguimiento
- Movimientos oculares involuntarios
- Temblores y/o espasmos a la voz
- Test de romberg
- Marcha en tandem o prueba de puntera sobre el talón de cada pie
- Rotaciones sobre una pierna

El conductor puede solicitar una prueba de contraste.
Prueba en sangre

Se tomará una segunda muestra de saliva que se enviará al centro toxicológico para su análisis siguiendo la cadena de custodia

SISTEMAS PARA LA DETECCIÓN IN-SITU DE DROGAS EN SALIVA:

El procedimiento completo se compone de varias etapas:

Toma de la primera muestra

Análisis in situ de una muestra de saliva (fluido oral) mediante la utilización de un dispositivo portátil de detección de drogas en saliva (fluido oral): es un test iniciario

Principales dispositivos: algunos ejemplos



DrugTest® 5000
(Dräger)



Cozart® DDS
(Concateno)



Biosens 600 (LYL Ingeniería)



DrugWipe®
(Securetec
Detektions-Systeme AG)



DOA Saliva Screen
(MEDACX)

Características básicas

de los dispositivos de detección in situ de drogas

- Toma de muestra no invasiva: indolora, higiénica y fácil
- Multitest: Posibilidad de detectar en un solo análisis las principales drogas de abuso (cannabis, anfetaminas, cocaína, benzodiazepinas, metanfetamina, opiáceos, metadona, ketamina, etc.
- Obtención de resultados relativamente rápidos y de lectura sencilla



Los dispositivos de detección de drogas in situ pueden detectar diversas sustancias. Según el dispositivo los puntos de corte (o cut-off) pueden ser diferentes

(Cut-off en ng/ml)

	DrugTest® 5000	Cozart® DDS	DrugWipe®	DOA Saliva Screen
ANFETAMINA	50	50	80	50
METANFETAMINA	35	50	80	50
COCAÍNA	20	30	10	20
OPIÁCEOS	20	40	10	40
THC	5-25	25	10	12
BENZODIAZEPINAS	15	20	?	10

Valores vigentes cuando se elaboró este documento

Toma de la segunda muestra gemelar

Toma de muestra de saliva gemelar, o segunda muestra, en caso de resultado positivo en el test in situ de drogas: en aquellos conductores que han dado un resultado positivo a alguna droga en el test indicario

Existen varios dispositivos comercializados para la toma y envío de la muestra gemelar de fluido oral al laboratorio:



Se debe respetar la cadena de frío así como la cadena de custodia

La muestra de saliva debe ser correctamente etiquetada con los datos identificativos del caso y precintada.

Las muestras serán introducidas, en contenedores refrigerados.

El laboratorio que ha realizado en análisis toxicológico emite un informe con los resultados, en el que deberán de figurar las concentraciones para cada uno de los compuestos detectados.

5. TRÍPTICO. ALGUNOS ASPECTOS QUE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES DEBEN CONOCER

Tomado de: Álvarez FJ, González Luque JC. Drogas, adicciones y aptitud para conducir. Edición 3ª, Mayo 2014. Edita: F. Javier Álvarez. Universidad de Valladolid (Centro de Estudios de Alcohol y Drogas).
<http://www.drogasyconduccion.com/> sección “materiales”.

DROGAS, ADICCIONES, SU TRATAMIENTO Y CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

Puntos clave para recordar

- Consulte a su médico o farmacéutico si el medicamento que toma puede influir en su capacidad para conducir.
- Antes de iniciar el tratamiento, lea en el prospecto el apartado destinado a la conducción y manejo de máquinas.
- Evite conducir los primeros días al inicio de una nueva medicación o cuando le modifiquen la dosis inicial.
- Tome la medicación en la dosis y horario que le haya indicado su médico o farmacéutico.
- Observe el efecto que el medicamento produce en usted: ¿siente somnolencia, debilidad, visión borrosa?
- Si el medicamento que toma afecta a su capacidad para conducir, deje de conducir y consulte con su médico o farmacéutico. No deje de tomar su medicación sin consultar antes a su médico o farmacéutico.
- Evite tomar alcohol cuando esté tomando medicamentos. Lo mejor es no probarlo.
- Algunos medicamentos pueden afectar a la capacidad para conducir.

■ Observe si aparece este símbolo en el envase de su medicamento y lea el prospecto.

■ Si tiene alguna duda, consulte con su médico o farmacéutico.

Espacio para logos

© diseño sociológico.com

Drogas, rendimiento psicomotor y accidentes de tráfico

La conducción de vehículos es un hecho complejo en el que intervienen múltiples habilidades. Los diferentes tipos de drogas interfieren con una adecuada capacidad para conducir con seguridad. Según el tipo de droga se producen diversos efectos sobre el sistema nervioso central, pudiéndose deteriorar el rendimiento psicomotor, es decir el proceso de:

- recepción de la información (visual, auditiva, etc.),
- procesamiento de la información (por ejemplo, el peatón está pasando un paso deebra), y
- la realización de un acto o respuesta (por ejemplo, frenar).

Algunas drogas producen importantes efectos sobre la conducta y la toma de decisiones.

La información disponible hoy en día es que conducir bajo los efectos de drogas no sólo deteriora la capacidad para conducir con seguridad, sino que además se asocia a un mayor riesgo de implicación en accidentes de tráfico con resultado de muerte.



