

doctrina

Enfermedades, y medicación del conductor, su incidencia sobre una conducción segura, y responsabilidad civil dimanante

José María Hernández-Carrillo Oliver
Abogado

SUMARIO

I. INTRODUCCIÓN

II. LA SITUACIÓN ACTUAL EN CIFRAS

- 2.1. Accidentes causados por automedicación y tratamientos
- 2.2. Accidentes causados por enfermedades que afectan a la conducción
- 2.3. Somnolencia al volante y la apnea obstructiva del sueño

III. REGULACIÓN

3.1. Medicamentos y conducción

- 3.2.1. Enfermedades y aptitud para conducir
- 3.2.2. Apnea, cansancio y conducción, interpretación del nuevo Reglamento General de Conductores en España
- 3.2.3. Requisitos para la renovación y causas de revocación del permiso de conducción

IV. CUESTIONES LEGALES DE RESPONSABILIDAD CIVIL

4.1. ¿Qué cubren las aseguradoras?

4.2. Responsabilidad civil del personal Médico/ Sanitario

- 4.2.1. Centros de Reconocimiento de Conductores
- 4.2.2. Personal médico Público y Privado

4.3 Deber de informar, confidencialidad, protección de datos y secreto profesional. (especial mención conductores profesionales y bajas permanentes SS)

V. JURISPRUDENCIA

VI. CONCLUSIONES

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo comienza planteando un problema que afecta a un gran porcentaje de la población, se trata de los accidentes de circulación que se ocasionan (tanto por conductores no profesionales cómo por profesionales del sector) bajo los efectos de medicamentos o debido a enfermedades cómo la apnea del sueño o alergias y sus tratamientos cómo los antihistamínicos que en ocasiones son incompatibles con la conducción, accidentes cuyo origen sus causantes, sea o no deliberadamente, ignoran y aun así conducen.

Tras poner de relieve dicho problema mediante un análisis de las estadísticas conocidas (y un cálculo aproximado de las que, por razones que se expondrán, no podemos conocer con certeza) y de las consecuencias del mismo, cabe dar un enfoque jurídico a la situación.

Para ello, es prioritario empezar conociendo los antecedentes legislativos en materias como la regulación del uso de medicamentos y fármacos al volante; la suspensión temporal del carnet o su retirada, condiciones para obtenerlo o mantenerlo si se padecen ciertas enfermedades; la coordinación entre el personal médico y la DGT y los límites del secreto médico; regulación especial en el caso de profesionales de la conducción cómo transportistas, conductores de ambulancias etc.

Una vez expuesta la trayectoria legislativa nos centraremos en la normativa que regula actualmente las materias en cuestión y a partir de esta será posible plantear mejoras para una regulación futura.

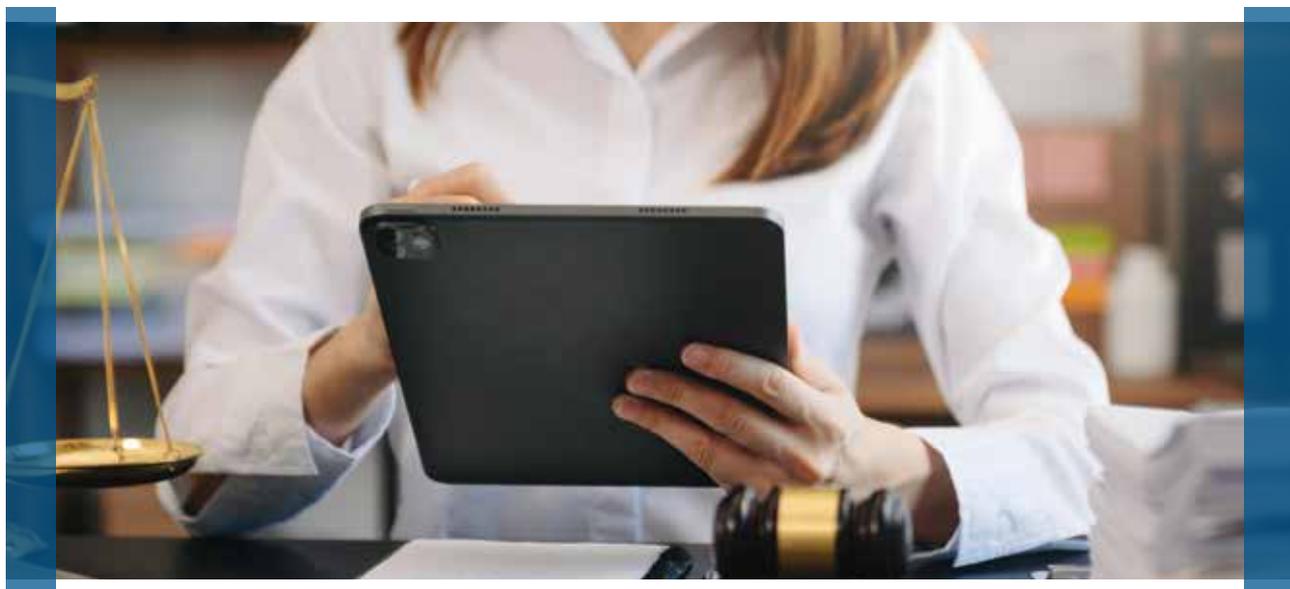
En definitiva, lo que se pretende en este trabajo es dar una perspectiva dual al problema de este tipo de accidentes de circulación, primero plantear una situación de alarma social y hacer patente y latente el interés en torno a su estudio y las consecuencias que está teniendo la no investigación de estos accidentes y el atribuirlos a causas desconocidas.

Y segundo, enfocarlo desde el Derecho, ampliando los puntos mencionados a otras cuestiones cómo las consecuencias económicas de la responsabilidad civil y quien debe hacerse cargo de ésta, en qué situación se encontrarían las aseguradoras, contemplar no solamente las del riesgo de la circulación, sino también los seguros de daños propios, etc. e intentando hallar respuesta a través de la jurisprudencia, y sentencias relacionadas.

Un excelente supuesto introductorio sería la sentencia 146/2020 del Tribunal Supremo del Excmo. Magistrado D. José Luis Seoane Spiegelberg ejemplo de casos no detectados como tales, de Síndrome de Apnea del Sueño, que de haber sido descubierto y tratado antes del juicio hubiesen hecho este innecesario, y sin sueño, ni accidente no estaríamos hablando de cuatro fallecimientos, por una causa tan común, tratable, previsible y evitable.

II. LA SITUACIÓN ACTUAL EN CIFRAS

En los accidentes de tráfico el factor humano es responsable del noventa por ciento de ellos. Es por lo anterior, que tanto las enfermedades como los tratamientos mal controlados o



descompensados podemos considerarlos como factores de riesgo vial. (Redondo Margüello, 2014). Es importante dividir dichos factores de riesgo en las siguientes categorías y analizar las cifras estadísticas que los representan en España para tener una perspectiva más individualizada sobre cada una de ellas:

2.1. Accidentes causados por automedicación y tratamientos farmacológicos

Para comprender el alcance del consumo de sustancias que alteran la conducción, debemos remontarnos a 2006, cuando se buscó hacer más segura la prescripción de medicamentos y que tanto el médico que los prescribe como el paciente conductor que los consume conozca los riesgos asociados a la conducción bajo sus efectos, conociendo antes de ello la situación del consumo de drogas, y medicamentos al volante tanto a nivel europeo como en concreto en España.

Esto fue posible gracias al Proyecto DRUID (del inglés "DRiving Under Influence of alcohol and Drugs", conducción con presencia o bajo los efectos de alcohol y otras drogas) un proyecto integrado promovido por la Comisión Europea, que tuvo como objetivos principales profundizar en el conocimiento del problema del consumo de alcohol, otras drogas y medicamentos en los conductores, revisar las posibilidades de intervención y armonizar las actuaciones en el marco europeo de la Unión. (Álvarez & González Luque, 2014).

A partir de los datos arrojados por este proyecto se procedió a realizar un estudio periódico y más detallado de este fenómeno en España y a proponerse medidas legislativas para regular y prevenir los aspectos negativos de tan altas tasas de consumo de sustancias que alteran la conducción respecto a la media europea.

Gracias a dichos estudios podemos determinar que actualmente, los traumatismos por accidentes de tráfico son uno de los principales problemas de salud pública y se estima que en el año 2019 se registraron en nuestro país 104.080 accidentes con víctimas, que ocasionaron 1.842 fallecidos. Según el informe de 2019 del Instituto Nacional de Toxicología, el 45,5% de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico presentaron resultados toxicológicos positivos a alcohol, drogas de abuso y psicofármacos o a sus combinaciones. De ellos, el 61,8% fueron positivos a alcohol (alcoholemias > de 0,3 g/L), el 44,1% a drogas y el 27,2% fueron positivos a psicofármacos.

En España, dichos accidentes constituyen actualmente la sexta causa más frecuente de muerte, por detrás de las enfermedades cardiovasculares, las neoplásicas, las respiratorias, las enfermedades del sistema nervioso y las digestivas.

De 130 peatones fallecidos por atropello en accidentes de tráfico y sometidos a autopsia, 49 (lo que es equivalente a un 37,7%) arrojaron resultados toxicológicos positivos a alcohol, drogas de abuso y psicofármacos, aisladamente o en combinación. La mayor prevalencia de peatones con resultados positivos correspondió a alcohol (65,3%), seguido de psicofármacos (34,7%) y drogas (24,5%).

Además, un 17,3% de los conductores reconoce estar bajo tratamiento farmacológico y, de ellos, el 76,5% afirman no haber sido informados sobre el efecto de su medicación en la conducción. Según datos españoles de conducción y uso de drogas, un 27% de los conductores españoles conducen bajo el consumo de sustancias psicoactivas, siendo el grupo más frecuentemente implicado el de las benzodiazepinas, seguido por los antidepresivos, hipnóticos y opiáceos; pero los antihipertensivos, y los antihistamínicos H1 de primera generación, son otros fármacos frecuentemente implicados. (Redondo Margüello, 2014)

Según se ha citado anteriormente, el 27,2% de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico presentaron resultados toxicológicos positivos a psicofármacos. A esto se suma que, según datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el 25% de los medicamentos autorizados en nuestro país deben advertir sobre una posible influencia en la capacidad de conducir y manejar maquinaria pesada, incluyendo para ello un pictograma en su envase.

Cómo bien advierte el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, los medicamentos pueden perjudicar a la conducción de muy diversas formas, bien porque produzcan un efecto terapéutico contraindicado en caso de manejar maquinaria peligrosa o conducir, o bien como consecuencia de un determinado efecto adverso.

Hay que aclarar, que la relación medicamentos-conducción no es siempre negativa, puesto que el medicamento en cuestión, puede controlar la patología y mejorar la aptitud ante la conducción. En cualquier caso, se ha de evaluar el binomio riesgo-beneficio, e informar detalladamente al paciente.

Los mecanismos generales a través de los cuales un determinado medicamento podría afectar al conductor pueden ser agrupados en los siguientes:

1. Somnolencia o efecto sedante.
2. Reducción de los reflejos y aumento del tiempo de reacción.
3. Alteración de la percepción de las distancias.
4. Hiperactividad e hiperreactividad.
5. Alteraciones oftalmológicas o de la audición.
6. Estados de confusión y aturdimiento (mareos, vértigos, etc.).
7. Alteraciones musculares, como espasmos, calambres, incoordinación motora, etc.

Como se hace palpable a través de estas cifras, la conducción bajo los efectos de medicamentos y psicofármacos que afectan a la capacidad para conducir es un problema real y patente en España, del que además solo conocemos los casos registrados gracias a análisis, autopsias y controles de los cuerpos y fuerzas del orden, lo que sugiere que estos datos probablemente contendrían cifras mayores si se conociera el número total de los casos reales.

2.2. Accidentes causados por enfermedades que afectan a la conducción.

El estudio de las enfermedades, como factor de riesgo de accidente, es muy complejo, debido a la gran cantidad de variables que intervienen en la producción del mismo (tipo de vehículo, condiciones ambientales, estado de mantenimiento del vehículo, tipo de vía...) y a otros factores de confusión como el número de km recorridos, etc.

No todas las enfermedades se consideran un factor de riesgo de accidente, ni todas se asocian al mismo nivel de riesgo, además, en algunas de ellas, como por ejemplo en el síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño (SAOS), cuando la enfermedad está controlada y existe un buen cumplimiento del tratamiento el riesgo se reduce considerablemente, en ocasiones igualándose al de la población general.

Las diferencias en la forma de presentación de una enfermedad entre unos pacientes y

otros, el momento evolutivo, la respuesta al tratamiento, el tipo de fármaco empleado, la asociación a otros problemas (consumo de alcohol, etc.), hacen necesaria la valoración de la aptitud del conductor de forma individualizada. (Arias Rivas et al., 2021)

Como podemos observar en la tabla de la imagen, resulta congruente afirmar la correlación entre la afectación del conductor por alguna de estas enfermedades o condiciones físicas y su mayor riesgo de causar un accidente o verse involucrado en el mismo.

RIESGO RELATIVO DE ACCIDENTE DE LOS CONDUCTORES CON DISTINTAS ENFERMEDADES. El riesgo relativo del conductor sin enfermedades es =1,00 (Vaa 2003).

PATOLOGÍAS	RIESGO RELATIVO DE ACCIDENTE
Discapacidad visual	1,09
Discapacidad auditiva	1,19
Artritis y discapacidad locomotora	1,17
Patología cardiovascular	1,23
Enfermedades neurológicas	1,75
Diabetes	1,56
Trastornos Mentales	1,72
Alcoholismo: 2.00	2.00
Drogas y Medicamentos	1,58
Apnea del sueño / narcolepsia	3,71

Tabla 1 fuente (Arias Rivas et al., 2021)

Es por ello que, como desarrollaré más adelante, se hizo necesaria la implantación de medidas legales para regular tanto el acceso al carnet de conducir o su renovación si se padece alguna de estas enfermedades, como para la retirada o suspensión temporal del mismo, y es que el Reglamento General de Conductores, Real Decreto 818/2009, en su Anexo IV establece los requisitos de aptitud psicofísica re-



queridos para obtener o prorrogar el permiso o licencia de conducción.

En 2021, según el análisis estadístico de las principales cifras de la Siniestralidad Vial realizado por la DGT, el 3% de los accidentes mortales de circulación y el 2% de los accidentes con víctimas fue causado por alguna de las enfermedades contempladas, sin embargo el porcentaje de accidentes es mucho más alarmante cuando nos centramos en aquel con su origen en el cansancio o sueño, y es por ello que junto con el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS), merecen una especial mención en el siguiente apartado.

2.3. Somnolencia al volante y la apnea

La Organización Mundial de la Salud reportó en 2015 que 1.25 millones de personas fallecen cada año debido a accidentes de tráfico. Un 10-20% de los accidentes podrían estar asociados a la somnolencia. En el estudio “Influencia de la somnolencia en los accidentes de tráfico en España (2011-2015)”, se analizaron datos de accidentes registrados en la Dirección General de Tráfico (DGT) entre 2011 y 2015.

Según estos datos, la presencia de somnolencia duplicaba el riesgo de fallecimiento y aumentaba el riesgo de lesiones graves tras un accidente ya que los efectos de la somnolencia sobre la conducción son principalmente la disminución del grado de vigilancia y alerta, el incremento del tiempo de reacción y la afectación de la memoria, coordinación psicomotora, procesamiento de la información y la toma de decisiones. (Lyznicki et al., 1998)

Entre la población con alto riesgo de padecer somnolencia al volante se encuentran, además de los conductores profesionales por su mayor tiempo de exposición, los trabajadores con turnos de trabajo muy prolongados o conductores nocturnos; las personas que conducen con privación de sueño, especialmente jóvenes, o las que duermen menos de 6 h; los que consumen hipnóticos u otras medicaciones productoras de somnolencia, y finalmente las personas que presentan síntomas relacionados con la presencia de apnea del sueño no diagnosticada (Terán-Santos et al., 2017), es por ello que nos centraremos a continuación en esta última.

El cansancio y la somnolencia asociada al mismo es un gran factor de riesgo en la produc-

ción de accidentes y directamente relacionado con la gravedad de los estos, y siendo la apnea del sueño una de las principales causas de la somnolencia, debemos analizar las cifras de que disponemos para conocer mejor el problema de seguridad vial al que nos enfrentamos, dado que uno de los principales problemas que existen en España es la falta de detección de la apnea del sueño, una enfermedad que justamente es una de las peores para la conducción ya que provoca un trastorno que impide el descanso correcto.