Legislación sobre drogas y conducción

En nuestro país la conducción de vehículos y drogas es objeto de regulación tanto en las normas penales como en las normas administrativas. La conducción de vehículos bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas constituye un delito en el Código Penal.

La sanción administrativa, tiene la consideración de muy grave y acarrea, además de la correspondiente sanción económica la retirada de seis puntos del carnet de conducir.

En la actualidad se realizan controles de droga en carretera de manera rutinaria en nuestro país. Se utiliza la saliva (fluido oral) como muestra donde se realiza el análisis. En caso de resultado positivo, se toma una segunda muestra de saliva que es analizada en un laboratorio de toxicología.



Adicciones y aptitud para conducir

El paciente con dependencia a drogas o con otros trastornos relacionados con el consumo de drogas, puede tener deteriorada su capacidad para conducir. La aptitud para conducir se evalúa en los Centros de Reconocimiento de Conductores.

La enfermedad (dependencia), la posible existencia de otras patologías, y la medicación recibida, son aspectos a tener en cuenta a la hora de valorar la aptitud para conducir. Los pacientes deben ser conscientes de los efectos de su enfermedad(es), medicación recibida y consumo de drogas, sobre la conducción y el mayor riesgo de accidentes.

El diagnóstico de trastorno por consumo de drogas por sí mismo no implica que el paciente no pueda conducir. Bajo un adecuado control terapéutico, los pacientes con estos trastornos pueden conducir. La valoración es siempre individual.



6. CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara que no tiene ningún conflicto de interés.

7. AGRADECIMIENTOS

Nuestro especial agradecimiento a I. Fierro, T. Gómez-Talegón, J.C. González-Luque, M.C. del Río y E. Valdés.

8. CORRESPONDENCIA

Francisco Javier Álvarez González

Departamento de Biología Celular y Farmacología

Avenida de Ramón y Cajal, 7

47005-Valladolid

Teléfono: 983 42 30 78

Fax: 983 42 30 73

Correo electrónico: dpto.biocel@uva.es

alvarez@med.uva.es

Debate

Moderadores: **Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral**
Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Preguntas: Público asistente

Respuestas: **Ilma. Sra. D^a María Teresa Soler Moreno**
Prof. Dr. D. Francisco Javier Álvarez González

Dr. Francisco Bueno

Según diferentes informes en los últimos años y debido a la crisis económica han aumentado los consumos de antidepresivos, ansiolíticos, tranquilizantes, etc. Muchas personas tienen su receta médica que les autoriza a consumir estos medicamentos; pero muchos de estos fármacos tienen como contraindicación o advertencia de riesgo, la conducción de vehículos a motor o el uso de maquinaria pesada. Hago la primera pregunta a la Sra. Fiscal: **¿Cómo se va a resolver esto con la nueva aplicación de la Ley de Seguridad Vial, considerando que éste es un tema desde el punto de vista médico muy complejo?**

D^a María Teresa Soler

También lo es desde luego, en el ámbito penal. En el administrativo no voy a entrar porque a fin de cuentas, yo a lo que me dedico es al ámbito penal pero creo que quizás la respuesta cuando esté a la vista de la jurisprudencia, porque nosotros solamente podemos obtener respuestas cuando existe jurisprudencia, si bien con una iniciativa por parte de la acusación llevando, impulsando la calificación de los hechos como delitos. Creo que la respuesta en cierto modo estaría en el artículo 12 nuevo, en el cual dice: *“tampoco podrá circular por vías objeto de esta ley el conductor de cualquier vehículo con presencia de drogas en el organismo”*. Es decir, tolerancia cero y en cualquier momento en que tenga una presencia de drogas siempre va incurrir cuanto menos en una infracción administrativa.

Otra cuestión distinta es la penal, porque el principio de mínima intervención de derecho penal, nos llevará a que solamente tendremos en cuenta la posibilidad

de un riesgo concreto abstracto cuando haya una concreta influencia de estas drogas, como dice el artículo 379/2. Respecto a estos medicamentos que se pueden entender, no como drogas de abuso, sino como drogas que han sido indicadas terapéuticamente dice el artículo 12 que: *quedaran excluidas aquellas sustancias que se utilicen bajo prescripción facultativa y con una finalidad terapéutica*. Es decir, en principio, efectivamente quedarían excluidas, pero luego dice a continuación, *siempre que se esté en condiciones de utilizar el vehículo conforme a la obligación de diligencia, precaución y no distracción establecida en el artículo 9*.

Es decir, volvemos a lo mismo, independientemente de que se vaya a la vía de infracción administrativa que lo será casi siempre, pero en este caso, si hay una indicación terapéutica, y con finalidad curativa, tenemos que analizar como en la penal, lo que habrá de tenerse en cuenta, como ocurre en el ámbito penal cuando se describe el tipo del artículo 379, es que esto influya con una suficiencia como para que el conductor no sea dueño de sus actos, tenga una merma suficiente como para generar un peligro con su conducción.

Y creo que aquí en todo caso estaría la respuesta siempre que se esté en condiciones de utilizar el vehículo conforme a esta diligencia que se exige en todo conductor. Si no está en esta situación, si la influencia de esta droga, por muy terapéutica que sea y por mucha prescripción facultativa que haya, incide lo suficiente como para no ser dueño de la conducción segura de su vehículo, creo que entonces estaremos incidiendo en una infracción bien administrativa o penal dependiendo de la enjundia y de la gravedad de la misma.

Dr. Francisco Bueno

Muchas gracias M^a Teresa por una respuesta tan exhaustiva.

Una vez abierto el Debate con esta primera pregunta, os cedo la palabra a vosotros. Preguntas por favor. Sí adelante.

Pregunta:

Quisiera saber sobre otros medicamentos, como son por ejemplo, Diazepam, antihistamínicos, que sabemos que los de primera generación producían somnolencia, o las Benzodiacepinas, que darían positivo. ¿Tendría una sanción?

Dr. Javier Álvarez

La respuesta es clara, la ley habla de drogas psicoactivas y medicamentos. La tira detecta benzodiacepinas, claro, no tenemos una tira que mire antidepresivos, por lo tanto con los antidepresivos no tenemos ese problema porque no está la tira. Pero si el fiscal en el contraanálisis que le hemos hecho le sale todo, hasta si está tomando anticonceptivos, ahí en la cromatografía sale todo, y hay casos que te puedes encontrar que igual ha habido un falso positivo a la cocaína pero de repente, aparecen los medicamentos.

Yo voy al caso más claro de las benzodiazepinas. Con las benzodiazepinas puede ocurrir como dices, que sean un medicamento prescrito, pero también sabemos que muchos drogodependientes lo toman para mitigar ciertos efectos. ¿Qué es lo que hacen en el norte de Europa? Te dicen: tráigame usted en el plazo de 48 horas un informe de su médico en que le diga que le han prescrito a usted este medicamento, a qué dosis y para qué indicación. Si tú tienes ese criterio, generalmente, lo que hacen en Suecia, que es lo que debemos adaptar, diremos, “ese es un uso médico”.

El siguiente factor que habría que hacer es que en el análisis cromatográfico, la dosis, la concentración que encontrases, es una concentración terapéutica. Si estás tomando Diazepam 5 mg y el nivel que encontramos en el fluido oral es compatible con tomar 5 mg. Entonces no te sancionan, porque se entiende que es una prescripción médica. Como las benzodiazepinas lo está tomando el 2% de la población española, podríamos tener hasta un 2% de población que daría ese positivo a las benzodiazepinas.

La DGT de España y los responsables de tráfico de otros muchos países han optado inicialmente por no determinar benzodiazepinas. Hasta que haya un desarrollo muy claro y se evite el tema de la confusión. No los detectan los test de saliva. Y luego, lo que dice el pictograma es “lea usted el prospecto”. Los medicamentos dan una advertencia en el apartado 4.7. El apartado 4.7 de la metadona y el apartado 4.7 de la Bupropiona, de la Naloxona hacen unas advertencias muy claras.

¿Qué es lo que nos puede ocurrir? Ahora lo primero que hacen los seguros tras un accidente es solicitar la visita del toxicólogo y si el sujeto ha consumido drogas se exime a las compañías de seguros del pago de una posible indemnización. Para toda la gente que tratáis pacientes, especialmente que toman psicofármacos y sobre todo drogodependientes, hay que poner en la historia clínica: “Le he informado al paciente del riesgo, le he indicado que tome nota”, porque luego los jueces le dicen, “no, la información verbal no me vale”. Usted tiene que ponerlo en la historia clínica y quedar remarcado en ella. Y esa es una lucha constante en todos los países: no solo tienes que informarle, si no que tienes que ponerlo en la historia clínica, porque si no, ante la duda dirá: “pues es responsable subsidiario el doctor”, porque al paciente le tuvo que decir que no debería conducir si tomaba cocaína y además le dije que si le estaba dando tal medicamento, más tal medicamento, debería no conducir. Ese es uno de los riesgos que queremos evitar, que los médicos pasen a ser responsables subsidiarios; pero la ley y la presión europea va por ahí.

Hemos dicho que en el sur de Europa tenemos muchos problemas de drogas, pero en el norte de Europa los problemas los tienen con las benzodiazepinas y con las anfetaminas que utilizan los preparados como Concerta y otros medicamentos para drogarse (Zopiclona, Zolpidem y Zaleplon -los llamamos hipnóticos Z-), que

teóricamente duran 8 horas, ha tomado uno a las 12 de la noche; teóricamente, a las 8 de la mañana no tenía que tener efectos residuales. Pues en el norte de Europa, hay una accidentalidad tremenda sobre todo con Zopiclona, porque curiosamente tiene un efecto residual que no se detecta en los test y que le asocia un mayor riesgo. Lo mismo que la Vareniclina para dejar de fumar, se asoció con los suicidios, y ahora misma Vareniclina es una droga (medicamento 3) para conducción, porque conlleva conductas de riesgo enorme.

Pero en toda Europa la sección 4.7 es informativa, para que un paciente cuando lo lea, lo entienda. Pero claro, lo que nos pueda ocurrir, es que lleguen los fiscales y los jueces y que digan: “usted no informó adecuadamente al paciente”. Si son pacientes drogodependientes hay que informales de los riesgos para la conducción y uso de maquinaria peligrosa. Si le das como médico cierta medicación le tienes que decir, “por favor procure no conducir o no conduzca”, y ponerlo en la historia clínica.

Pregunta

Hoy en día, esos medicamentos que no detectan las tiras, se asemejan a conducir un ciclomotor tuneado; es esa falta de precaución necesaria que decía la Sra. Fiscal cuando nos hablaba del artículo 9. La pregunta es en relación a esa revisión que ya hacía al principio, la Ley de Enjuiciamiento Criminal, la norma administrativa en la que luego va a regir la decisión en el ámbito penal.