Los pacientes con apneas durante el sueño tienen un riesgo relativo siete veces superior a la población de referencia sin apneas, de sufrir accidente de tráfico. (Ozcoidi Val & Lascorz Ayats, 2009) Lo anterior, unido a que, en concreto, en España se estima que apenas llegan al 10% los pacientes diagnosticados en sus formas más graves y que reciben, por tanto, tratamiento, evidencia el peligro del desconocimiento de las cifras reales de esta patología.

Además, es importante destacar que este problema afecta también y en mayor medida a los conductores profesionales. Santos et al. (2004) evaluaron el sueño nocturno y la somnolencia durante el día, de los conductores de autobuses, mediante polisomnografía (PSG) de grabación y ensayo de latencia múltiple del sueño (MSLT). El MSLT reveló que el 38% de los conductores tenía índices de apnea obstructiva y síndrome de hipopnea y que el 42% de los conductores de autobuses, tenían criterios para determinar somnolencia, cuando se realizó la prueba durante la noche y el día, respectivamente. También los problemas respiratorios fueron un hallazgo común entre los conductores de autobuses. Quedando demostrado que estas deficiencias del sueño afectan muy negativamente el rendimiento al volante. (Sentís, 2016)

Tras contemplar los datos anteriores se evidencia la necesidad de conocer más sobre esta enfermedad y prevenir así los accidentes provocados por la misma, ya que suelen ser más violentos y con una mayor tasa de mortalidad que los provocados por otras enfermedades debido al tiempo de reacción prácticamente nulo tras quedarse dormido al volante. Dicha tasa de mortalidad también hace más difícil determinar el número real de accidentes causados por el SAHS, siendo lógico pues, intentar enfocar el estudio desde la prevención y detección temprana de esta patología y la regulación del acceso al permiso de conducir de quienes la padecen.

III. REGULACIÓN

Ahora que ha quedado planteado el problema que suponen para la seguridad vial los accidentes, y el riesgo incrementado de sufrílos, causados por factores como la conducción bajo efecto de los fármacos, la automedicación y las enfermedades que afectan a la aptitud psicofísica para conducir, nos centraremos en este apartado del trabajo en conocer la normativa que regula la prevención de los mismos a través de distintas herramientas legislativas.

3.1. Medicamentos y conducción

3.1.1. Medidas preventivas

- *El pictograma*

Gracias a los esclarecedores resultados del proyecto DRUID, que mencionaba en el apartado 2.1 de este trabajo, y a las medidas propuestas en él, tuvo lugar en noviembre de 2007 la publicación del Real Decreto 1345/2007 por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. En este Real Decreto se establece, que los medicamentos de nueva autorización que puedan reducir la capacidad para conducir o manejar maquinaria peligrosa, deberán incorporar en el envase un símbolo de advertencia (pictograma). En el RD 1345/2007 se establece, además, un plazo de 5 años para la adecuación del etiquetado y prospecto (disposición transitoria tercera), para los medicamentos que ya estaban autorizados a la entrada en vigor de la ley anterior (Ley 29/2006, de 26 de julio). Por lo tanto, en el año 2011, todos los medicamentos con posibles efectos sobre la capacidad de conducir comercializados en España, deberían haber incorporado el pictograma en su envase.

Dicho símbolo debe reunir las siguientes características:

- Sobre fondo blanco, un triángulo equilátero rojo con el vértice hacia arriba y un coche negro en el interior, muy similar a una señal de tráfico, con la leyenda:

“Conducción: ver prospecto”.

- El tamaño del pictograma se adaptará al del envase y, en todo caso, el lado del triángulo no será inferior a diez milímetros. El objetivo del símbolo es llamar la atención del usuario para que lea la información correspondiente, ya que



los prospectos de los medicamentos ya contienen la advertencia de los efectos que pueden tener en quienes conducen o manejan maquinaria peligrosa, pero no se leen con tanta frecuencia, intentando el pictograma cambiar esto último.

Este pictograma se presenta de esencial importancia dado que, según datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el 25% de los medicamentos autorizados en nuestro país deben advertir sobre una posible influencia en la capacidad de conducir y manejar maquinaria pesada. (Conse-

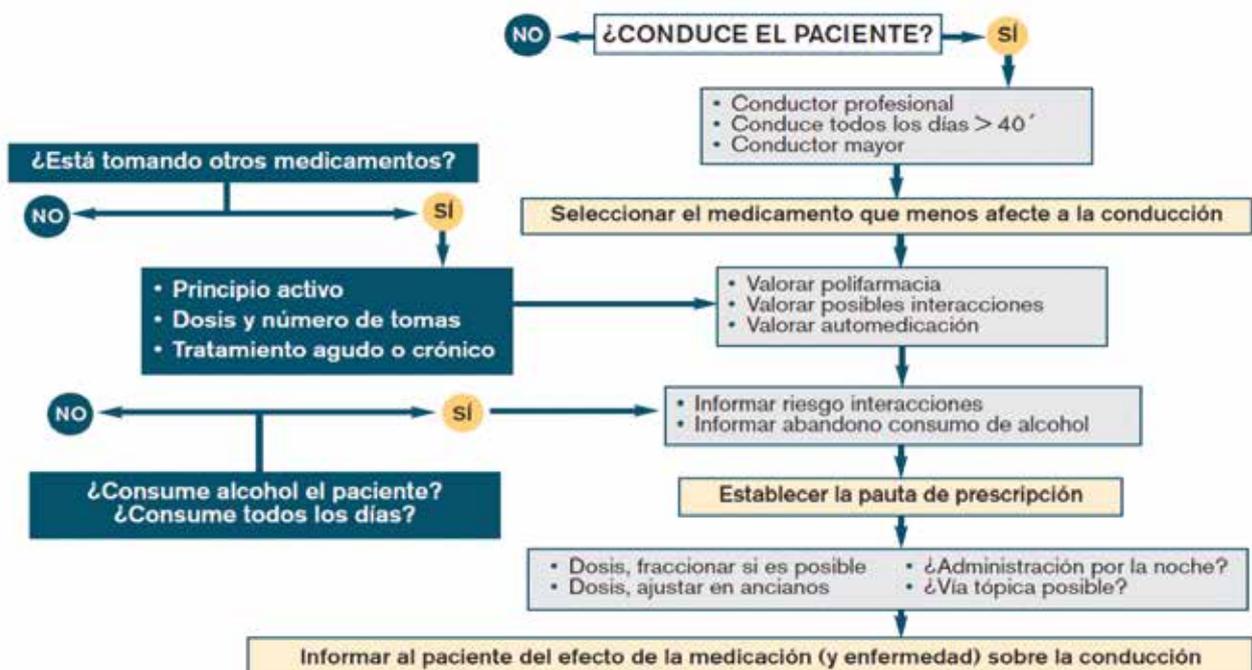
jo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2018)

- *Algoritmo decisional*

La DGT, con la colaboración de profesionales del sector sanitario ha elaborado el siguiente Algoritmo decisional en la prescripción de medicamentos al paciente-conductor. (Redondo Margüello, 2014)

3.1.2. Medicamentos, conducción y sanciones

Pese a que este trabajo, en el aspecto jurídico quiere centrarse en cuestiones de responsabilidad civil, es importante mencionar el aspecto sancionador de la normativa reguladora en casos de conducción bajo los efectos de medicamentos, y es que tal y cómo documentó el Grupo de trabajo sobre fármacos y conducción de vehículos en el “Documento de consenso sobre medicamentos y conducción en España: información a la población general y papel de los profesionales sanitarios”, aun cuando el artículo 14 del Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial establece la prohibición de la conducción con la presencia de drogas en el organismo, han quedado 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 10 del RD 6/2015, dejando para el tipo penal previsto en el artículo 379.2 del Código Penal la sanción por conducción bajo la influencia de drogas.

Igualmente, el RD 6/2015 establece la prueba salival, mediante dispositivo autorizado, como medio preferente para detectar in situ la presencia de drogas en el organismo y como medio electivo para su posterior análisis de confirmación. La sanción por conducir con presencia de drogas en el organismo o por negarse a realizar las pruebas para su detección, se establece en 1.000 €, además de la pérdida de 6 puntos del carnet de conducir.

3.1.3. Medicamentos y aptitud para conducir

El Reglamento General de Conductores, Real Decreto 818/2009, en su Anexo IV establece los requisitos de aptitud psicofísica requeridos para obtener o prorrogar el permiso o licencia de conducción. Es preciso señalar que dentro del apartado 11 del citado Anexo IV, trastornos relacionados con sustancias, se incluyen de forma conjunta las drogas y los medicamentos, y se menciona la categoría de “consumo habitual”, especificándose que no se admite el consumo habitual de medicamentos que, individualmente, o en su conjunto, produzcan efectos graves en la capacidad de conducir.

La realidad es que en la práctica es muy poco frecuente la introducción de una restricción o denegación del permiso de circulación por la medicación que esté tomando la persona que solicita obtener o renovar el permiso o licencia para conducir.

3.2. Enfermedades y conducción.

3.2.1. Enfermedades y aptitud para conducir

La Directiva Comunitaria CD 91/439/EEC22 estableció los criterios mínimos de valoración de la aptitud para conducir en los países miembros de la Unión Europea. Dicha normativa se transpuso a la normativa de los distintos países miembros, si bien existen marcadas diferencias entre países: por ejemplo, en España la evaluación de la aptitud para conducir se realiza de manera obligatoria en todos los conductores, mientras que, en otros países europeos, esta se basa en una valoración inicial a partir de un autoinforme del propio conductor, o solo se realiza cuando existe

una determinada patología. (Álvarez & González Luque, 2014)

En España el anexo IV del Reglamento General de Conductores regula las enfermedades y deficiencias que serán causa de denegación o de adaptaciones, restricciones de circulación y otras limitaciones en la obtención o prórroga del permiso o la licencia de conducción. La Orden PRE/2356/201033 modificó los requisitos de capacidad visual, diabetes, mellitus y epilepsia. Para reconocer las enfermedades que se recogen en el mencionado anexo IV del Reglamento General de Conductores, Real Decreto 818/2009 y declarar la capacidad o no del sujeto para conducir, se estableció que esta tarea correspondería a un órgano específicamente diseñado para su desempeño, los Centros de Reconocimiento de Conductores (CRC), en los que la valoración se realiza conjuntamente por parte de un médico y un psicólogo.

Estos centros de reconocimiento de conductores son un conjunto de centros sanitarios privados, que, para poder realizar la función de evaluar a los conductores, deben acreditarse e inscribirse en un registro de la Dirección General de Tráfico. Están regulados por el Reglamento de centros de reconocimiento destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores que establece los elementos personales, materiales, la forma de acreditarse, régimen de funcionamiento, etc. En cuanto a los profesionales, deben contar con un médico y un psicólogo durante todo el horario de apertura del CRC, también con un oftalmólogo, aunque este último se puede sustituir concertando el servicio con una clínica oftalmológica. Los profesionales de los CRC, médico y psicólogo, realizan una labor de cribado, no diagnóstica, su función es determinar si el riesgo vial de un conductor, que padece una enfermedad, es “asumible” y si dicho riesgo se puede reducir con medidas preventivas. Los facultativos para realizar su labor se apoyan en la historia clínica del conductor, la exploración psicofísica, los informes aportados por el interesado de médicos y psicólogos encargados de su tratamiento y control y finalmente su trabajo se puede complementar con la posibilidad de realizar una prueba práctica en la Jefatura Provincial de Tráfico en colaboración con un médico designado al efecto por la CCAA.

Los CRC cuentan con un “Protocolo de exploración médico-psicológica para CRC” elaborado por la DGT y el Ministerio de Sanidad junto con Sociedades Científicas y Asociaciones de Centros, herramienta de utilidad para realizar su trabajo, además con puntos de corte objetivos

en los casos en que es posible (agudeza visual, auditiva, etc.), y criterios excluyentes que impiden la obtención a los aspirantes del grupo 2 (conductores profesionales), etc. que facilitan la toma de decisión. Pero el Anexo IV del R.G de Conductores deja cada vez más a criterio del profesional la toma de decisión atendiendo a las manifestaciones individuales de la enfermedad, el momento evolutivo, el tipo de fármaco empleado, la presencia de efectos secundarios por lo que la formación de médicos y psicólogos en este campo es imprescindible.

Una vez realizado el informe, el CRC lo envía telemáticamente a la DGT, esta comunicación impide que el conductor acuda a otro centro en el caso de que no esté conforme con el resultado de la exploración. Tanto las adaptaciones o restricciones como las enfermedades que originan su necesidad aparecen codificadas en el informe. Esta información queda recogida en una

CÓDIGO	LITERAL
61	Solo conducción diurna
62	Límite radio conducción
63	Conducción sin pasajero
64	Limitación velocidad
65	Conducción acompañada
66	Sin remolque
67	No permitida autopista
68	Exclusión de alcohol

Tabla 2 fuente (Arias Rivas et al., 2021)

CÓDIGO	LITERAL
01	Corrección y/o protección de la vista.
02	Audífonos.
03	Prótesis.
10	Transmisión adaptada.
15	Embrague adaptado.
20	Mecanismos de freno adaptado.
25	Mecanismos de aceleración adaptados.
31	Adaptaciones de pedal y protecciones de pedal.
32	Sistemas combinados de freno de servicio y acelerador.
33	Sistemas combinados de freno de servicio, acelerador y dirección.
35	Dispositivos de mandos adaptados (interruptores de los faros, claxon, limpiaparabrisas, intermitentes, etc.).
40	Dirección adaptada.
42	Retrovisores interiores/laterales modificados.
43	Posición de asiento del conductor.
44	Adaptaciones de la motocicleta.

Tabla 3 fuente: (Arias Rivas et al., 2021)

base de datos que permite analizar los resultados de las exploraciones y conservar el historial.

Si los facultativos de un CRC consideran que el conductor precisa limitaciones (tabla 2), adaptaciones (tabla 3) o restricciones, lo indicarán en su informe mediante los códigos armonizados europeos. Dichos códigos figuran en el Anexo I del Reglamento General de conductores. (Arias Rivas et al., 2021)

En los casos en los que el conductor no esté de acuerdo con el resultado de su exploración puede acudir a la Jefatura Provincial de Tráfico, donde solicitará la valoración por los servicios sanitarios de su provincia. Las Jefaturas Provinciales de Tráfico también derivan personas a estos servicios sanitarios cuando existen indicios de que un conductor puede haber perdido la capacidad de conducir, información que suele proceder de distintos cuer-

pos de policía o también de familiares del conductor.

3.2.2. Apnea, cansancio y conducción, interpretación del nuevo Reglamento General de Conductores en España

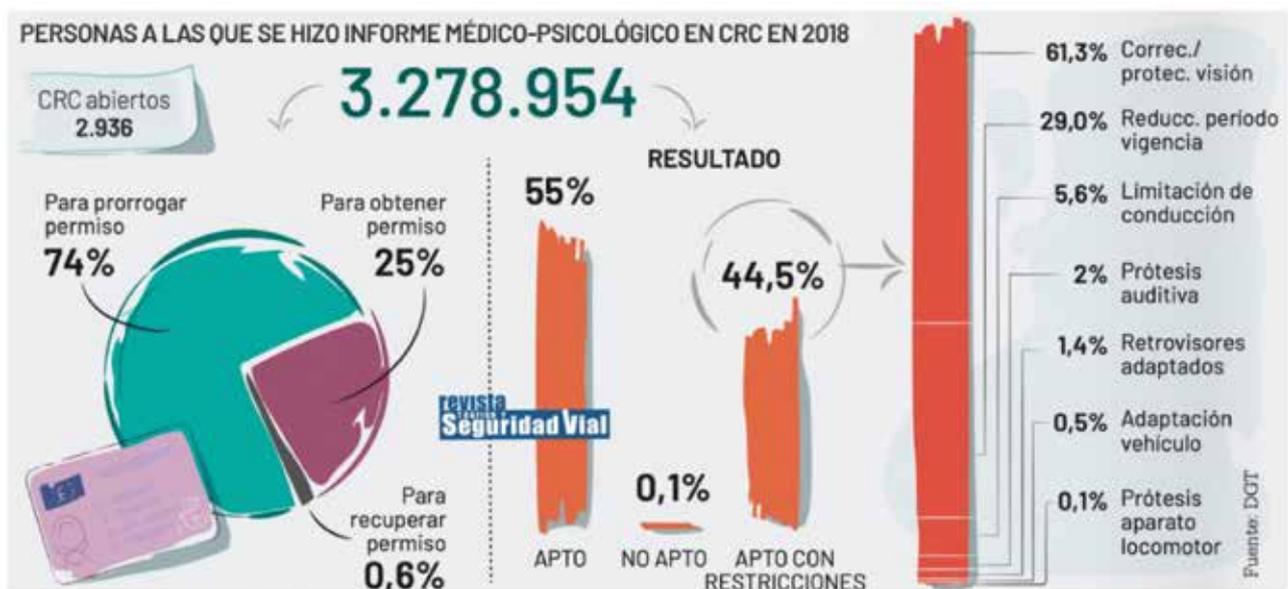
El conocimiento de que los pacientes con SAHS(SAOS) no tratados tienen mayor riesgo de accidentes de tráfico ha sido el motivo por el que algunos países de la UE, entre ellos España, incluyen desde hace años esta enfermedad entre las que deben ser controladas para obtener o prorrogar el permiso de conducción. Más recientemente, la Directiva 2014/8515 UE de la Comisión sobre el permiso de conducción, que modifica la Directiva 126/2006, ha incluido, en su anexo III, al SAHS entre los criterios de aptitud psicofísica que se han de valorar en todos los Estados miembros. Esta regulación se publicó en la UE en junio de 2014 y contiene los criterios mínimos que se deben aplicar en todos los países.