Mi pregunta es: El 9 de mayo cambia la norma y establece un nuevo procedimiento **¿el procedimiento que va a regir es el del artículo 12 o el del artículo 28?** Porque el artículo 12 ahora habla de que: “las pruebas consistirán” como un imperativo, entonces **¿Aquellos que no tengan la posibilidad de realizar esas pruebas de test salivar? ¿Luego en el ámbito penal esto como se prevé resolver?**

D^a M^a Teresa Soler

Lo que debe primar evidentemente es lo que prevé la ley y lo que prevé la Ley de Enjuiciamiento Criminal es los test salivares. Pero el problema es que cuestan dinero y no todos los cuerpos de policía están dotados, ni tienen esos test salivares para llevar a cabo estas pruebas, y lo que bajo ningún concepto quiere la Fiscalía, y en este sentido se intentan hacer protocolos y además se recuerda mediante las conclusiones y mediante la circular, es que el hecho de que exista una previa obligación de acudir a los test salivares no implica en el artículo 796 que haya desaparecido la vigencia del artículo 12 de la Ley de Seguridad Vial, y del Reglamento en sus artículos 28 y siguientes.

Es decir, si no tenemos posibilidades de hacer un dispositivo salivar o hacer una práctica de prueba así, que sería más rápida, sería más garantista, por lo menos más práctica, porque al fin de cuentas implica llevar a cabo una aplicación como ha explicado el ponente, de un sistema bastante fácil que no consiste en llevar

a un centro sanitario al individuo que se le ve en maniobra extraña, esperar a que se le haga el reconocimiento, etc. Bien, pues si no podemos acudir a los test salivares, porque además lo dice el propio artículo que también se podrá llevar a cabo los correspondientes informes médicos, reconocimientos y análisis que él considere conveniente, se podrá llevar cuando no se pueda practicar.

Esto ocurre también con el alcohol cuando, por ejemplo, no se tiene el pertinente aparato etilómetro o bien, cuando el accidentado, el causante de los hechos o el analizado, “no está en una situación física en la que no pueda soplar”. Aquí es una circunstancia clarísima, pero cuando no se usa estos dispositivos, evidentemente se podrá ir a otra posibilidad y a otra. Creemos que no debe desecharse que se lleve a esta persona, porque tiene obligación de practicar estas pruebas que están previstas en los artículos 12 y 28, también al correspondiente centro sanitario donde será el médico quien le efectuará el reconocimiento pertinente y dirá, dados los síntomas que presenta el análisis que se le debe efectuar.

En todos estos casos, lo que hay que partir es de que hayan maniobras extrañas en la conducción, unos síntomas que en el atestado queden acreditados, como de influencia de drogas en la conducción y desde luego también hay que hacer un apercibiendo de que si no lleva a cabo esas pruebas va incurrir un delito de negativa a la práctica de pruebas, porque están establecidas reglamentariamente. De modo que hay que acudir previamente a lo que la Ley de Enjuiciamiento Criminal dice porque es lo que constituye la verdadera y primera prueba analítica que es el test salivar, pero evidentemente lo que no se puede dejar impunes son actuaciones en las que se observan unos síntomas externos, unas maniobras extrañas en la conducción dan resultado negativo al alcohol y sin embargo como no tenemos estos dispositivos no podemos dejarles impunes y hemos de acudir al artículo 12, y hemos de acudir al artículo 28 y establecer este protocolo bajo apercibimiento, tanto de que si no se somete o no acompaña puede encubrir en el delito de negativa y de que en el momento en el que el facultativo le diga: “tiene usted que practicar una analítica”; también cometería el delito si se negara a ello. En el caso de que sea invasiva, como es el caso de una analítica de sangre, que parece ser la más idónea para detectar estas drogas, se le pedirá el consentimiento y en el caso de que se niegue, se pedirá la autorización judicial correspondiente para la práctica de esa prueba invasiva.

Pregunta:

Efectivamente esa explicación que usted hace es la coherente para solucionar un problema que evidentemente desde mi punto de vista no está tan claro. Porque usted hace alusión al artículo 12 anterior que decía que: “*las pruebas consistirán normalmente*”. Ahora dice: “*consistirán*”. Luego el apartado siguiente al que dice como se harán las pruebas dice: “*que salvo causas justificadas*”, entonces yo iba en el sentido de que: **¿Es causa justificada no tener el medio para poder realizar la prueba?** Entiendo que no.

D^a M^a Teresa Soler

Entendemos en la Fiscalía que sí. Que no hay más causa justificada, desde luego, que no tener medios para llegar al término y que no se puede dejar impune una actuación, así que genera un peligro abstracto o incluso concreto muy grave dentro de la circulación vial.

Pregunta: ¿Y se penalizara más?

D^a M^a Teresa Soler:

Sí, pero sobre todo no se considera en absoluto, ni hay ninguna motivación para creer que deroga la Ley de Enjuiciamiento Criminal esta Ley de Seguridad Vial, ni el Reglamento que lo desarrolla y desde luego se está haciendo así.

Dr. Javier Álvarez

Probablemente en derecho se tiene distinta percepción que en medicina. Hasta el año 2008 no se hacía prácticamente nada. Esto es un cambio revolucionario y cada vez habrá más aparatos. Vivimos en un país muy garantista y la gente empieza a tener conciencia de ello. La cuestión no está en poner multa, la cuestión está en ver el efecto disuasorio, que la gente sepa que le pueden controlar.

Recuerdo cuando hace muchísimos años empezamos con el ALCOLOG, en Valladolid (fuimos los primeros en Europa junto con Noruega en un proyecto europeo en instalarlo), en Bélgica se hizo en pacientes alcohólicos, en Alemania se hizo en mercancías peligrosas y nosotros (Noruega y Valladolid) empezamos en transporte público. Ahora en Canadá y en el norte de Europa no hay autobús público que no lleve ALCOLOG.

En este tema de las drogas hay que ir por partes: Primero necesitamos una legislación convincente, somos un país tremendamente garantista y poco a poco vamos a ir acotando los comportamientos y ajustarlos a la ley. Después hay que dar una salida, es decir, quizá habrá que habilitar zonas de ocio donde la gente que ha consumido drogas pueda ir y volver de una manera segura. A este tema hay que darle una solución. También hay que hablar con los políticos para que conozcan bien el problema. Haciendo hincapié en que la educación de los jóvenes es fundamental y además capacitar y dar medios a los psicólogos y a los médicos para que intervengan con el objetivo entre todos de acabar con el problema.

Pregunta:

Por lo que ha apuntado usted del coste de la prueba, efectivamente es elevado y entre pitos y flautas se va a cien euros, sí que hay algún Ayuntamiento del territorio español, del norte, que ha hecho una Ordenanza Municipal que dice, el que da positivo paga toda la fiesta. **¿Qué le parece esta medida?**

Dr. Javier Álvarez

Me parece bien. El problema es el coste de la prueba. Algunos policías a los que les formamos por una parte de la DGT, nos plantean que cuando hablan con el concejal este dice 2.500 €, y añade ¿Pero a 500 euros /prueba? Pero si con 5 pruebas lo he amortizado. Sí, pero nosotros no queremos que esto se plantee para amortizar la compra del aparato y el coste de las pruebas, no. A ver si nos entendemos, nadie debe conducir bajo el efecto de las drogas. Pero la idea no es empezar a coger a gente indiscriminadamente, hacer pruebas y multar; sino hacer que la gente sepa que eso no lo puede hacer y tenga un adecuado conocimiento. Que los ciudadanos sean conscientes que no se debe consumir drogas y menos aún conducir habiendo consumido drogas. Al precio que esta la sanción, con cinco multas ya has pagado el aparato, pero ese no es el tema.

Pregunta:

Es referida al tema de los esteroides anabolizantes. Hace poco aquí en este mismo marco defendí mi tesis doctoral, uno de los temas que salieron es que el momento del máximo consumo de esteroides, los consumidores tenían una actitud muy violenta, muy agresiva y que lo trasladaban muchas veces al volante. Al igual que la cocaína, los esteroides anabolizantes son un droga que aquí en Valencia tenemos unas prevalencias bastantes altas. La pregunta es **¿Si la DGT en sus análisis, los detectan, supongo que la cromatografía sí, pero si los consideran y hasta qué punto esta sensibilizada la población a este problema?**

Dr. Javier Álvarez

Bien, el tema de las dietas muy ricas en calorías, incluso los corticoides a dosis muy altas y los anabolizantes, producen euforia pero, en cromatografía lo podemos ver todo.

Sabemos, por ejemplo, que el grupo de medicamentos que más riesgo tiene es las benzodiazepinas. A veces a ciertas dosis el riesgo es mucho mayor que el alcohol y por eso el desarrollo normativo. Piensa que hablamos de tráfico pero date cuenta que en Estados Unidos donde es motivo de despido automático que estés en el trabajo bajo efecto de drogas o sustancias.

Técnicamente en un futuro se podrá hacer, pero date cuenta que tienes un mililitro, con todo lo que se pierde tienes que elegir el tipo de sustancias. Por ejemplo, uno de los aparatos que se vende, dice, vamos a ver Fenciclidina, pues Fenciclidina en España hay muy poca, o Ketamina, hay que ser operativos en los test. Te cobran creo que 12 € por cinco o siete sustancias, Bueno pues habrá que buscar las cinco o seis sustancias que más te interese.

Recuerdo que los medicamentos y en eso estamos de acuerdo con la Fiscalía, son un caso muy peculiar porque generalmente son personas que han sido vistas por un profesional sanitario, un médico, y luego están dispensados por un

farmacéutico. Hay algunos medicamentos que solo se consiguen en la farmacia sin receta médica. Es decir, es un caso distinto. De drogas estamos hablando de cinco o seis grupos de drogas pero de medicamentos tenemos 2.900 principios activos en 11.700 formulaciones diferentes. Que se compran por diversas vías, incluida Internet.

Los laboratorios cada vez están realizando más desarrollo tecnológico en ese campo. Y va parejo el desarrollo de futuras vacunas, porque generan anticuerpos. Estos dispositivos detectan que se une la droga con un anticuerpo específico para esta droga marcada. Generar anticuerpos a las drogas es muy complicado tecnológicamente. Pero hay mucho futuro en investigación y desarrollo tecnológico.