España, que ya incluía el SAHS en el Reglamento General de Conductores, en concreto en su Anexo IV, que regula las aptitudes psicofísicas para obtener o prorrogar el permiso de conducción, ha actualizado sus criterios acorde a la Directiva Europea mediante el Real Decreto 1055/2015 de 20 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento General de Conductores aprobado por Real Decreto 818/2009 de 8 de mayo, que entró en vigor en enero de 2016. (Terán-Santos et al., 2017)

Tras ser modificado el anexo en 2015 y en 2018 (orden 375/2018), para adaptarlo a las

directrices del Parlamento Europeo (Directiva 2006/126/CE). En lo que respecta a los trastornos del sueño, se incluyen en el apartado 7 del anexo "Sistema respiratorio" y en el apartado 10 "Trastornos mentales y de conducta". El apartado 7 "Sistema respiratorio" manifiesta la prohibición de conducir en el caso de síndrome de apnea hipoapnea del sueño (SAHS) con un índice de apnea/ hipoapnea igual o superior a 15 eventos por hora asociado a somnolencia excesiva moderada o grave. Para poder conducir, estas personas precisarán un informe favorable de la Unidad de sueño donde conste que reciben tratamiento para su SAHS y que con ello la somnolencia excesiva se ha resuelto. Así pues, se permite conducir con un informe favorable por parte de una unidad de sueño, con una vigencia del permiso de tres años en conductores del Grupo 1 y de un año en el Grupo 2.

En el apartado 10. "Trastornos mentales y de conducta", manifiesta la prohibición de conducir en casos de narcolepsia e hipersomnias diurnas de origen no respiratorio. Se incluyen las primarias y aquellas relacionadas con trastorno mental, enfermedad médica o inducidas por sustancias. En el caso de trastornos del ritmo circadiano que supongan riesgo para conducir también se prohíbe. En el caso del insomnio atiende a los casos asociados al consumo de fármacos. Todos ellos requieren de un informe favorable de un facultativo señalando que la somnolencia excesiva está controlada tras el tratamiento correspondiente, tanto para la obtención como para la prórroga del permiso y su vigencia puede verse reducida según criterio.



3.2.3. Requisitos para la renovación y causas de revocación del permiso de conducción

Las condiciones para la renovación del permiso también las encontramos en el Anexo IV del Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprobó el Reglamento General de Conductores, éste reguló específicamente las aptitudes psicofísicas requeridas para obtener o prorrogar la vigencia del permiso o de la licencia de conducción haciendo mención oportuna a todas aquellas enfermedades y deficiencias que serán causa de denegación, de indicación de adaptaciones y de restricciones de circulación y otras limitaciones en la obtención o prórroga del permiso o la licencia de conducción que ya hemos mencionado anteriormente en las tablas 1 y 2.

La realidad, según muestran datos de la DGT es la siguiente:

Gracias a esta información podemos conocer que, aunque la lista del Anexo IV sea extensa y recoja muy diversas patologías y causas de revocación del permiso de conducir, solo a un 0,1% de los 3,3 millones de conductores que se sometieron al reconocimiento se les declaró no aptos, mientras que al 44,5% se les impusieron algunas restricciones.

Teniendo en cuenta el dato anterior y que el artículo 3: "Deberes de los titulares de un permiso o de una licencia de conducción" del Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores estipula:

"1. El titular de un permiso o de una licencia de conducción, así como de cualquier otra autorización o documento que habilite para conducir, deberá hacerlo con sujeción a las menciones, adaptaciones, restricciones y otras limitaciones respecto de las personas, vehículos o de circulación que, en su caso, figuren en el permiso o licencia de conducción, de forma codificada según se determina en el anexo I."

Estaríamos ante un gran porcentaje de conductores obligados a cumplir con un deber que, pese a tener una importante función preventiva frente a los accidentes de circulación, encuentra su incumplimiento sancionado en el ámbito administrativo únicamente como una infracción grave con una multa de 200€ (Art. 76 apartado s) Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el

que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.). Es un dato que podría explicar el motivo por el cuál un porcentaje considerable de accidentes está causado por conductores que infringen el deber mencionado y conducen.

En cuanto a la retirada del permiso de conducir por pérdida de las aptitudes psicofísicas para su tenencia, esta posibilidad se encuentra recogida en el Art. 70 del Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, el cual establece:

"Artículo 70. Pérdida de vigencia por desaparición de los requisitos para su otorgamiento.

1. Con independencia de lo dispuesto en el artículo anterior, la vigencia de las autorizaciones administrativas reguladas en este título estará subordinada a que se mantengan los requisitos exigidos para su otorgamiento.

2. El organismo autónomo Jefatura Central de Tráfico podrá declarar la pérdida de vigencia de las autorizaciones reguladas en este título cuando se acredite la desaparición de los requisitos sobre conocimientos, habilidades o aptitudes psicofísicas exigidas para su autorización.

Para acordar la pérdida de vigencia, la Administración deberá notificar la presunta carencia del requisito exigido al interesado, a quien se concederá la facultad de acreditar su existencia en los términos que reglamentariamente se determine.

3. El titular de una autorización cuya pérdida de vigencia haya sido declarada de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior podrá obtenerla de nuevo siguiendo el procedimiento, superando las pruebas y acreditando los requisitos que reglamentariamente se determinen."

Respecto al procedimiento para la retirada de la autorización mencionada en el artículo anterior, este se encuentra recogido en el Art. 36 "Procedimiento para la declaración de pérdida de vigencia por la desaparición de alguno de los requisitos exigidos para su otorgamiento" del Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores.

IV. CUESTIONES DE RESPONSABILIDAD CIVIL

4.1. ¿Qué cubren las aseguradoras?

Cuando desafortunadamente se produce un accidente de circulación por las razones principalmente contempladas en este trabajo, y cómo consecuencia del mismo uno o varios sujetos y/o bienes sufren una serie de daños, cabe plantearse las siguientes cuestiones sobre la responsabilidad civil y si está cubierta por las aseguradoras de seguro de circulación obligatorio, y voluntario en:

- *Accidentes causados por medicamentos*

Se trata de una situación compleja por diversos motivos, el primero y quizás más evidente es la dificultad que existe a la hora de atribuir la responsabilidad o causa del accidente al uso de uno o varios medicamentos, y demostrar esa relación de causalidad.

Otra razón por la cual la respuesta a la cuestión de si en materia de responsabilidad civil los daños y perjuicios originados en accidentes de circulación causados por medicamentos estarían o no cubiertos por las aseguradoras que cubren el riesgo circulatorio del causante, es el matiz que marca el Art. 14 del Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, el cual establece la prohibición de la conducción con la presencia de drogas en el organismo, y sin embargo excluye específicamente 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 10 del RD 6/2015, y deja para el tipo penal previsto en el artículo 379.2 del Código Penal la sanción por conducción bajo la influencia de drogas.

Coincidió también el ex Magistrado Presidente de la Audiencia Provincial de Cádiz D. Manuel Estrella Ruiz cuando se planteó el tema en el XII Congreso de Abogados de Responsabilidad Civil y Seguro celebrado en Cádiz los días 21 a 23 de junio de 2012, “que conducir bajo los efectos de antihistamínicos, relajantes musculares o antidepresivos, por ejemplo, no puede ser de ninguna manera considerado delito”. Y abogó por ceñirse al listado de sustancias prohibidas establecido en el Convenio de Viena de 1971.

Respecto a los fármacos, que además si son recetados quedan excluidos por ley de esa prohibición, es importante mencionar que legalmente no consta en sus prospectos que el consumo de ese medicamento “prohíba” la conducción; sin embargo, hay algunos fármacos que resultarían positivo en un control de drogas. Y aquí vendría el problema. (Ferrari, 2019) Ya que el art. 379.2 del Código Penal no distingue entre medicamentos y drogas, pero sin embargo hay medicamentos que tienen exactamente los mismos principios activos, cómo las benzodiacepinas, opiáceos etc.

Entendemos entonces que teniendo en cuenta los dos artículos mencionados, de forma explícita se indica la necesidad de que el conductor que se haya medicado esté en condiciones de conducir con seguridad, y que el fármaco del que ha dado positivo haya sido prescrito por un médico (aunque contenga principios activos de las “drogas” contempladas por el Art 379.2 CP, no entrando así a considerarse una sustancia dentro del tipo penal). Principalmente si se cumple la segunda condición, y siendo la primera bastante difícil de demostrar a posteriori, las aseguradoras siempre cubrirán los daños causados en estos casos, pero depende de las condiciones mencionadas si tras ello la aseguradora va o no a repetir contra el asegurado, si por ejemplo se demuestra que no estaban prescritos los medicamentos. Dado que “En España, la ley que regula el seguro de responsabilidad civil de suscripción obligatoria del automóvil obliga a las aseguradoras a indemnizar a las víctimas por los daños causados dolosamente pero después el asegurador, una vez efectuado el pago de la indemnización, podrá repetir (para recuperar lo abonado) contra el conductor, el propietario del vehículo causante y el asegurado, si el daño causado fuera debido a la conducta dolosa de cualquiera de ellos o a la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas” (Andreu, 2022)

- *Accidentes causados por somnolencia*

A pesar de que la somnolencia altera funciones fundamentales para la conducción como la pérdida de percepción, de reflejos, de tiempo de reacción, etc., ningún seguro dejará de cubrirle, en caso de accidente, si se duerme al volante. Por ley los daños provocados a terceros serán indemnizados por la aseguradora, pero, ¿y los propios si tiene contratada esa cobertura? ¿Podrá después repercutir contra el conductor la aseguradora por los daños de los terceros?

Al contrario de lo que ocurre, por ejemplo, con la alcoholemia, aunque todo haga presumir que el conductor se ha quedado dormido, excepto en excepciones muy específicas, no perderá las garantías de su seguro. Es decir, si tiene contratada la cobertura de daños propios dentro de la póliza, ésta cubrirá los daños materiales que haya podido sufrir el coche. Además, el seguro obligatorio atendería la responsabilidad civil de los daños causados a terceros. Entre ellos, se incluye el acompañante, que siempre tiene derecho a indemnización, independientemente de que viaje con el conductor culpable. (Arpem, 2022)

“Si el conductor que se queda dormido provoca un accidente, la aseguradora se hace cargo de todos los daños ocasionados que contemple el contrato del seguro, tanto del conductor como de terceros implicados en el siniestro”, según explica Francisco Valencia, portavoz de Línea Directa.

Sin embargo, “Si quedase demostrado que cogió el vehículo tras haber consumido algún medicamento que, expresamente y con informe médico, prohibiera la conducción, la aseguradora cubriría únicamente los daños ocasionados a los terceros implicados en el accidente. Estos siempre, y con independencia de la causalidad, están cubiertos a través de la cobertura de responsabilidad civil, obligatoria en todos los seguros de autos en nuestro país” (Benito, 2016)

Es por ello que en este último punto se encuentra el matiz más importante para resolver las dudas planteadas inicialmente, y es que a no ser que la somnolencia derive de alguna causa evidente, documentada y por la que haya quedado especificado que el conductor causante del accidente no debería estar al volante (por ejemplo si se le ha retirado temporalmente el carnet por padecer apneas del sueño a un nivel incompatible con la conducción), o a no ser que este lo reconozca, es muy difícil determinar que el sueño ha sido la causa del accidente, es por lo mencionado que con gran frecuencia el seguro cubrirá los daños causados en este tipo de accidentes y cumplirá las coberturas contratadas.

- Accidentes causados con el carnet temporalmente suspendido

Es fundamental comenzar este apartado haciendo la siguiente distinción, y es que conducir con el permiso para ello temporal o cautelarmente suspendido es una infracción adminis-

trativa grave, contemplada en el Art. 76 apartado s) Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, pero que tal como establece el art 39.3 de esta ley “La conducción durante el período de suspensión cautelar de la autorización administrativa será considerada como conducir con la autorización administrativa correspondiente suspendida por sanción.”

Por lo tanto, no es considerado como un delito del Art. 384 del Código Penal:

“El que condujere un vehículo de motor o ciclomotor en los casos de pérdida de vigencia del permiso o licencia por pérdida total de los puntos asignados legalmente, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o con la de multa de doce a veinticuatro meses o con la de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a noventa días.

La misma pena se impondrá al que realizare la conducción tras haber sido privado cautelar o definitivamente del permiso o licencia por decisión judicial y al que condujere un vehículo de motor o ciclomotor sin haber obtenido nunca permiso o licencia de conducción.”

Pese a esta gran diferencia mencionada entre conducir cometiendo un delito o una infracción administrativa, ante la mirada de las compañías aseguradoras conducir con el permiso temporalmente revocado será un problema añadido de gran importancia en caso de causar un accidente bajo estas circunstancias, pues no hacen estas distinciones a la hora de cubrir los daños causados a terceros, por los que después podrán repercutir contra el asegurado, y las pólizas contratadas, que probablemente no se activen al no tener dicha licencia administrativa vigente.

Por ejemplo, si tenemos el coche asegurado a todo riesgo no pagará la reparación del vehículo, y tampoco nuestra defensa jurídica. Al menos, no lo hará voluntaria y amistosamente. Tendrá que haber una Sentencia que le obligue a hacerlo, y si bien no hay ninguna garantía de lo que los Juzgados y Tribunales puedan decidir, lo más probable es que, si la póliza no está aceptada mediante la correspondiente firma del tomador-asegurado, la Sentencia obligue a la aseguradora a asumir sus obligaciones exactamente igual que si el conductor dispusiera del carnet de conducir. (Bosch Antonín, 2022)

4.2. Responsabilidad civil del personal médico / sanitario

Cuando por cualquier circunstancia, ya sea temporal o permanentemente, varían las capacidades psicofísicas de una persona para conducir cumpliendo los requisitos que le habilitan para hacerlo de forma segura, y ello es o bien descubierto por los siguientes sujetos del ámbito médico/sanitario o bien han intervenido directamente en ese cambio (por ejemplo prescribiendo medicación para un tratamiento), cabe plantearse cuál es el alcance de la responsabilidad civil en caso de que la persona cuyas capacidades han sido afectadas provoque un accidente de circulación.

4.2.1. Centros de Reconocimiento de Conductores

Los centros de reconocimiento, tal y como indica el art. 3 del Real Decreto 170/2010, de 19 de febrero, tienen como finalidad comprobar que los conductores reúnen las aptitudes psicofísicas precisas cuando éstos estén interesados en obtener o prorrogar la vigencia del permiso o de la licencia de conducción. Para ello deberán realizar las pruebas y exploraciones nece-

sarias y determinar que no están afectados por alguna de las enfermedades o deficiencias que pueden suponer incapacidad para conducir o, en su caso, la necesidad de establecer adaptaciones, restricciones u otras limitaciones de acuerdo con la regulación vigente.

De la función de evaluar dichas capacidades se encarga en el ámbito respectivo de cada uno, el personal facultativo del centro, compuesto por un médico general, un médico oftalmólogo y un psicólogo, cuyo responsable será el director del centro. Es importante especificar sobre esta responsabilidad que el art. 6.3 del RD 170/2010 establece:

“El director del centro o, en su caso, el director facultativo si aquél no reuniera la condición de facultativo, será el responsable de que las pruebas se hayan realizado en sus instalaciones de acuerdo con el Protocolo de exploración médico-psicológica que, a tales efectos, editen los Ministerios del Interior y de Sanidad y Política Social, así como de la firma del informe de aptitud psicofísica y del dictamen final del modelo de historia clínica que figuran en los anexos II y III, respectivamente.”



Esto nos podría indicar que de la responsabilidad civil cuando un centro de reconocimiento no cumple con sus obligaciones, y un cliente sufre daños o los provoca cómo consecuencia de un reconocimiento desacertado tras el cual no debería de conducir, respondería el director del centro. Sin embargo, es muy complicado encontrar alguna sentencia en la que se establezca la responsabilidad civil directa del CRC, debido a que los daños ocasionados suelen ser consecuencia de un accidente de circulación en el que la responsabilidad se imputa al mismo conductor.