Pregunta:

Después de 10 años de continuas mejoras en Seguridad Vial, han salido unos datos que manifiestan que los accidentes de tráfico han repuntado últimamente y muchos asociados a los consumos de sustancias, Y mi pregunta es sobre el tema del alcohol, igual que en otros países de nuestro entorno donde la prohibición es absoluta, **¿Pensáis que sería una buena medida prohibir el consumo de alcohol, llevarlo al cero?**

Dr. Javier Álvarez

El nivel de alcohol no puede ser cero, pero técnicamente hablamos de visión cero. Una cosa es que sea visión cero, es decir, nada de alcohol, nada de drogas. Pero en el caso del alcohol, la normativa europea, de todos los aparatos en Europa que funciona que detecta alcohol les permite un margen de error hasta el 0,003 es decir, que es una cifra básica. Y además si yo te analizo a ti el alcohol con un método muy sofisticado puedes dar hasta 0,001 porque hay cantidades mínimas de alcohol.

Por eso, en España tenemos para los noveles 0,15 en aire expirado que es el doble en sangre. España fue el primer país de Europa que reconoció que hacía falta un distinto nivel de alcohol para los noveles. Pero decidimos 0,15. Porque 0,15, lo que le permite, es que esta persona se tome como mucho una caña, como mucho y que la caña sea corta porque si no ya da positivo. Lo normal es que con el peso que tiene, 50-55 kg, una caña es positivo. En la práctica estamos hablando casi de nivel cero.

¿Qué es lo que hizo Europa? España es el país del mundo que más programas de prevención hace, pero no evalúa absolutamente ninguno, con lo cual no sabemos si funcionan. Y llegaron y dijeron: “como queremos estar seguros que cualquier persona como consuma una unidad de positivo en vez de 0,15 que sea 0,10”. Entonces, los países no ponen 0,00, pero la visión, nosotros la llamamos visión y tiene que ser cero. El 0,15 se asemeja a eso. Una matización: así como en saliva decimos por ejemplo, para cannabis 25 nanogramos; como

en cromatografía podemos detectar hasta 100 veces todavía menos que son casi contaminantes, lo que decimos que es positivo cuando vuelve a tener 25 nanogramos. No utilizamos el punto de la cromatografía que es todavía mucho más baja. Prácticamente visón cero.

Se calcula que tardaremos otros veinte años en que los niveles de alcohol bajen. Porque no tenemos evidencia científica suficiente para demostrar, por ejemplo, un conductor normal que con esos niveles realmente tengas un riesgo más elevado. Ahora mismo, todo el mundo se mueve por la evidencia científica del riesgo, no de estudios de laboratorio y simuladores, sino del riesgo. Tú puedes demostrar que tiene más riesgo, luego intervengo.

D^a M^a Teresa Soler

En el alcohol está objetivado cuando es más de 0,60. Con 0,60 no es necesario y los fiscales ni siquiera en la calificación o en el escrito de acusación tenemos que plasmar las circunstancias y la influencia porque ya el legislador así lo ha decidido. Pero eso no quiere decir en absoluto que por debajo de 0,60 no se pueda también imputar una conducción alcohólica. Si, no se llega al 0,60 pero hay una serie de síntomas que se plasma en la calificación y que el testigo-policía o el testigo que lo ve, viene al juicio, por lo tanto da notoria claridad de que esta influido por el alcohol aunque no de 0,60.

Pues yo creo que con las drogas pasa lo mismo. Lo ideal sería objetivar una tasa. Esa es una pregunta que quería hacer yo al ponente, dependiendo de determinadas drogas, pero no quiere decir en absoluto que alcanzada esa tasa y que ahora no la tenemos y que tardara yo me imagino, como ocurrió con el alcohol, no se vea una posible influencia si hay unas maniobras totalmente anómalas y el individuo no tiene una alcoholemia. Si hay una actuación o unos síntomas que luego observa el policía que lleva a cabo el atestado, como por ejemplo, que no tiene estabilidad, que sus respuestas son embrolladas, que es incoherente, que tiene pupilas dilatadas, y todo eso además se plasma en una forma de conducir extraña o negligente, evidentemente yo creo que ahí sí que se puede y se debe efectuar un escrito en acusación en virtud de esas pruebas que se han observado y se posibilitara seguro, estoy convencida, una condena si en el acto de juicio oral que al fin de cuentas, es donde se van a determinar las pruebas, quien ha observado esa extraña conducción, esas maniobras y además esos síntomas que ha consignado en el atestado, lo acompaña de la posibilidad de una analítica con una determinada cantidad de droga que haya dado positiva o con el propio alcohol, con el test salivar. Yo creo que, no tiene ningún problema el que no haya una tasa prefijada. Pues prospera, ahora ya prospera no siempre que hay 0,60 en cantidades inferiores y la Fiscalía General en su Circular 10/11 y en la Circular de 2006 establece que incluso entre 20-40 cuando hay una serie de síntomas. Lo que ocurriría es que también en aquellas ocasiones pasaba que no había alcohol. Había un índice de alcohol muy bajo

pero lo que había realmente era una influencia de drogas que no se detectaba porque no se practicaba ninguna prueba.

Este es un buen tema y hago al ponente la siguiente pregunta **¿Objetivar tasas sería posible o no sería posible?**

Dr. Javier Álvarez

En todos los países europeos ya hace muchos años que las decisiones no se basan en signos, sino en concentraciones que tiene que ver con un riesgo. Por ejemplo, en Alemania y en muchos países con un 1,2 lo primero que hacen es mandarle a un centro de drogodependientes para que le evalúe, si su problema es o no es una drogodependencia.

¿Cuál es el problema que tenemos de poner tasas? Pues veréis, si nosotros utilizamos sangre yo podría decirte ahora mismo cuál es la tasa que tendríamos que poner por lo menos para cannabis. Pero, todo el mundo va hacia el fluido oral. Así como el alcohol difunde rapidísimamente por todas las partes del cuerpo y hay una relación casi milimétrica entre el alcohol en sangre y el alcohol expirado, el alcohol en sudor, es perfecta la relación 1 a 2.000 o 1 a 2.100 en aire expirado-sangre.

Y en el caso de fluido oral, si hay en sangre cocaína, la hay en fluido oral. Pero la relación exacta no es 1 a 1, hay ciertos grados de variabilidad. Ahora mismo después de lo que sabemos de British Medical Journal con 5 nanogramos en sangre de cannabis sería probablemente el equivalente al 0,6 del alcohol. Pero nosotros estamos midiendo fluido oral y el fluido oral la relación varía según los estudios entre 1 a 10 o 1 a 25. Entonces, dentro de poco podremos establecer niveles. Mientras tanto tenemos una instrucción de la DGT en que habla de signos clínicos. Lo que ha hecho España y la Unión Europea es utilizar el modelo de los americanos. Se ha hecho un híbrido. En Estados Unidos y Canadá, ahora no hacen pruebas en fluido oral sino que entrenan a los policías. Y los policías hacen unas pruebas que se llaman de sobriedad de campo, entrenan a los policías a detectar signos y casi nunca se equivocan.

Esas pruebas de sobriedad de campo consisten en hacer una serie de preguntas. ¿Qué hora es? ¿Qué día es? y ¿Quién es el Presidente de EE.UU.? Si se fallan dos de ellas es posible que a continuación saque el arma y que llame a un furgón especial en el que viene un policía entrenado. Y te empieza hacer una batería de 12 pasos con lo cual, al final, por los signos sabe decirte si presuntamente estas bajo el efecto de drogas o no. Pero nosotros tenemos un modelo híbrido en que a una persona le hemos sacado fluido oral. El aparato es muy preciso, pero no tanto como el del alcohol. Y lo que hacemos para ir a la vía penal es que hemos puesto una serie de signos que ahora mismo están en revisión entre la DGT y la Fiscalía General para mejorarlos. Y hay un poco de patata caliente en cual es el criterio claro para mandarlo a la vía penal. Lo que queremos los médicos ahora es afianzar la vía administrativa y en un segundo momento afianzar la vía penal.

Se está avanzando mucho; por ejemplo, Portugal puso niveles y también los puso Bélgica, pero Portugal los tuvo que quitar. Es cuestión de tiempo que avancemos. Solamente las concentraciones nos darían problemas en personas que consumen la droga por vía bucal y que se le hayan podido quedar restos y son los que dan las concentraciones kilométricas que son contaminantes, pero por ahí vamos. En drogas lo importante es que si esa persona da positivo, el juicio fuese dos horas después, porque igual la pena no es meterle en la cárcel, lo que hay que hacerle es como hacen en los Estados Unidos: “A partir de mañana todos los días acompañaras a las ambulancias a recoger heridos”. Es lo que mejor funciona.

Pregunta: Dr. Francisco Bueno

En relación a lo que se ha comentado anteriormente, parece ser que al final serán las autoescuelas quienes tengan que informar y educar a los conductores en un tema tan complejo como la aplicación del artículo 12 y la distinción entre el uso terapéutico, el consumo ocasional o el abuso de determinadas sustancias. **¿Hasta qué punto las autoescuelas en España están preparadas para asumir la aplicación de esta nueva Ley?**

Dr. Javier Álvarez

Sólo con las autoescuelas no es suficiente. Porque no es lo mismo concienciar sobre el de exceso de velocidad, que modificar las conductas de las personas. Muchos conductores son adictos y son reincidentes. En el año 2003 o 2004 salió en la revista *New England Journal of Medicine* un trabajo que concluía que un ciudadano americano al que le detectaban dos veces con alcoholemia positiva al 0,81 en menos de 12 meses tenía una probabilidad de 200 veces de morir en accidente de tráfico al año siguiente. Hay que plantearse que tendremos que hacer algo con estos sujetos porque se nos matan. Tenemos un colectivo de riesgo, muy difícil de manejar y que probablemente no se pueda solucionar solo con la asistencia a la autoescuela. Han solventado un tema económico pero no es un buen sistema. Yo se que aquí en Valencia ha habido alguna propuesta, que se le ha hecho llegar también al Ministerio de Interior, para la formación y reciclaje de estas personas desde los centros de tratamiento, es decir, una coparticipación. Es decir, las autoescuelas no pueden solventar ese tema ellas solas.

D^a M^a Teresa Soler

Evidentemente las autoescuelas por sí solas no lo pueden solventar. Y además estas personas están en el ámbito penal, que excede a este tema que estamos tratando, pues forman lo que llamamos “un pack de pluridelictivo”, que consiste no solamente en la conducción bajo influencia de alcohol o de drogas sino normalmente también de violencia de género, de resistencia a la gente de la autoridad, lesiones, etc., y cualquier actuación contra el orden público. Claro, necesitan un tratamiento especial, como creo que también precisarían de

una individualización especial de la pena consistente más en que estuviera encaminada a una rehabilitación bien por medio de la suspensión de la pena, si es posible, y el sometimiento a un tratamiento; o bien, ya en el ámbito penitenciario con su sometimiento al tratamiento que le posibilitara y adquiriendo un mejor grado con unos mejores beneficios y regresar de nuevo si no lo cumple.