Entonces cabe plantearse la cuestión de quién puede exigir esa responsabilidad civil al CRC. Al tratarse de un centro cuya función no es diagnosticar, tratar, rehabilitar etc. ni ningún acto típico de la medicina curativa, sino una función evaluadora de la capacidad psicofísica, podríamos establecer que hay un contrato entre el centro y el cliente por el que el primero se compromete a evaluar las capacidades del segundo por un precio.

Enfocado de esta manera indica la existencia de una responsabilidad civil contractual, al haber realizado el cliente un contrato con un experto del sector quien debiendo evaluarle correctamente no lo ha hecho, conociendo las consecuencias que podría acarrear para el cliente y los terceros involucrados en el daño que provoque.

En todo caso, en este ámbito y tratándose de derechos absolutos los afectados (la integridad física, la vida lo son), entre doctrina y jurisprudencia se discute si quedan tutelados por el acuerdo previo entre las partes, o si, por el contrario, quedan fuera del marco contractual. En tal caso, ya sabemos, suele alegarse la “unidad de la culpa civil”, acudiéndose a la doctrina de la yuxtaposición o concurrencia de responsabilidades contractual y extracontractual, en virtud de la cual “ante la evidencia de un daño, si entre los sujetos autor y perjudicado existe una previa relación jurídica y el perjuicio es consecuencia tanto de un incumplimiento de una obligación propia de aquella relación, como del deber general de no dañar a los demás, la víctima podrá optar por exigir la reparación, bien por la vía contractual, bien por la extracontractual”. Finalmente, destacar que, aunque el art. 6 del RD de 2010 declara como sujetos responsables al director del centro o, en su caso, al director facultativo, al emplear auxiliares en el cumplimiento de su obligación, la eventual responsabilidad civil de aquellos no se descarta a pesar de que la

actuación negligente provenga de uno de los concretos facultativos del mismo. (Leciñena Ibarra, 2020)

Ahora que ha quedado expuesto este enfoque de la responsabilidad civil del CRC, es esencial recordar que pese a ser sujetos privados, ejercen un servicio público, y es que la Administración se sirve de la acreditación que les proporciona a estos centros para externalizar un servicio. Cómo recoge el art. 2 del RD 170/2010, estos centros necesitan para operar tanto una autorización administrativa por la autoridad sanitaria cómo una acreditación por la Jefatura Provincial de Tráfico. Por lo que estaríamos ante un sujeto privado (CRC) encargado del ejercicio de este servicio, quedando la titularidad del servicio en manos de un sujeto público (administración).

Otra muestra de la titularidad de la administración es que quedan en sus manos, según el Art 26 del RD 170/2010 las labores de control e inspección del correcto funcionamiento de estos centros. Y si estas labores se incumplen, se puede producir la responsabilidad “in vigilando” de la administración, tal y como se afirmó en la STSJ de Castilla León de 28 de septiembre de 2001 (JUR 2001, 328251) *“para que el daño se impute a la Administración no es preciso localizar el agente concreto causante de los daños, debiendo atribuirse los mismos a la ‘organización’ en cuanto tal, ya que la titularidad de la organización constituye un título de imputación suficiente, tanto por que el servicio haya funcionado mal, como porque no haya funcionado, cuando existe un deber de actuar... el título de imputación de la Administración demandada puede arrojarse con el incumplimiento por parte de la misma de los deberes de policía, inspección y vigilancia que siempre ostenta sobre el servicio público, y ello con independencia de las acciones de regreso que puedan corresponder al Ayuntamiento contra la empresa concesionaria”*.

En el ámbito penal encontramos otras sentencias condenatorias cómo la Sentencia de la Audiencia Provincial de Zamora de 11 de noviembre de 2013 (JUR 2013, 367444) en la que expresamente se condenó a una directora facultativa de un centro de reconocimiento como autora de un delito de falsedad en el certificado médico expedido y tipificado en el artículo 397 CP. Otra sentencia ejemplo de esto es la Sentencia de la Audiencia Provincial de Baleares de 19 de abril de 2016 (JUR 2016, 123421), en la que son condenados tanto el director del centro que era a un mismo tiempo direc-

tor facultativo, el psicólogo y oftalmólogo, por un delito continuado de falsedad documental, siendo hechos probados, la conducta reiterada de los mismos que sin realizar las exploraciones pertinentes e incluso fuera del centro donde deberían haberse practicado, expiden certificados en los que se califica de aptos a diversos sujetos que podrían en realidad no estar cualificados como tales.

Lo más complicado es demostrar la existencia del nexo causal entre el informe incorrecto y el daño causado, ya que la responsabilidad del mismo deriva en un primer momento de una actuación negligente del conductor. En la Sentencia de la Audiencia Nacional de 9 de octubre de 2003, (JUR 2004, 409), Sala de lo contencioso Administrativo, se reclamaba Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones públicas por la muerte de dos personas por concesión de licencia de armas a quien carecía de aptitudes psicológicas para ello, constatándose que la exploración del autor de las muertes se lleva a cabo por un Centro de reconocimiento de aptitudes psicofísicas que lo considera apto a pesar de que el autor de los delitos padecía un grave trastorno psíquico. La Audiencia Nacional, no obstante, niega la responsabilidad de la Administración, pero advierte que *“habría de establecerse la responsabilidad a exigir del centro privado, al resultar incorrecto el informe de aptitud emitido”*.

Es esencial conocer que posteriormente la Sentencia anterior es casada y anulada por la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2007, Sala Tercera (RJ 2007, 3746), declarando que *“la Administración, para la concesión de la licencia, se basa fundamentalmente en el exiguo informe emitido por el Centro en el que de una forma prácticamente estereotipada se limita a dar un dictamen psicológico ‘positivo’, reputándole apto para licencia sin hacer absolutamente ninguna otra consideración sobre las aptitudes psicológicas y estado mental que debían ser estudiadas a los efectos de las causas de denegación de licencias... Resulta evidente que el informe médico de dicho Centro, cuya mínima motivación ya hemos recogido, no se correspondía con la real situación mental que el informe médico forense emitido en el proceso penal puso de relieve, y que en el momento en que cometió sus acciones delictivas padecía un trastorno mental fruto de una patología permanente en el tiempo e irreversible que, sin embargo, no fue ni mínimamente apuntada por el Centro de reconocimiento en su informe y que fue el que llevó a la Administración a conceder una licencia de armas, que lógicamente*

no hubiese concedido, si dicho Centro hubiese emitido un informe que reflejase el verdadero estado mental”.

De ello extrae el Tribunal Supremo que *“Así las cosas es evidente que el motivo de recurso debe ser estimado, apreciándose la responsabilidad patrimonial de la Administración que se reclama, pues, el Centro privado que emite el informe está reconocido e inscrito por los organismos oficiales correspondientes, a los que no puede resultar ajena, y deben responder por la forma en que se ejercita la actividad realizada por los Centros a los que, previo cumplimiento de los requisitos reglamentarios, se autoriza por la Administración, precisamente, para la acreditación de circunstancias relevantes en relación a la concesión o, en su caso, renovación de determinadas licencias”*.

En definitiva, este criterio de la culpa in vigilando puede relacionarse con supuestos de defectuosa inspección de la Administración, es decir, se refiere a su propio ámbito de actuación, a la dejación o incorrecta práctica de las funciones de control y que se suelen corresponder con la tutela de la seguridad en la prestación de servicios públicos, y ello, como ya se ha dicho, independientemente de la responsabilidad del centro de reconocimiento. (García Pérez, 2020)

4.2.2. Personal médico público y privado

Aunque existen diversos factores que influyen en mayor o menor medida, en el origen de los accidentes de tráfico, el consumo de medicamentos es objeto de creciente interés. No se puede olvidar que los medicamentos tienen un triple efecto: por un lado, efecto beneficioso (terapéutico), por otro los efectos adversos y en tercer lugar posibles efectos adversos añadidos si se combina con otro tipo de sustancias (interacciones). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

Cuando uno o ambos de los dos últimos efectos mencionados dan lugar a un accidente, cabe preguntarse acerca de la responsabilidad derivada del deber de informar que recae sobre el facultativo que los prescribió.

La responsabilidad profesional por la información del medicamento se origina en que todo profesional que interviene en la denominada «cadena terapéutica del medicamento» ya sea porque realiza un diagnóstico, prescripción, dispensación, administración y/o seguimiento, contrae obligaciones en materia de información al paciente.

La conocida como «Ley de autonomía del paciente» (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), establece con carácter general la exigencia de facilitar información a los pacientes, además es complementada por otras normativas legales de derechos de los pacientes dictadas por algunas Comunidades Autónomas. El profesional sanitario, siempre que prescriba o indique un tratamiento con medicamentos, debe proporcionarle un asesoramiento adecuado sobre los riesgos, contraindicaciones, efectos secundarios, etc. con independencia de la información para el paciente que se contiene en el prospecto del fármaco. No basta con depositar la confianza en que el paciente hará una lectura del prospecto, sino que el profesional ha de actuar diligentemente en este terreno, asegurándose de que el paciente está informado de forma correcta.

En el supuesto que nos concierne, las concreciones de la obligación de información del medicamento se contienen en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, así como en las diferentes normativas legales de farmacia de las Comunidades Autónomas. Pues en la exposición de motivos del Real Decreto se afirma que la información para el uso correcto del medicamento es uno de los ingredientes básicos de la prestación farmacéutica; y en su cuerpo normativo, que la dispensación conlleva necesariamente información. También regula algunos aspectos importantes el Reglamento de receta médica (Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, de receta médica y órdenes de dispensación).

La responsabilidad profesional por falta de información del medicamento puede recaer sobre un médico si, por dejar de advertir al paciente en tratamiento de las precauciones o limitaciones que razonablemente (conforme a la experiencia y estado de la ciencia) deba adoptar para no poner en riesgo su salud, se le causa un daño. Hay que poner especial cuidado cuando hablamos del paciente conductor, y más aún cuando se trate de conductores profesionales ya que la diligencia del profesional sanitario tiene que extremarse, pues no solo está en peligro su propia salud, sino también la de terceros que circulan por la vía pública o quiénes están a su cargo (por ej. si es conductor de autobús).

Hay que tener presente que las incompatibilidades de determinados trastornos inducidos

por drogas o medicamentos con la conducción está puesta de manifiesto de manera explícita en el Reglamento General de conductores (Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, Anexo IV, aptdo. 11.7), donde no se admite a aquellos con delirium, demencia, alteraciones perceptivas, trastornos psicóticos u otros inducidos por drogas o medicamentos que supongan riesgos para la seguridad vial. Tampoco se admiten casos de antecedentes de trastornos inducidos por drogas o medicamentos en los que la rehabilitación no esté debidamente acreditada. (Redondo Margüello, 2014)

Sobre este punto nos interesa dejar sentado que, la problemática de las consecuencias de la falta de información y/o consentimiento informado, más que un problema de distribución de riesgos es una cuestión que debe ser resuelta desde el análisis de la relación de causalidad, puesto que como bien lo destaca De Ángel, “el punto de partida, es el de que al médico que incurre en culpa en el deber de información le es objetivamente imputable el daño experimentado por el paciente”. (Parra Sepúlveda, 2014)

Según la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala tercera, de fecha de 22 de noviembre de 1991, “*constituye un deber exigible a los miembros de la profesión médica y, en general al personal sanitario, el que adviertan claramente a sus pacientes de las contraindicaciones de los medicamentos que receten o administren, de modo tal que si se omite el cumplimiento de este deber se incurre en responsabilidad, o por la persona jurídica pública o privada en cuya organización se encuentra el técnico sanitario, o por éste individualmente si ejerce la profesión de modo libre*”.

Pues la responsabilidad civil se produce cuando ha habido culpa o negligencia por parte del autor del resultado dañoso, en conformidad con la concepción jurídica tradicional de la misma y, asimismo que, en la actualidad, se tiende hacia la objetivación de la responsabilidad civil en la medida en que la obligación de resarcimiento surge únicamente de la constatación del nexo causal entre el agente y el resultado dañoso producido, con independencia de presencia o no de intención o de negligencia. (De Lorenzo y Montero, 2015)

Esa responsabilidad, cuándo se ha informado correctamente al paciente y este decide interrumpir el tratamiento prescrito o automedicarse fuera de las pautas establecidas por el facultativo, ya no recae sobre el médico. Al igual sucede en el caso de las apneas del sue-

ño cuando un CRC pide del cliente un informe de una unidad del sueño evaluándolo, ya que en todo caso, y a los efectos que prevé la norma, la unidad de sueño que deba certificar a fin de la obtención o prórroga de la licencia, deberá hacerlo con arreglo a la realidad del caso concreto, indicando si efectivamente el sujeto está sometido a tratamiento y control, sin que —en principio— se pueda extender al profesional médico la responsabilidad de un eventual accidente si con posterioridad a la emisión del informe favorable el paciente abandonara voluntariamente el tratamiento, por cuanto que se produciría una ruptura de la relación de causalidad. («Aspectos médico-legales del SAHS. Responsabilidad civil», 2005)

Por lo tanto al igual que sucede con los CRC, cuando la responsabilidad es del personal del sistema de salud público existe la posibilidad de dirigirse contra la Administración sanitaria en un proceso contencioso administrativo donde podría exigirsele responsabilidad patrimonial, pero cuando es el personal médico de una entidad privada contra el que nos dirigimos deberemos hacerlo por la vía civil correspondiente para exigir dicha responsabilidad, enfrentándonos a la complicada tarea en ambas situaciones de demostrar el nexo o relación de causalidad entre el daño y la entidad o personal facultativo contra el que nos dirigimos.

4.3 Deber de informar, confidencialidad, protección de datos y secreto profesional. (especial mención conductores profesionales y bajas permanentes SS).

Cómo hemos visto en los apartados anteriores, tanto los Centros de Reconocimiento de Conductores que determinan la inaptitud o restricciones/limitaciones de un conductor cómo los facultativos médicos que le prescriban un tratamiento o fármacos que le afecten a la conducción, tienen el deber de comunicárselo a dicho cliente (del CRC) o paciente (del sistema sanitario).

Sin embargo, hay una diferencia esencial entre los primeros y los segundos, y se trata del deber de comunicación a un tercero. En el caso de los CRC, estos se comunican con la Jefatura Provincial de Tráfico para transferir la información correspondiente sobre la aptitud, inaptitud, limitaciones o restricciones de un conductor.

En el caso en que la inaptitud para conducir derive de un hecho por el que se establezca la baja permanente, sí existe un novedoso me-

canismo de comunicación y colaboración entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Jefatura Central de tráfico, este se añade, con efectos de 21 de marzo de 2022, por el art. único.39 de la Ley 18/2021, de 20 de diciembre incorporando al Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, la Disposición adicional decimocuarta. Colaboración entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Jefatura Central de Tráfico:

“Cuando con ocasión de la tramitación por el Instituto Nacional de la Seguridad Social de un procedimiento para el reconocimiento de una pensión de incapacidad permanente a un trabajador profesional de la conducción, el órgano competente para la emisión del dictamen-propuesta proponga la declaración de la situación de incapacidad permanente como consecuencia de limitaciones orgánicas o funcionales que disminuyan o anulen la capacidad de conducción de vehículos a motor, lo pondrá en conocimiento de la Dirección Provincial para que dé aviso de la situación del trabajador al Organismo Autónomo Jefatura Central de Tráfico, a efectos de la iniciación del procedimiento de declaración de pérdida de vigencia de alguna o de todas las clases del permiso o licencia de conducción del que sea titular dicho conductor profesional, por desaparición de los requisitos para su otorgamiento.

En dicho aviso en ningún caso se harán constar historias clínicas, documentación u otros datos relativos a la salud del trabajador afectado.”

Dicha colaboración también viene reflejada en el Real Decreto-ley 2/2021, de refuerzo y consolidación de medidas sociales en defensa del empleo, (que entró en vigor el 26 de enero) incluye la Disposición final quinta. Modificación del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto legislativo 8/2015). Entre los artículos reformados está el 77. Reserva de datos, cuyo primer párrafo queda así:

«Los datos, informes o antecedentes obtenidos por la Administración de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo podrán utilizarse para los fines encomendados a las distintas entidades gestoras, servicios comunes y órganos que integran la Administración de la Seguridad Social, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto: ...»