Pregunta:

Sin embargo ustedes han llegado en algunas ocasiones con instituciones a acuerdos para llevar a cabo esto; sin embargo, no se ha hecho nada. No se hace nada aquí, no se hace nada en ningún sitio.

D^a M^a Teresa Soler

Vamos a ver, para suspensión de la pena el problema de la Fiscalía es uno, la suspensión de la pena la otorga el juez. Entonces yo, cuando una persona llega a un juicio rápido que normalmente es donde se ventila la mayor parte de estos asuntos salvo que haya causado unas lesiones rarísimas o haya causado un fallecimiento, normalmente se conforman porque además obtienen el tercio de reducción de la pena. ¿Qué ocurre? Que si yo a esta persona le ofrezco, “si usted se somete a un tratamiento de terapia o de rehabilitación porque veo que usted por las circunstancias que hay alrededor de su actuación incluso antecedentes, etc., en cuyo caso ya sería más difícil la suspensión, bueno pues se le va otorgar esos tercios si usted se somete al tratamiento”. Yo no se lo puedo ofrecer porque es el juez quien al final tiene que determinarlo. Y entonces él, obviamente como no va a tener esa garantía, porque el juez de ejecutoria, no está ahí, salvo que fuera el mismo de instrucción, no se va a conformar porque puede perder esa reducción del tercio de la pena. Entonces, qué ocurrió, que lo que sí que se llevó a término fue con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, un acuerdo en virtud del cual se convino que se podría, ya dentro de población penitenciaria, de gente que está ya recluida. Cuando están próximos a acceder a los grados en los cuales tienen una serie de beneficios como es, pues salir afuera, trabajar, etc., que si se sometía a ese tratamiento, además utilizando una pulsera que detectaría el consumo de alcohol en el caso de que saliera y consumiera, si se sometía y llevaba a cabo ese tratamiento pues podría avanzar en grado.

En el supuesto de que esa pulsera o ese dispositivo, detectara la ingestión de alcohol volvería a regresar a su anterior grado perdería todos los beneficios penitenciarios. Pero, lamentablemente pues, parece ser que no ha habido presupuesto para eso.

Dr. Rafael Aleixandre

¿Por qué se mete en el mismo paquete punitivo la conducción bajo el efecto de las drogas depresoras del sistema nervioso central con las estimulantes?

Dr. Javier Álvarez

Lo que es un error es que el legislador europeo hable de sustancias psicoactivas en las que también se meten medicamentos. Yo creo que lo que hay que sacar de ahí es medicamentos. Pero entre depresoras y estimulantes, cuando miras el riesgo probablemente tengan incluso más riesgo las estimulantes, porque la cocaína por ejemplo, que es paradigmática, la gente dice que conduce mejor, pero lo que tienen son unos problemas enormes de percepción del riesgo. Es decir, el problema es la falta de percepción del riesgo.

Sin embargo, hay una sustancia que es curiosísima, que es el cannabis. Del cannabis siempre se esperó que tuviese mucho más riesgos conducir bajo sus efectos y sin embargo no tiene tanto riesgo. Yo fui a Maastricht cuando publicaron los primeros de estos estudios y ellos como sabéis hacían el estudio en conducción real: un coche en el que tienen una cámara que miden las líneas del medio y la línea lateral y mide la desviación. Bueno, pues de alguna manera sobre todo en ciudad, la gente cuando estaba bajo los efectos del cannabis, en un momento determinado bajaban mucho la velocidad. Al contrario de lo que ocurre con el alcohol, en el caso de cannabis se baja la velocidad y no se asume tanto riesgo. Cuando hay mucho riesgo es con alcohol junto con el cannabis. Pero solo con cannabis, no se tiene mucho más riesgo que con el alcohol.

Sin embargo las anfetaminas y la cocaína son terribles, por la falta de percepción de riesgo. Casi toda la gente que va en el carril contrario tiene una probabilidad altísima de que tengan un estimulante porque les hacen cometer más errores.

Dr. Rafael Aleixandre

En cualquier caso, una multa de mil euros para todos, aunque sea codeína, **¿Parece excesiva, no?**

Dr. Javier Álvarez

La codeína el aparato la detecta, pero generalmente los datos que tenemos en España de opiáceos detectados están del orden del 0,4%. Opiáceos hay muy pocos mientras que de benzodiacepinas en España estamos hablando de 1,7 - 1,8%, según estudios al azar recogidos en una muestra representativa de todas las carreteras de España en distintos puntos. Sin embargo cannabis se detecto al 7,69% y cocaína al 3,51%.

¿Qué ocurre? Que muchas personas a las que se les detectaron opiáceos también habían consumido cocaína. Pero en nuestro país el problema enorme y terrible sigue siendo el cannabis.

Dr. Francisco Bueno

El tiempo se nos ha ido volando, como siempre

Agradezco al Profesor Javier Álvarez y a la Sra. Fiscal María Teresa Soler, todas sus excelentes aportaciones y a todos vosotros vuestra entusiasta participación.

Muchas gracias a todos por vuestra asistencia y nos vemos en el próximo Debate en Drogodependencias. Muy buenas noches.