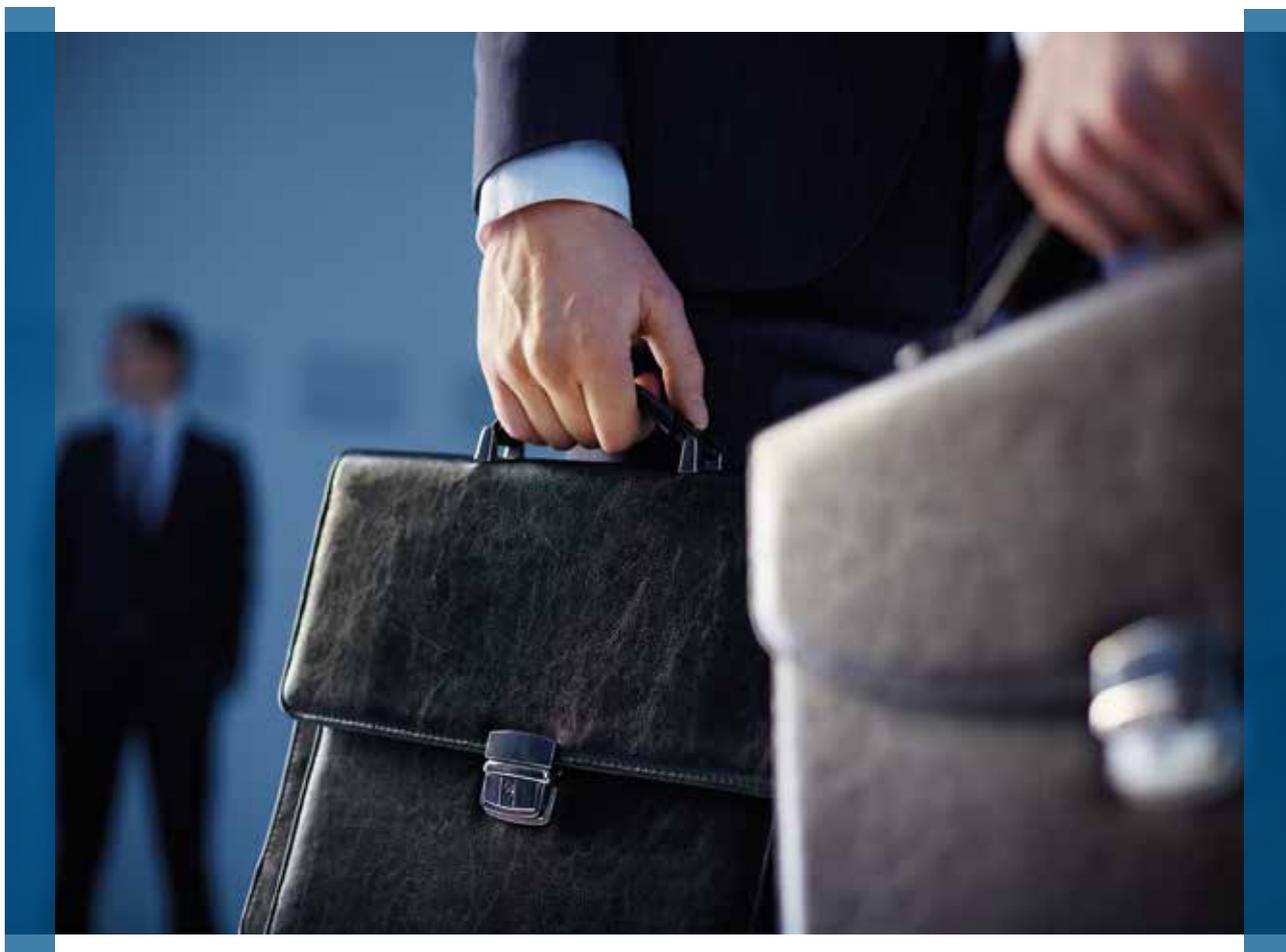
j) «La colaboración con el organismo autónomo Jefatura Central de Tráfico para que este inicie, en su caso, el procedimiento de declaración de pérdida de vigencia del permiso o la licencia de conducción de vehículo a motor, por incumplimiento de los requisitos para su otorgamiento en aquellos supuestos en que el Instituto Nacional de la Seguridad Social declare en situación de incapacidad permanente a un trabajador profesional de la conducción, como consecuencia de presentar una limitación orgánica y/o funcional que disminuya o anule su capacidad de conducción de vehículos a motor.

La colaboración se realizará mediante un aviso, en el que no se harán constar otros datos relativos a la salud del trabajador afectado.»

Sentado este ejemplo de una reciente y eficaz regulación de la transmisión de datos, de carácter personal y médico que influyan en la conducción, entre dos organismos oficiales del Estado, es momento de plantear qué sucede en casos que aún no han sido regulados correctamente y cuya creación de normativa reguladora urge.

Es decir, la cuestión más compleja se plantea en el caso de los facultativos médicos, ya que estos no están directamente vinculados con ese tercer organismo, pero sin embargo son de los primeros en conocer de condiciones que impedirían temporal o definitivamente la conducción, antes incluso que un CRC al cual probablemente solo llegaría ese conocimiento en el momento en que el conductor fuese a renovar su licencia de conducir.

Siendo, según la DGT, el periodo de vigencia de los permisos de conducción de motocicleta, coche y moto, AM, A1, A2, A, B, y Licencias de Conducción de 10 años hasta los 65 años de edad y a partir de esa edad, la renovación se realiza cada 5 años y el de los permisos profesionales de conducción de camión y autobús, C, C1, D, D1, EC, EC1, ED, ED1, que se renovarán cada cinco años mientras su titular no cumpla 65 y cada tres años, a partir de esa edad. No es de extrañar que en ese amplio periodo de tiempo tenga lugar algún cambio en las aptitudes psicofísicas para conducir.



En los espacios de tiempo entre las prórrogas, si la autoridad de tráfico tiene conocimiento de que la persona puede haber perdido su capacidad para conducir, puede iniciar un procedimiento para que sea evaluada su aptitud por la autoridad sanitaria o CRC, pero si el propio conductor no informa, ¿quiénes estarían sujetos a ese deber de informar a la autoridad de tráfico correspondiente para que se inicie el procedimiento de evaluación o de retirada provisional de la licencia de conducir?

Un tema espinoso, que cuestiona los límites de la ética, y que ha sido muy discutido, es si el médico tiene o no la obligación de denunciar a un paciente ante la Dirección General de Tráfico cuando tiene conocimiento de que, pese a no estar en condiciones óptimas para conducir, sigue haciéndolo. ¿Debe el médico preservar la confidencialidad de los datos, valorando el secreto profesional, o prima el interés social que evitaría accidentes que perjudicasen a terceros? ¿Es superior el valor de protección social o debe primar el derecho de la persona a conducir? Es este un tema que se debate recurrentemente en distintos foros sin que se haya llegado a una conclusión definitiva. (Arias Rivas et al., 2021) La Comisión sobre Seguridad Vial y Movilidad Sostenible del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 22 de junio de 2017, aprobó una Proposición no de Ley relativa a controlar los problemas físicos o psíquicos que limitan la capacidad de conducción, presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, en sus propios términos: “El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a la creación de un grupo de trabajo interministerial entre la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación y la Dirección General de Tráfico para estudiar la posible adopción de medidas en orden a una eventual comunicación de aquellas lesiones físicas o psíquicas que tengan efectos directos en la capacidad de conducción en aras de la seguridad vial.».

Pese a los cambios que se propusieron, la normativa vigente deja mucho que desear en el ámbito de la comunicación de este tipo de datos entre organismos que puedan prevenir los accidentes provocados por aquellos conductores cuyo derecho a la protección de datos y confidencialidad se podría ver vulnerado si no se hace esta comunicación de datos sensibles de una manera correcta.

De una parte, tenemos la posición normativa que establece el deber de compartir ciertos datos aunque sean confidenciales, así en el art. 262 LECrim se establece la obligación de de-

nunciar a los que, por razón de su cargo, profesión u oficio, tuvieran noticia de algún delito público y conmina con una sanción más grave a los facultativos que incumplieren ese deber de dar parte a la autoridad de la comisión de tales delitos; de otro, el art. 450 del CP castiga la omisión del deber de impedir los delitos enumerados en su apartado primero; y finalmente, el art. 757 de la LEC, impone con carácter imperativo a las autoridades y funcionarios públicos y con carácter meramente potestativo a cualquier persona el deber de comunicar al Ministerio Fiscal los hechos que pudieren resultar determinantes de la incapacitación.

Pero como podemos observar, no encajan con el supuesto tratado, pues lo que se pretende es poner en conocimiento de la Jefatura de Tráfico las enfermedades o alteraciones físicas o psíquicas que determinan la pérdida de las aptitudes precisas para la conducción y la consiguiente retirada del permiso de conducción. Sin embargo, el Código De Deontología Médica establece en su artículo 30.1.c) que: “El secreto profesional debe ser respetado. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos términos y con el asesoramiento del Colegio si lo precisara (...) si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.” Y este precepto determina obligaciones de necesario cumplimiento para los colegiados al tenor de la sentencia del Tribunal Constitucional nº 219/1989.

Para comunicar dichos datos a la Jefatura de Tráfico, y que sea considerado como tratamiento lícito de datos clínicos, se precisa de una causa legal o base legítima que lo justifique. Concretamente, el art. 9.2.g RGPD, contempla la posibilidad de un tratamiento necesario “por razones de un interés público esencial” amparado en norma adicional que debe cumplir con los requisitos establecidos en el referido precepto, esto es, “debe ser proporcional al objetivo perseguido, respetar en lo esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado”, y precisa además que “se ofrezcan las garantías adecuadas” (art. 56 RGPD).

Análogas exigencias impone la doctrina del Tribunal Constitucional cuando trata de perfilar los límites del derecho fundamental a la intimidad, pronunciándose en los siguiente términos: “*el derecho fundamental puede ceder ante otros derechos y bienes constitucionalmente relevantes, siempre que la limitación que haya*

de experimentar esté fundada en una previsión legal, que tenga justificación constitucional, se revele necesaria para lograr el fin legítimo previsto y sea proporcionada para alcanzarlo, y sea además respetuosa con el contenido esencial del derecho” (STC de 23 de marzo de 2009 – RTC 2009, 70– citada por la sentencia 76/2019, de 22 de mayo de 2019 –RTC 2019, 76–)53.

En definitiva, el secreto puede ceder ante situaciones en las que hay un interés público esencial y prevalente. De modo que la injerencia en la intimidad y la comunicación no consentida de datos clínicos a la Jefatura de tráfico quedaría justificada si concurrieran los siguientes presupuestos: 1. Fin constitucionalmente legítimo; 2. observancia de la proporcionalidad de la medida; y 3. previsión legal de la medida limitativa. (Morales Saura, 2020)

Observándose esos requisitos, el tratamiento de datos sensibles que conlleva la comunicación no consentida de datos objeto de análisis, excluidos los casos en los que el profesional médico queda exonerado del compromiso por consentimiento expreso del paciente, ha encontrado refrendo doctrinal y jurisprudencial consolidado en la causa de justificación, prevista como eximente en el artículo 20.5.ª CP, de actuar por un estado de necesidad, cuando la revelación es el único medio para evitar un mal de mayor gravedad, eliminando así la anti-juridicidad de la conducta reveladora y absolviendo de la responsabilidad al profesional médico por la divulgación de estos datos.

Es por todo lo expuesto en este apartado que la comunicación de datos por un médico sobre las aptitudes psicofísicas de un paciente a un tercero cómo la DGT, con la finalidad de salvaguardar bienes jurídicos de terceros, es una tarea compleja con la normativa vigente y que deja al personal sanitario esperando una regulación concreta y necesaria para este tema.

V. JURISPRUDENCIA

Tras haber hecho un recorrido por las muy diversas cuestiones que surgen en el objeto de este trabajo, este apartado tiene como finalidad conocer de forma práctica, a través de sentencias y casos reales, la incidencia que tienen en nuestros tribunales los problemas planteados en materia de seguridad vial, prevención de accidentes y responsabilidad civil. Podemos dividirlos atendiendo a que el origen causal del hecho enjuiciado sea accidentes relacionados con:

- Medicación y tratamientos.

- *Sentencia del Juzgado de lo Penal nº1 de Segovia 354/2019 (Sección 1ª), de 8 de octubre de 2019. Roj: SJP 912/2019 - ECLI:ES:JP:2019:912*

Esta sentencia ejemplifica un claro caso de consumo de varias sustancias al volante, y cómo, aunque algunas se podrían intentar justificar de manera legal alegando la prescripción médica de éstas, otras entran claramente en la categoría de drogas, siendo un delito tipificado la conducción bajo sus efectos. Cómo podemos ver, cuando ambas clases de sustancias confluyen en un accidente, no importa la prescripción o no de una como medicamentos ya que al tratarse la otra de droga ya entra en el tipo penal del Art 384 CP.

“La acusada dice tomar metadona por prescripción, esto es ilógico pues incluso los que toman metadona saben que no deben conducir. Los síntomas que presenta son completamente compatibles con la completa desinhibición a las circunstancias de la conducción desinhibida así la adormilada, habla dificultosa, movimientos descoordinados e inquietos.

En este caso la acusada manifiesta en sede de atestado declara que consumió drogas (metadona) y el hecho de que fuera con prescripción es indiferente, parece claro que consumió altas dosis de cocaína tal como refiere la Perito actuante Doña Celsa.”

El siguiente extracto de la sentencia pone de relieve el alarmante peligro que representa conducir en ese estado y la necesidad de evitar conductores así en nuestras carreteras:

“En este caso, la acusada se chocó con una bionda de seguridad, pero bien pudo haberlo hecho contra un vehículo donde circulase terceros ciudadanos e incluso niños y es altamente probable que si hubiera ido hacia la derecha acabará causando un terrible siniestro. La conducta durante todo el juicio ha sido desinhibirse de este juicio lo que denota un nulo arrepentimiento y el privarle definitivamente del carnet de conducir se convierte en una necesidad para intentar abortar una más que probable catástrofe.”

- *Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº2 de Pamplona/Iruña 11/2021 (Sección 2ª), de 18 de enero de 2021 (recurso 195/2020) Roj: SJCA 43/2021 - ECLI:ES:JCA:2021:43*

En esta sentencia, cómo en la anterior se pretende justificar resultar positivo en el test de varias sustancias, con la prescripción médica para una de ellas, evidenciando una vez más la sentencia en su argumentación la incompatibilidad de estas con la conducción:

“De la prueba aportada por el propio recurrente se puede tener por acreditado que consume, por prescripción facultativa, metadona, informe sanitario que, realizado a petición del propio paciente y aquí recurrente

Pero es que, aunque se pretenda, como parece que mantiene la parte recurrente, que la prescripción facultativa de la metadona es causa suficiente para producir la nulidad de la sanción (...)

Si la metadona es una droga (medicamento) y produce efectos sobre la conducción, la consecuencia no es, ni puede ser, que quien la consume, a pesar de sus efectos sobre la conducción, pueda conducir.

El efecto es el que se deriva de los propios términos del artículo 14.1 de la Ley de Tráfico, que permite, por quien conduce un vehículo, el uso de drogas y medicamentos, en tanto que esas sustancias no alteren ni menoscaben las condiciones para conducir vehículos.

En el presente caso el resultado, que no ha sido desvirtuado, determina el positivo en tres

sustancias (morfina, a 6-monoacetil morfina (6AM) y metadona), lo que determina la comisión de la infracción administrativa que impide conducir con presencia de drogas en el organismo.”

- Enfermedades que afectan a la conducción

• *Sentencia del Tribunal Supremo 1019/2010, 2 de noviembre de 2010, dictada en el recurso de casación nº 589/2010:*

“El acusado, no obstante observar la circulación de numerosos vehículos en sentido contrario al seguido por él, lejos a de aminorar su velocidad o efectuar cualquier otra maniobra siguió en la misma dirección, circulando al menos durante 40 kms. en la creencia de que era él, el que circulaba en sentido correcto y que los demás usuarios de la vía eran los que querían matarle, provocando con ellos situaciones de riesgo inminente de colisión con tales vehículos, así como dos accidentes de tráfico.

El acusado carecía de conocimiento y voluntad de forma plena en el momento de cometer los hechos, produciéndose esa situación por una reactivación o brote esquizofrénico de tipo paranoide con alucinaciones verbales (...) pues durante la ejecución de los hechos el procesado ha estado afectado por una anomalía o alteración psíquica que anulaba plenamen-



te sus facultades intelectivas y volitivas, con lo que lo cual, le impedía comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

Fallo: Que considerándose a Arsenio como autor de un delito de conducción con consciente desprecio a los demás, más otros dos delitos de homicidio dolosos, y cuatro de lesiones, en la relación establecida en el art. 77 del Código Penal, debemos absolver y absolvemos al acusado de tales ilícitos, al concurrir la eximente completa de anomalía o enajenación mental.”

• **Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Sentencia 890/2010, de 08 de octubre de 2010 Recurso De Casación Núm: 10312/2010**

En esta sentencia, al igual que en la anterior nos encontramos ante un claro ejemplo de trastorno mental y de conducta que se encuadra en el apartado 10.3 del anexo IV del Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores.

“10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.: No debe existir esquizofrenia o trastorno delirante. Tampoco se admiten otros trastornos psicóticos que presenten incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa, ideas delirantes, alucinaciones o conducta violenta, o que por alguna otra razón impliquen riesgo para la seguridad vial.”

“los hechos ocurrieron con motivo de una reactivación de la enfermedad al entrar en una fase aguda con un brote psicótico plasmado en un delirio muy concreto: actuaba convencido de que estaba siendo filmado como protagonista de una película que tenía como fin convencer a los esquizofrénicos de que se tomaran la medicación.

Absolvemos al acusado Mauricio del delito de conducción temeraria, de dos delitos de homicidio y de dos delitos de lesiones, al apreciar la eximente completa de alteración psíquica.

Se mantienen los pronunciamientos del fallo condenatorio sobre la responsabilidad civil y demás extremos no cuestionados ante esta Sala.”

Como observamos en este caso, aunque no se le considere penalmente responsable, sí que fue condenado civilmente, pues no debería estar conduciendo con dicho padecimiento y fruto de el mismo causó tan negativos resultados.

- Somnolencia al volante y la apnea

• **Auto de la Audiencia Provincial de Pontevedra 34/2021 (sección 2ª), de 21 de enero de 2021, (recurso 5/2021) Roj: AAP PO 4/2021 - ECLI:ES:APPO:2021:4A**

“Como se dice en los autos impugnados, de las actuaciones existen indicios de la comisión de los delitos de homicidio por imprudencia del art. 142.1 CP por atropello de un ciclista, con fuga por parte del investigado (Art. 195 CP). La zona del atropello es recta, con amplia visibilidad y el accidente se produjo un día soleado. El investigado, conductor profesional, ha sido diagnosticado de una enfermedad de apnea del sueño, y tras dicho diagnóstico no se renovó el carnet ni se determinó si le imposibilitaba o no para conducir. El investigado negó recordar nada sobre haber pasado por la zona del atropello.

Ante las manifestaciones del investigado a los agentes de tráfico, éstos intervinieron cautelarmente el permiso de conducir por entender que las limitaciones psicofísicas que presentaba (necesita CPAP a 8cm nocturna y en siesta, apnea del sueño) podrían estar incursas en el art. 36.1 del Reglamento General de Conductores (Decreto 818/2009 de 8 de mayo), por si procediese el inicio de declaración de pérdida de vigencia y, consecuentemente, de la adopción de la medida de suspensión cautelar o intervención inmediata de la licencia o permiso de conducción (art. 39 del Reglamento General de Conductores) por parte de la Jefatura de Tráfico.

También el Ministerio Fiscal interesó la retirada cautelar del permiso, por considerar la concurrencia de un riesgo grave en la conducción del investigado.

Se fundamenta por todo lo expuesto un riesgo grave en el uso del permiso de conducción, en tanto se esclarecen las circunstancias del caso y la procedencia de su intervención conforme al art. 764.4 LEcr.”

• **Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 6988/2017 (Sala de lo Social, sección 1ª) de 17 de noviembre de 2017 (Recurso 5108/2017) Roj: STSJ CAT 10072/2017 - ECLI:ES:TSJCAT:2017:10072**

“En efecto, el demandante tiene como profesión la de conductor de mercancías peligrosas, y, a resultas de padecer apnea obstructiva del sueño (moderada) con somnolencia nocturna, fue objeto de reconocimiento médico por el servicio de prevención concertado por la empre-

sa en 3/6/2016, indicándosele que no resultaba apto para el desempeño de su puesto de trabajo como conductor de camión de mercancías peligrosas diurna. Se le da tratamiento con hipnóticos para mejorar el descanso por la noche.

(...) resulta palmario que el actor está inhabilitado para ejercer su profesión de conductor como consecuencia de la apnea y somnolencia diurna que padece, habiendo determinado el servicio de prevención que no está en disposición, por falta de aptitud, para conducir.

Por todo ello entendemos que concurre en el trabajador una inhabilitación sobrevinida conocida con posterioridad a su colocación efectiva en la empresa y con entidad y duración en el tiempo, que justifica la decisión empresarial de extinguir el contrato por causas objetivas, cumpliendo con los requisitos formales y de indemnización exigidos para ello, por lo que es procedente convalidar la decisión extintiva de la empresa con base al art. 52 a) ET, a fin de preservar su seguridad laboral, sin riesgo propio o de terceros.

• **Sentencia del Juzgado de lo Social nº 17 de Barcelona 74/18, de 23 de febrero de 2018.**

“A la vista de los hechos probados, debe resolverse la pretensión de la parte demandante, que solicita la declaración de incapacidad permanente absoluta, situación que se define en el art. 194.5 LGSS como aquella que “inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio”

A la hora de resolver dicha pretensión, debemos señalar que el síndrome de apneas obstructivas del sueño, el insomnio y la hipersomnia subjetiva y objetiva secundarias a los anteriores impiden al demandante el ejercicio de cualquier profesión, pues los problemas derivados de la falta de sueño son graves y, en consecuencia, afectan claramente a cualquier actividad reglada que el demandante pueda desempeñar. Por tanto, el demandante debe ser declarado en situación de incapacidad permanente absoluta.”

• **Auto de la Audiencia Provincial de León 321/2013 (sección 1ª), de 18 de julio de 2013, (recurso 34/2013) Roj: SAP LE 1070/2013 - ECLI:ES:APLE:2013:1070**

“No cabe obviar que en el informe del accidente, se constata que el lesionado padecía una apnea del sueño (debía tener estrictamente prohibido terminantemente prohibido subir a una altura), y según los informes médicos había tenido un traumatismo esternal por una caída debida a un mareo, pero a su vez, teniendo en cuenta

la valoración impropia del peligro por parte del trabajador y su poco sentido común, al subirse en altura teniendo dicha patología, supone a su vez que ha habido una supervisión inadecuada respecto identificación del riesgo y a la vigilancia del cumplimiento de las normas de seguridad.

(...) De este hecho deduce que la entidad demandante sería la responsable civil por los hechos que motivaron la sanción administrativa”

• **Sentencia del Tribunal Supremo 146/2020 (Sala de lo Civil, Sección 1ª), de 2 marzo de 2020 (recurso 4149/2017) Roj: STS 711/2020 - ECLI:ES:TS:2020:711**

Esta sentencia del Excmo. Magistrado José Luis Seoane Spiegelberg pone de relieve una de las controversias de responsabilidad civil planteadas sobre qué cubren las aseguradoras, se trata de un caso en que el demandante reclamaba a la aseguradora una importante suma en concepto de los daños indirectamente sufridos por él al fallecer tanto su esposa como sus tres hijos en un accidente que él mismo provocó.

“del atestado instruido como consecuencia del siniestro se desprende que el accidente se produjo como consecuencia de la falta de control del vehículo por parte del conductor (actor) al “rendirse ante el sueño”, no constando la existencia de ningún pronunciamiento judicial sobre su responsabilidad.”

Pues bien, pese a que cómo hemos mencionado anteriormente los daños a terceros en caso de quedarse dormido al volante están cubiertos, no lo están así los propios, “En la actualidad, la reforma del art. 5 LRCSVM operada por la Ley 21/2007, de 11 julio, ha despejado las dudas existentes, pues con arreglo a la nueva redacción se dispone que “la cobertura del seguro de suscripción obligatoria no alcanzará a los daños y perjuicios ocasionados por las lesiones o fallecimiento del conductor del vehículo causante del accidente”.

“Extender el resarcimiento por causa de muerte a los allegados del conductor fallecido, único implicado en el siniestro, supondría atribuir, sin un precepto legal que lo autorice, efectos propios de un seguro de accidentes a un seguro que está concebido y regulado como un seguro de responsabilidad civil.”

Lo más impactante de este caso, pese al interés jurídico que tenga en materia de responsabilidad civil, es que se trata de un claro ejemplo de la magnitud que puede tener como cau-

sante de un accidente el sueño, y el propio conductor lo reconoce, que por quedarse dormido se han perdido cuatro vidas, la de su esposa y tres hijos. Si hubiese sido detectada cualquier patología relacionada con la somnolencia recogida en el anexo IV, podría o haberse evitado el accidente bien tratándola o bien impidiendo que un sujeto con la misma condujese.

VI. CONCLUSIONES

- *Problemática del actual sistema de categorización de medicamentos y propuesta de actualización.*

Tras haber analizado el efecto que los medicamentos pueden tener en la conducción, es

MEDICAMENTOS QUE PUEDEN INTERFERIR EN LA CONDUCCIÓN		POSIBLE EFECTO	RECOMENDACIONES
SISTEMA NERVIOSO	ANSIOLÍTICOS/ HIPNÓTICOS Benzodiazepinas (BZD) Zopiclona Zaleplon Zolpidem, etc.	- Alteraciones psicomotrices y de alerta, incluso a dosis terapéuticas. - Sedación excesiva como consecuencia de la acumulación de BZD de acción larga con la administración repetida. - Efectos derivados de la privación o retirada: insomnio de rebote, ansiedad, reacciones de agresividad, síndrome de abstinencia. Son menos frecuentes en las BZD de acción larga.	Los pacientes tratados con BZD deberían evitar en lo posible la conducción, especialmente durante las primeras horas de la mañana (por la somnolencia residual) y, por supuesto, no ingerir bebidas alcohólicas. Hay dos reglas en el tratamiento de pacientes geriátricos: seleccionar BZD que no sufran biotransformación hepática y que no se acumulen, y ajustar progresivamente la dosis.
	ANALGÉSICOS OPIÁCEOS Morfina Codeína Dextropropoxifeno Tramadol, etc.	Somnolencia, disminución de la alerta psíquica, e incluso vértigo.	Las personas que utilizan este tipo de medicamentos, no deberían conducir vehículos. Varios autores afirman que una prohibición absoluta es excesiva, especialmente en los tratamientos crónicos con morfina. Algunas especialidades con estas sustancias son consideradas "analgésicos menores", lo que acarrea importantes consecuencias.
	ANTIDEPRESIVOS Antidepresivos Tricíclicos o AT (imipramina, etc) Inhibidores de la	Efectos anticolinérgicos (visión borrosa), sedación e hipotensión ortostática. La supresión radical produce (con mayor frecuencia e intensidad):	Es aconsejable que los pacientes con depresión mayor conduzcan una vez que se ha estabilizado el tratamiento y obtenida una respuesta positiva al mismo, evaluada por el psiquiatra. La norma más común para suspender un tratamiento
	Recaptación de Serotonina o ISRS (fluoxetina, etc)	alteraciones digestivas (náuseas, dolor abdominal, diarrea), alteraciones del sueño, letargo y alteraciones afectivas. Con los ISRS: vértigo, fotofobia y parestesias. Todos ellos desaparecen rápidamente al reanudar el tratamiento.	antidepresivo que haya durado más de ocho semanas, consiste en ir reduciendo la dosis a lo largo de un período no inferior a un mes. En cualquier caso, es especialmente importante informar a los pacientes acerca de esta cuestión. Los ISRS afectan en menor medida a la aptitud de conducir.
	ANTEPILEPTICOS Topiramato Lamotrigina Fenitoína, Carbamazepina, etc.	Ataxia (descoordinación motora), temblor, somnolencia, letargo o estados de confusión o aturdimiento. La necesidad de buscar el fármaco adecuado, conlleva un período de coexistencia que implica posibles interacciones, con pérdida de efectos (crisis epiléptica) o de potenciación de efectos adversos neurológicos, y posibilidad de crisis de rebote.	La epilepsia en sí incapacita para conducir, lo que se contempla incluso en el código de la circulación. En general se considera que un paciente epiléptico está capacitado para conducir solo cuando, gracias al tratamiento, han transcurrido dos años desde la última crisis, la suspensión de la medicación se realiza gradualmente y sus efectos secundarios están controlados.
	ANTIPARKINSON Levodopa Pramipexol Ropinirol, etc.	Con levodopa es frecuente una pérdida progresiva de eficacia hacia los 3-5 años de tratamiento, con aparición de síntomas parkinsonianos acusados (fenómeno on-off). Pramipexol y ropinirol pueden provocar ataques repentinos de sueño.	Hay que tener especial cuidado en caso de conducir por los efectos del tratamiento, pero también por los episodios de "freezing" (bloques motores que impiden durante unos segundos la iniciación o la continuación de un movimiento) y el temblor inducido por estrés. Estas manifestaciones son componentes de la propia enfermedad de Parkinson y ocurren incluso en ausencia de tratamiento.

	ANTIPSICÓTICOS Olanzapina, Risperidona, etc.	Somnolencia y visión borrosa (típicamente anticolinérgicos). Al inicio, síntomas extrapiramidales como parkinsonismo, acatisia y distonía según la dosis; hipotensión ortostática (más intensa en la administración i.m.), hipertensión, taquicardia, etc.	En general, los pacientes con esquizofrenia u otros cuadros de naturaleza psicótica no deberían conducir, salvo en aquellos casos adecuadamente estabilizados. Aun así, se recomienda viajar acompañados, moderar la velocidad, evitar las horas punta y los viajes nocturnos, etc).
	ANESTÉSICOS	Efectos residuales significativos, lo que merma la capacidad de reacción de los pacientes.	Por ello, se recomienda que aquellos que han recibido un anestésico, no conduzcan en un periodo mínimo de 48 horas, ya que la eliminación de estos fármacos es lenta.
	ANTIMIGRAÑOSOS Sumatriptán, Rizatriptán.	Mareos y somnolencia por la propia migraña y por estos fármacos.	No se recomienda la conducción de vehículos durante el tratamiento con "triptanes"
	ANTIVERTIGINOSOS Flunarizina, Cinarizina.	Potente efecto antihistamínico (somnolencia) y vasodilatador.	No parece prudente que un paciente con un ataque de vértigo conduzca un automóvil, incluso aunque esté siendo tratado.
APARATO RESPIRATORIO	ANTIHISTAMÍNICOS (H₁) Clorfenamina Difenhidramina, etc. <u>AntiH1 2ª generación:</u> Astemizol, Azelastina, Fexofenadina, Loratadina Mizolastina, Terfenadina	Los antihistamínicos "clásicos" tienen acción anticolinérgica y la capacidad de producir somnolencia. Se han desarrollado antihistamínicos de 2ª generación que carecen de estos efectos. Los efectos neurológicos asociados al bloqueo de los receptores histamínicos y colinérgicos incluyen:	La recomendación básica a realizar a los pacientes es que eviten conducir bajo la influencia de medicamentos antihistamínicos, aunque sean de "segunda generación", dado que, aunque el riesgo de somnolencia es inferior respecto a los "clásicos", no puede descartarse por completo. El hecho de que los antihistamínicos sean utilizados mayoritariamente para síntomas no relacionados con el sistema nervioso (como la alergia al polen o rinitis alérgica) contribuye a confundir a los pacientes no informados. Esto
	Cetirizina, Elastina, etc.	ansiedad, parestesia, alteraciones visuales e incluso alucinaciones.	se agrava porque muchas fórmulas son EFP.
	DESCONGESTION NASAL	Muchas preparaciones comerciales contienen antihistamínicos	Aunque no es probable que los efectos neurológicos sean marcados, debe informarse a los pacientes.
	ANTITUSIVOS Dextrometorfano Codeína	Somnolencia, vértigo, excitabilidad, confusión, nistagmo, dificultad al hablar.	Se recomienda mucha prudencia al conducir.
APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO	ANTIABIÉTICOS Insulina Antidiabéticos orales	Posibilidad de hipoglucemia intensa, sobre todo con insulina. Los cuadros de hipoglucemia asociados a los antidiabéticos orales suelen ser menos intensos y menos frecuentes. Diversos estudios han demostrado que la capacidad de conducción se empieza a deteriorar cuando los niveles de glucemia bajan a 3,6 mmol/l (65 mg/dl).	Ante el menor signo de mareo, el paciente diabético debería apartarse al arcén y, si es posible, tratar su hipoglucemia con una pequeña cantidad de azúcar. Siempre deberá dejar transcurrir el tiempo necesario para recuperar todas sus capacidades cognitivas. Las recomendaciones básicas para la conducción por parte de los pacientes diabéticos es que controlen frecuentemente su glucemia, conozcan perfectamente los síntomas asociados a la hipoglucemia y estén preparados para actuar con rapidez. Esto supone que pueden conducir siempre que tengan bien controlada su diabetes.
	PROCINÉTICOS Metoclopramida, Cleboprida, etc.	Producen frecuentemente (10-25%) agitación, somnolencia, astenia o sedación.	Su uso no es aconsejable, especialmente al principio del tratamiento.
	ESTIM. APETITO Ciproheptadina	Son antihistamínicos y anticolinérgicos, lo que produce	Precaución al conducir. Se debe informar al paciente.
	Pizotifeno, etc.	somnolencia, sequedad de boca y visión borrosa	
	ANTIEMÉTICOS Ondansetrón, etc.	Cefalea, estreñimiento o diarrea (10-25%) y mareo, astenia o sedación(1-9%)	Se recomienda evitar la conducción de vehículos y el manejo de maquinaria peligrosa.

APARATO CARDIOVASCULAR	BETA BLOQUEANTES Propranolol, Atenolol, etc.	Especialmente al principio del tratamiento, fatiga, mareos, cefalea, insomnio, y sensación de hormigueo.	La mayoría no presentan gran riesgo para la conducción, pero se aconseja utilizar este grupo de medicamentos de forma muy precavida o incluso no usarlos en conductores diabéticos.
	ANTIHIPERTENSIVOS Prazosina, Doxazosina, etc.	Hipotensión postural (en general tras la primera toma), con mareos o vértigo en los movimientos bruscos.	Comenzar con dosis bajas, que se incrementan progresivamente. Advertir al paciente que durante el inicio del tratamiento, o si se ajusta la dosis, debe tener precaución al conducir.
	ANTIANGINOSOS Antagonistas del calcio del calcio (nifedipina, diltiazem, etc), Nitratos (dinitrato y mononitrato de isosorbida, etc).	Antagonistas del calcio: mareos y/o cefaleas al principio del tratamiento. Ocasionalmente, ansiedad, somnolencia, astenia, parestesia y calambres musculares. Nitratos: cefaleas graves y persistentes. Taquicardia e hipotensión marcada (10-25%), y a veces bradicardia paradójica y angina de pecho aumentada.	Antagonistas del calcio: Se aconseja precaución durante la conducción de vehículos o el manejo de maquinaria peligrosa o de precisión. Nitratos: En general, no se aconseja la conducción de vehículos durante las primeras semanas de tratamiento.
	ANTIARRITMICOS	Todos ellos producen	La mayoría de los antiarrítmicos de uso ambulatorio
	Propafenona, Flecainida	frecuentemente mareos y visión borrosa.	contraíndica la conducción durante las primeras semanas de tratamiento.
	VASODILADORES PERIFÉRICOS	Mareos (1-9%), hipotensión ortostática, insomnio y cefalea.	No se aconseja la conducción de vehículos durante las primeras semanas de tratamiento.
	ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS Dipiridamol	Frecuentemente (10-25%) se asocia a mareos y ocasionalmente (1-9%) a cefalea.	No se aconseja la conducción de vehículos, ni el manejo de maquinaria peligrosa durante las primeras semanas de tratamiento.
APARATO LOCOMOTOR	RELAJANTES MUSCULARES Carisoprodo, Metocarbamol, Baclofeno, Ciclobenzaprina, etc.	Carisoprodo: taquicardia, hipotensión, mareos, somnolencia, cefalea y ataxia. Metocarbamol: somnolencia, visión borrosa, vértigo, nerviosismo y ansiedad. Baclofeno y ciclobenzaprina: hipotonía muscular, somnolencia. Ocasionalmente mareos, parestesia, visión borrosa.	En general, se debe evitar la conducción de vehículos bajo los efectos de este tipo de fármacos, porque los reflejos se encuentran disminuidos. Los AINE no suelen suponer una contraindicación para la conducción.
TUBERCULOSIS	Isoniazida Etambutol	Visión borrosa y mareos, así como confusión e incluso alucinaciones.	Precaución en la conducción.
APARATO GENITOURINARIO	Lisurida, Clomifeno, Antiespasmódicos urinarios	Lisurida: posible disminución de la capacidad de reacción. Clomifeno: alteraciones de la visión. Trosipio, oxibutinina, tolterodina: visión borrosa, mareos y fotofobia.	Se debe advertir al paciente.
OTOLÓGICOS	Colirios, pomadas oftálmicas, etc.)	Son capaces de perturbar temporalmente la capacidad visual de los pacientes.	

importante resumirlo con este claro y conciso esquema extraído del Consejo General de Colegios Farmacéuticos:

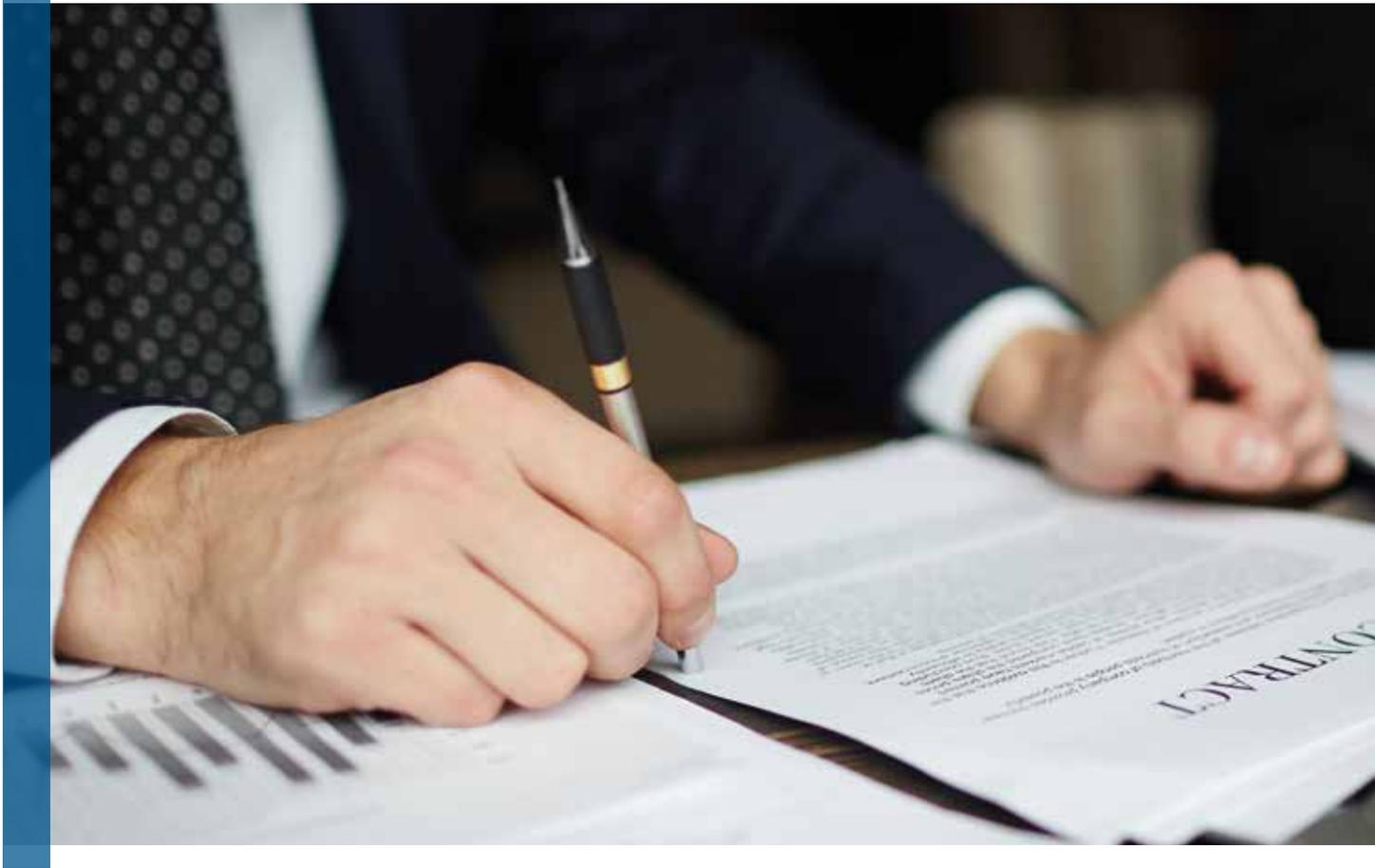
Viendo la gran cantidad y tipos de medicamentos que afectan a la seguridad vial, activa y pasiva, de todos, no solo quienes los consumen sino cualquier otro usuario de las vías públicas a quien podrían involucrar en un accidente causado por el uso de estos medicamentos, cabe plantearse que no nos podemos basar únicamente en si afectan o no a la conducción sino además ¿en qué medida?. El sistema actual de advertencia se basa en el pictograma de la silueta negra de un coche sobre un triángulo de fondo blanco con bordes rojos, que nos indica la necesidad de leer el prospecto del medicamento porque afecta a la conducción.

El problema de este sistema es que al haber tantos medicamentos de tan diferentes usos

y que deben llevar el pictograma, el paciente puede no considerar adecuadamente el alcance del peligro que suponen para la conducción ya que el rango de efectos y probabilidad de estos es muy amplio.

En conclusión, creo que es muy útil y necesaria una modificación del sistema de categorización de los medicamentos y su grado de afectación a la conducción, es por ello que si utilizásemos el sistema planteado en el proyecto europeo D.R.U.I.D. (DRiving Under Influence of alcohol and Drugs) y gracias a este los médicos estuvieran informados correctamente de estas categorías, podrían a su vez transmitir dichas precauciones de forma sencilla y gráfica a los pacientes a quienes prescriban este tipo de medicamentos.

Fuente: Proyecto Europeo D.R.U.I.D.



Además de incorporar el sistema en el entorno médico-paciente, fuera de éste también se debería añadir modificando el pictograma en la caja de los medicamentos que actualmente regula el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, reemplazándolo por el de la imagen inferior. De esta forma en un momento, nada más con mirar el envase, podremos saber en qué categoría se encuentra el medicamento y prevenir así sumar más víctimas a las alarmantes estadísticas que he ido exponiendo.

Este sistema permitiría también disminuir la carga de responsabilidad civil que pudiese tener el facultativo sanitario al recetar medicamentos así dándose el caso de que el paciente que los tome y tenga un accidente alegue que no fue informado correctamente, aunque cómo se verá en las siguientes conclusiones hay otras propuestas de soluciones factibles para este caso.

- *Desarrollar la proposición no de ley 161/001916, de 16 de mayo de 2017 creando un grupo de trabajo interministerial.*

La proposición no de ley que formuló el grupo Popular en 2017, recogía lo siguiente “Los

modelos de evaluación de aptitudes para la conducción deben abarcar una doble vía de comunicación, por una parte, con el modelo primario tal y como se conoce con revisiones periódicas, y, por otra, con la comunicación inmediata a las Autoridades Administrativas de Tráfico por parte del médico de una patología o circunstancia sobrevenida permanente que incapacite a la persona para la conducción. Es por lo tanto en estos casos en que el paciente presenta déficits o pérdida de aptitudes sobrevenidas permanentes que puedan afectar su capacidad por conducir cuándo el papel del médico se hace decisivo.

Proposición no de Ley: «El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a la creación de un grupo de trabajo interministerial entre la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación y la Dirección General de Tráfico para estudiar la posible adopción de medidas en orden a una eventual comunicación de aquellas lesiones físicas o psíquicas que tengan efectos directos en la capacidad de conducción en aras de la seguridad vial.»”

Pese a que fue aprobada, y ya se propuso hace más de cinco años la creación de un grupo



General de Colegios Médicos, sobre el secreto médico, incluye los certificados de aptitud (conducción, uso de armas) entre los procedimientos de control que merecen una especial consideración a efectos de transmitir información con la consiguiente ruptura del secreto médico.

- El Fiscal de la Fiscalía Superior de la Comunidad Autónoma de Murcia, Lanzarote Martínez, ya hablaba en 2013 sobre “la necesidad de abordar una reforma legislativa a fin de otorgar cobertura normativa y con ello expresa previsión legal con “claridad y calidad de ley” a la comunicación de datos clínicos a las autoridades de tráfico para la iniciación del procedimiento de la declaración de pérdida de vigencia del permiso de conducir por pérdida de las aptitudes psicofísicas necesarias para la conducción.”

- A finales de 2019, en el “I Congreso Nacional sobre deterioro de las aptitudes del conductor senior en el marco del envejecimiento activo: seguridad vial y deber de confidencialidad del médico”: Necesidad de lograr soluciones al dilema al que se enfrentan los facultativos cuando en la horquilla temporal entre dos revisiones del permiso o la licencia de conducción (diez años mientras su titular no cumpla los sesenta y cinco años y de cinco años a partir de esa edad) detectan que el paciente ha visto menoscabadas sus aptitudes psicofísicas para la conducción. El dilema al que se enfrenta el profesional es comunicar tal incidencia a la Jefatura Provincial de Tráfico vs. guardar la confidencialidad que impone su profesión.

Todas las propuestas mencionadas tienen la misma finalidad, sin embargo, hay diversas formas o medios de lograr la consecución de dicho fin:

- La consideración del secreto compartido cómo una variable del secreto profesional

El RGPD (artículo 9.2, apartado h), y 3) implícitamente exime del deber de secreto a los profesionales que ceden los datos por las razones que contempla el artículo 16 de la LBAP y, a la par, sujeta expresamente a los profesionales y órganos administrativos que reciben y tratan esos datos al deber de secreto profesional.

Lo anterior convierte en a dichos profesionales en confidentes necesarios de un secreto compartido. La institución del secreto médico compartido permite enmarcar las comunicaciones de datos a facultativos ajenos al proceso asistencial de paciente por razones de protección de la sa-

de trabajo interministerial, no han tenido lugar aún los más que necesarios avances para hacer de ese proyecto una realidad, al menos no por organismos oficiales. Es por ello que a continuación se plantean distintos enfoques para lograr esta comunicación entre los organismos sanitarios y los que componen la Dirección General de Tráfico de forma eficaz, segura y amparada por el derecho.

• Opciones para regular la transmisión de datos a la DGT sobre cambios en las aptitudes psicofísicas de un conductor.

Son muy diversos los organismos y entidades oficiales que han destacado la necesidad de establecer una vía de comunicación o colaboración entre el personal médico y la DGT para, en aras de la seguridad vial y protección tanto del paciente conductor cómo de terceros, evitar temporal o permanentemente que conduzca o al menos establecer ciertas restricciones. Varios ejemplos de esa búsqueda pertinaz de una solución a este problema normativo son:

- La Declaración de 8 de julio de 2017 de la Comisión Central de Deontología del Consejo

lud pública, de medicina preventiva y para lograr buenos niveles de calidad asistencial.

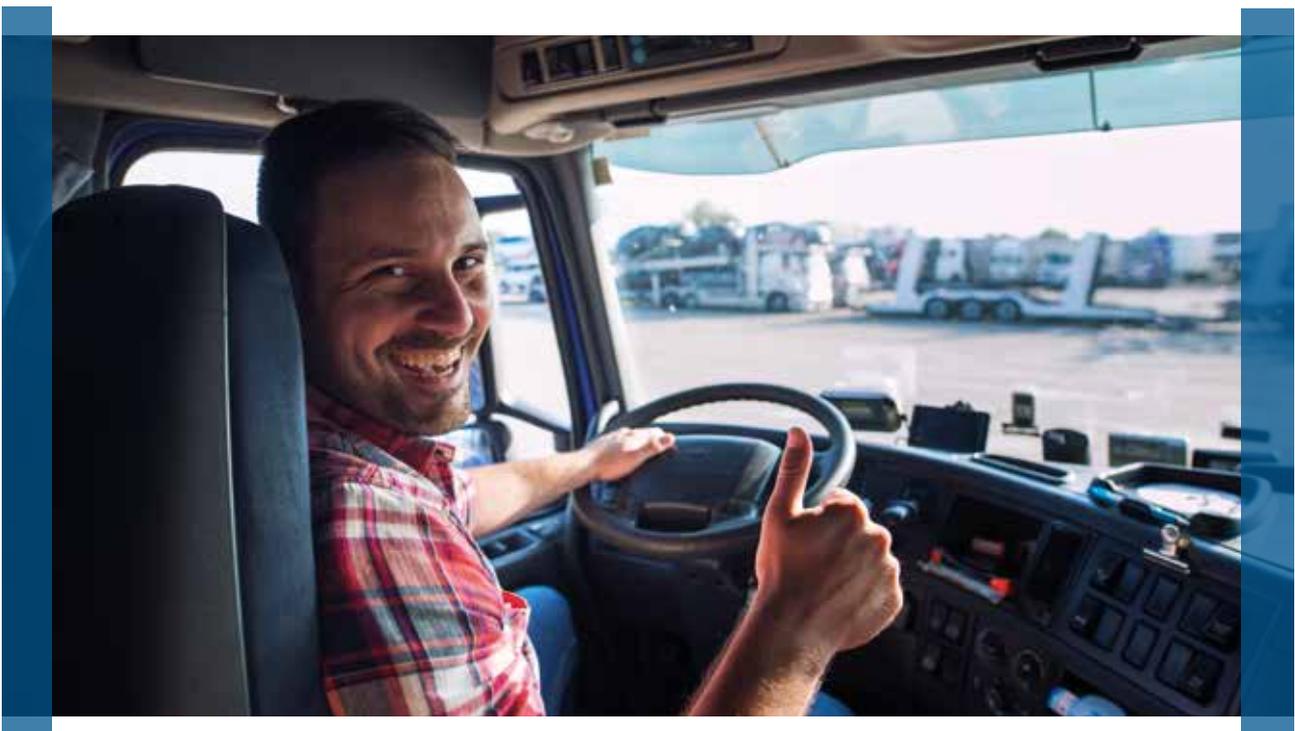
Hay varias excepciones al deber de secreto establecidas normativamente, pero sin embargo la diferencia sustancial que no se da en el resto de los supuestos legalmente establecidos en los que se excepciona el deber de secreto, es que la comunicación de los datos se produce exclusivamente entre médicos o profesionales sanitarios y en el ámbito de la actividad sanitaria pública. De este modo podemos ver que no se trataría de revelar un secreto en sentido amplio, sino de transmitir una información médica a otros médicos y/o autoridades que actuarán también en beneficio del paciente y de la colectividad, quedando estos igualmente obligados a salvaguardar y proteger el secreto. Sosteniendo así que el secreto compartido, estudiado desde una óptica técnico-jurídica, no implica o conlleva una ruptura del deber de secreto a efectos de transmitir información, mediante una conexión entre los médicos de atención primaria y hospitalaria, públicos y privados, y los centros homologados, a través de la cual los profesionales podrían advertir que las condiciones psicofísicas de la persona han cambiado, para que estas fueran evaluadas y contemplar así si es apto o no, o si requiere adaptaciones o limitaciones.

Dicha comunicación entre la medicina asistencial, pública y privada, la medicina del trabajo y los centros de acreditación de capa-

idades psicofísicas debe entenderse no como una ruptura de la confidencialidad, sino como una ampliación del círculo de confidentes necesarios para una correcta asistencia al paciente y la protección tanto del mismo como de terceros.

Es importante pues considerar la propuesta normativa de (Aguirre et al., 2017) de adaptación al RGPD para la regulación de esta situación "Quedan sujetos al deber de secreto compartido, como confidentes necesarios, los profesionales sanitarios y no sanitarios en relación con los datos de salud que, por comunicación de otros profesionales o por acceso directo legítimo a los historiales clínicos cedidos por las administraciones públicas y entidades privadas, lleguen a conocer y a tratar por necesidad del ejercicio de su función o labor profesional en el ámbito de la asistencia sanitaria, la salud pública y la investigación epidemiológica."

De esta manera no estaría incurriendo el profesional sanitario en la vulneración de los derechos del paciente cuando realice la correspondiente comunicación a otro profesional del sector sanitario, como lo es un facultativo médico del personal del centro de reconocimiento de conductores, de la variación en sus aptitudes psicofísicas para conducir. Pudiendo a posteriori ese último informar a la Jefatura Provincial de Tráfico de la necesidad de iniciar el



procedimiento de retirada temporal del carnet hasta que se evalúen las capacidades del conductor afectado.

- Reforma de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y del Real Decreto Legislativo 6/2015, adaptación ampliada, a todos los conductores, del sistema de colaboración entre el INSS y la DGT propuesto por D. Bartolomé Vargas Cabrera, que ya se emplea en casos de baja temporal o permanente.

La Disposición adicional decimocuarta del Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, ya establece un sistema de colaboración entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Jefatura Central de Tráfico. Esta tiene su origen en una propuesta del Fiscal de Sala de Seguridad Vial de la Fiscalía del Estado, de la que he extractado las modificaciones que interesan para el caso concreto, pues ya se ha regulado la colaboración entre el INSS y la DGT:

1. Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial:

«Art. 70. Pérdida de vigencia por desaparición de los requisitos para su otorgamiento

2. El organismo autónomo Jefatura Central de Tráfico podrá declarar la pérdida de vigencia de las autorizaciones reguladas en este título cuando se acredite la desaparición de los requisitos sobre conocimientos, habilidades o aptitudes psicofísicas exigidas para el otorgamiento de la autorización.

2 bis.

1. El facultativo, en los casos previstos en el art. 16.4 bis de la Ley Orgánica de Autonomía del Paciente pondrá en conocimiento de la Jefatura Provincial de Tráfico solo la existencia de una enfermedad o deficiencia de las incluidas en el Anexo IV del Reglamento General de Conductores sin ninguna otra concreción derivada de la historia clínica.

2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

«Artículo 16. Usos de la historia clínica

3. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de este como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. (...)

4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios solo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

4 bis. Si de la documentación obrante en la historia clínica se desprende que el paciente que se halle en posesión del permiso de conducir padece una enfermedad o deficiencia de las previstas en el Anexo IV del Reglamento General de Conductores, el facultativo con constancia documental le informará por escrito de sus obligaciones. Si pese a ello no las cumpliera y se tratara de graves enfermedades o deficiencias que representen un riesgo muy elevado para su vida o integridad física o la de los usuarios de las vías públicas derivado de la conducción de vehículos de motor, le advertirá de que puede dar cuenta a la Jefatura de Tráfico valorando las circunstancias concurrentes e informándole en el caso de que la haya realizado, de la comunicación que se llevará a cabo en los términos previstos en el artículo 70.2 bis de la Ley de Tráfico, Circulación de Vehículos de Motor y Seguridad Vial.»

- Propuesta legislativa que permitiera modificar el Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad vial, incorporando al mismo la posibilidad de que el facultativo pudiera comunicar a la Jefatura Provincial de Tráfico la pérdida de aptitudes psicofísicas de sus pacientes conductores cuando, en el ejercicio de su actividad asistencial, considerase que la enfermedad o patología del paciente o el tratamiento prescrito pudiera poner en grave riesgo la seguridad vial.

A diferencia de la anterior, la reforma que se propone quiere modificar un único artículo, lo que la hace más realizable, pero a su vez debe acotar de forma muy exacta lo que abarca y tener en cuenta la regulación sobre tratamiento y protección de datos personales. Es importante dicha consideración dado que cuando se alerta de una posible pérdida de condiciones psíquicas o físicas precisas para conducir, los motivos de dicha pérdida se considerarían datos de salud, los cuales entran dentro de las categorías

especiales de datos contemplados en el art. 9 RGPD, también conocidos como datos sensibles, para los que dicho Reglamento prevé un régimen más protector.

Para que el tratamiento de datos que se lleve a cabo mediante la comunicación que se realice a las Jefaturas Provinciales de Tráfico no vulnere ese régimen protector ha de ampararse en una causa legal o base legítima concreta, la podemos encontrar en el artículo 9.2 g) RGPD: “el tratamiento es necesario por razones de un interés público esencial, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros, que debe ser proporcional al objetivo perseguido, respetar en lo esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado”.

Ahora bien, dicho tratamiento requiere de una norma adicional (habilitación legal adicional a la del art. 9.2.g RGPD) que cumpla con los requisitos establecidos en este último precepto. Además, el TC en su doctrina establece que la comunicación de tales datos debe ser proporcional al objetivo perseguido: respetar en lo esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado. Este mismo tribunal ha establecido que el derecho fundamental a la protección de datos puede ser limitado siempre que se justifique en la necesidad de garantizar otros derechos fundamentales o bienes constitucionalmente protegidos.

Tras las anteriores consideraciones, el equipo dirigido por Leciñena Ibarra propone la siguiente reforma del Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, creando un nuevo artículo 70 bis:

“Comunicación de la pérdida de aptitudes psicofísicas de los conductores por los facultativos.

1. A los efectos previstos en el artículo 70.2 de esta Ley y con una finalidad de interés público esencial consistente en proteger la vida e integridad física de las personas que circulan en vehículos a motor por la vías públicas, el facultativo que, en el ejercicio de su actividad asistencial, considere que la enfermedad o patología del paciente o el tratamiento prescrito puede poner en grave riesgo la seguridad vial

al constarle que conduce vehículos a motor, deberá ponerlo en conocimiento de la correspondiente Jefatura Provincial de Tráfico a través del medio establecido por la Dirección General de Tráfico.

2. Reglamentariamente se establecerá el procedimiento para realizar dicha comunicación, que deberá cumplir con los principios y garantías establecidas en la normativa de protección de datos personales. A tal efecto:

a) Únicamente se comunicará una alerta relativa a la posible pérdida de aptitudes psicofísicas para la conducción.

b) La alerta será generada por el facultativo, sujeto a secreto profesional, y solo tendrá acceso a ella el órgano encargado de la tramitación del procedimiento de pérdida de vigencia de la autorización administrativa para conducir. No podrá utilizarse la información para finalidades distintas de la tramitación de este procedimiento.

c) Las personas que accedan a esta alerta estarán sujetas al deber de confidencialidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 5, Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

3. En el tratamiento y transmisión de la información contenida en la alerta deberán adoptarse las medidas de seguridad adecuadas para el tratamiento de categorías especiales de datos, con el fin de evitar el acceso no autorizado, pérdida o destrucción de la información conforme a lo previsto en los artículos 5.1.f y 32 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, General de Protección de Datos”.

- Propuesta de un doble consentimiento informado y firmado.

Esta propuesta se basa en la autonomía de la voluntad (Art 1.255 del CC), en que al paciente con alguna patología o al que se le recete un medicamento, que afecte a sus capacidades psicofísicas para conducir se le pide que firme (o a un tutor, curador o figura similar de derecho o de hecho, si sus capacidades están disminuidas en ese momento) un documento por el que afirma que el facultativo le ha informado correctamente de qué patología tiene o qué medicamento está tomando, cómo puede afectar a la conducción y que no debe conducir temporal o permanentemente y debería ser evaluado por un CRC.



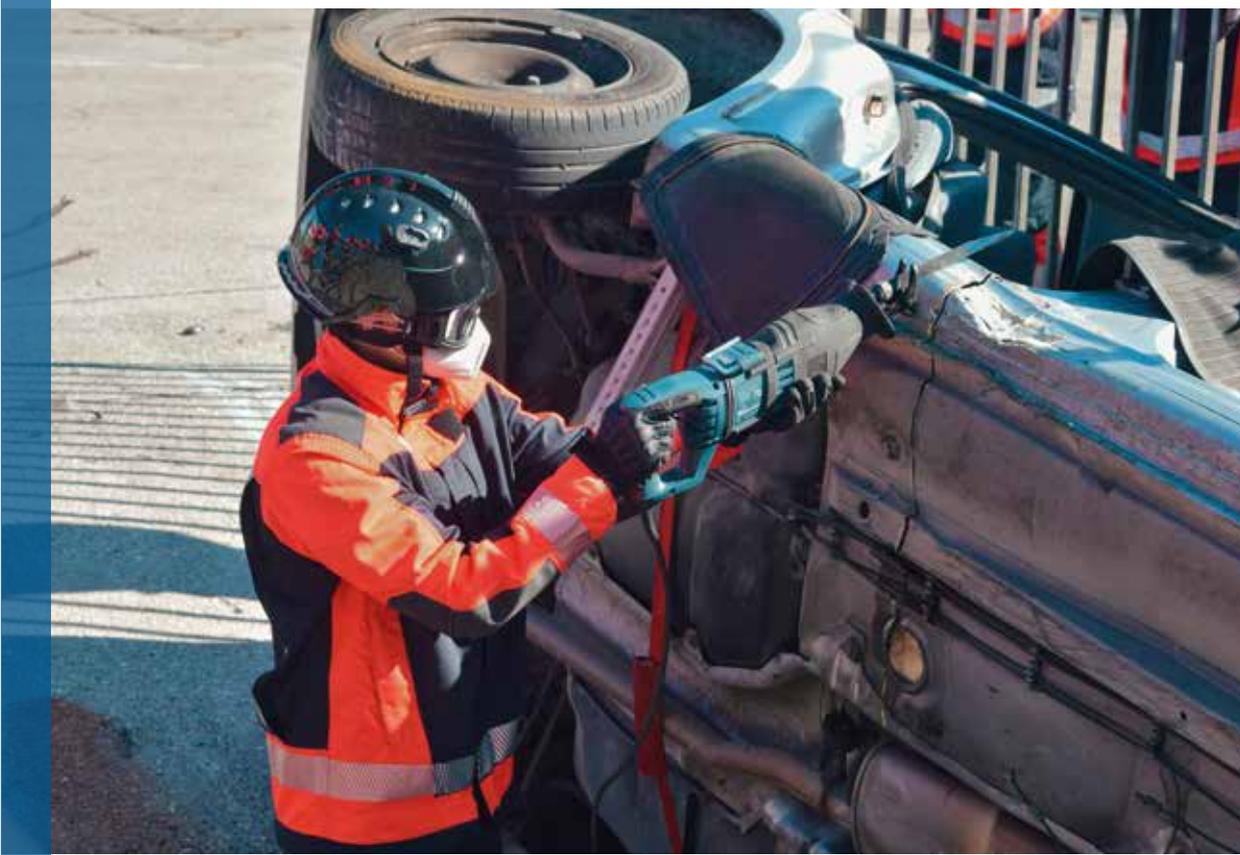
El artículo 5.1 de la Ley 41/2002 indica como titular del derecho a la información al paciente, prescribiendo que: *“El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”*.

Sin embargo, pueden surgir problemas cuando el paciente no tiene capacidad para recibir la información, ya sea por postración a causa de su enfermedad, o porque padece un trastorno o enfermedad psíquica, porque el paciente es menor de edad, o porque este último se encuentra en estado de inconciencia. La situación descrita también es regulada por la normativa española, la cual expresamente en los números 2 y 3 del citado artículo 5 disponen: nº 2, *“El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal”*; nº 3, *“Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa*

de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”. (Parra Sepúlveda, 2014)

El otro aspecto de ese doble consentimiento informado es firmar otro documento por el que autoriza (o no autoriza) a que el médico comunique lo anterior a la DGT con todos los efectos legales inherentes. En caso de que consienta esa comunicación se iniciara la revisión de la vigencia del permiso de conducir, y en caso de negativa a la comunicación, el facultativo lo hará constar en su historia clínica, eximiéndose de responsabilidad.

Para facilitar la ejecución de esta propuesta las distintas organizaciones médicas, y sanitarias distribuirían modelos redactados de ambos documentos a sus colegiados a firmar por el paciente. Con esto se pretende, concienciar al afectado -que no conduzca-, y proteger más al médico frente a la responsabilidad civil que se pueda derivar de un accidente provocado por el paciente conductor si pese a todo lo explicado conduce. No es ideal, pero podría ser un reme-



dio al menos en el aspecto de la responsabilidad civil del médico. Mientras tanto sigue siendo necesaria una regulación normativa que establezca una vía por la cual el facultativo que conozca de esta información tan relevante pueda comunicarla a la DGT, evitar eficazmente accidentes viales graves y además no sufrir represalias jurídicas por el presunto quebranto de secreto.

- Resumen y reflexión final

Las propuestas relatadas en estas conclusiones, en su mayoría, necesitarían de modificaciones legislativas, pues excepto por la primera propuesta del pictograma que se encuentra regulado por el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre y la última que se podría poner en marcha mediante circulares de los colegios profesionales médicos y sanitarios, las demás exigen un cambio normativo.

La ejecución de las acciones expuestas podría salvar muchas vidas, evitar desgracias y cómo efecto colateral benéfico, al emerger situaciones de merma de capacidad oficialmente solapadas u ocultas, mejorar la siniestralidad laboral.

Con este trabajo de fin de máster mi objetivo ha sido plantear una realidad problemática

que personalmente me llamó la atención y que consideré interesante abordar desde una perspectiva jurídica para investigar qué soluciones podía tener, buscando cómo se regulaban las situaciones aquí desarrolladas y ver si se podían aplicar otras normas, modificando las existentes. Dichas modificaciones vi que eran cada vez más necesarias cuanto más me adentraba en desarrollar el trabajo de investigación previo a la redacción de este TFM, pues se me hacía evidente lo difícil que es de determinar la cantidad de accidentes y delitos cometidos por personas con enfermedades o tratamientos impeditivos, o con permiso de conducción expedido o renovado sin tener las facultades mínimas para la conducción. Y si a lo anterior se le suma la falta de comunicación que hay entre los organismos que pueden conocer de dichas enfermedades y tratamientos con más frecuencia y los organismos destinados a evitar que esas personas conduzcan poniendo en peligro su seguridad y la de terceros, tenemos una mezcla perfecta para el desastre. Un desastre o desgracia que se puede evitar, incrementando la seguridad vial de todos, si se conoce mejor su origen, causas y fallos en el sistema, todo lo cual he pretendido estudiar en este trabajo, pues me pareció un tema original, útil y que reclamaba desarrollo.