

LA MEDIDA DEL ALCOHOL EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO: ¿HASTA CUÁNDO LA ESTRATEGIA DEL AVESTRUZ?

Un problema no medido

La relación entre la concentración de alcohol en sangre y el riesgo de accidente de tráfico (AT) está bien establecida, estimándose que sus efectos son responsables del 30 al 50% de AT con muertes y del 15 al 35% de los que causan lesiones graves, con variaciones según las áreas geográficas, y según el diseño y la metodología de medida utilizados¹⁻³. Dichos efectos no afectan únicamente a ocupantes de turismos, sino también a motociclistas⁴ y a peatones⁵. En los Estados Unidos se ha estimado que un 40% de la población puede encontrarse involucrado en algún momento de su vida en un AT relacionado con el alcohol⁶. Datos poblacionales de aquel país confirman la existencia de una relación dosis-respuesta entre el número de copas ingeridas y el riesgo de morir en un AT⁷. Finalmente, el alcohol también se asocia a una mayor gravedad de las lesiones en conductores y en peatones^{8,9}.

En España, tanto el consumo de alcohol como los AT tienen una especial significación. España es el tercer país productor mundial de vino y el noveno en producción de cerveza y de bebidas destiladas¹⁰. Se encuentra además entre los 10 primeros países del mundo en consumo de alcohol, donde casi dos de cada tres habitantes de más de 15 años declara consumir habitualmente alguna cantidad de alcohol. Más del 6% de las muertes en España son atribuibles al consumo de alcohol¹¹. Por lo que respecta a los AT, España se sitúa entre los tres países europeos con mayores tasas de accidentalidad y mortalidad por AT, ya sea con relación al tamaño de la población, al parque de vehículos o al tráfico existente¹². En 1993, cerca del 1,3% de la población española -más de medio millón de personas- precisaron de algún tipo de atención sanitaria como consecuencia de un AT¹³, siendo los AT la principal causa específica de mortalidad prematura en hombres y la segunda en mujeres¹⁴.

Dada la magnitud, tanto del consumo de alcohol como del impacto de los AT, podría pensarse que el conocimiento del papel del alcohol en los AT que se

producen en España es suficientemente exhaustivo como para orientar y evaluar las políticas de prevención y control de los AT. Sin embargo, nada más lejos de la realidad: brilla por su ausencia la medida del alcohol en las víctimas de AT. Como causa, pero también como consecuencia, de esta situación, las políticas de prevención y control de los AT están siendo tímidas, inconcretas e inconsistentes. Como se apunta brevemente en este Editorial, la situación se asemeja a la estrategia del avestruz que, ante la evidente amenaza, se siente segura escondiendo la cabeza en un hoyo. Pero, como es sabido, esta estrategia, más que evitar la agresión, más bien la facilita.

La información sobre alcohol en las víctimas de AT

Fuentes forenses

Por sorprendente que parezca, en España no existen datos actualizados y poblacionales publicados sobre la presencia de alcohol en las víctimas mortales de AT. Datos de la Dirección General de Tráfico indicaron en su momento que el alcohol estaría presente únicamente en el 3% los accidentes mortales¹⁵. Más recientemente, el Proyecto DETOL en Cataluña ha encontrado presencia de alcohol por encima de los límites legales (0,8 g/l) en el 36% de las muestras de sangre recogidas en las defunciones por AT, detectándose alcohol en el 57% de dichas defunciones¹⁶. La disparidad de estas cifras cabe atribuirla, en parte, a la ausencia de criterios sistemáticos de inclusión, recogida, conservación y análisis de las muestras. El que dicho proceso se produzca de forma estrechamente dependiente de las diligencias judiciales explica en parte este hecho. Adicionalmente, en tiempos recientes, a esta situación parece añadirse, de forma algo más que anecdótica, la influencia espúrea del hecho de que, en determinados casos, las compañías de seguros no cubren las compensaciones económicas deriva-

das de los AT si se demuestra que el conductor implicado se encontraba bajo la influencia del alcohol. Como resultado, y ante la eventualidad de que, por ejemplo, una viuda a consecuencia de un AT pueda quedarse desamparada y sin indemnización, algunos jueces prefieren no solicitar análisis de alcoholemia a los médicos forenses correspondientes. Más aún, en ocasiones los propios médicos forenses ponen obstáculos a dichos análisis en ausencia de petición judicial argumentando que la existencia de una información no solicitada por el juez podría interpretarse como «ocultación de prueba». El resultado es que, ni tan sólo al amparo de criterios exclusivamente de investigación científica, podemos conocer en este momento qué porcentaje de los muertos por AT en España se relacionan con el consumo de alcohol, ni tampoco a qué niveles de alcoholemia.

Fuentes hospitalarias

Algunos estudios hospitalarios han tratado de conocer los niveles de alcohol en sangre de las víctimas atendidas. Es el caso de Barcelona, donde se determinó que el 43% de los accidentados de tráfico tenían concentraciones de alcohol superiores a 1 g/l¹⁷, y, más recientemente, de Navarra, donde el 51% de los accidentados estudiados presentaron niveles de alcohol superiores al límite legal¹⁸. Cía y cols., en este mismo número de *Gaceta Sanitaria* muestran que cerca del 37% de los accidentados de tráfico atendidos en Tudela (Navarra) presentaron alcoholemias por encima de los 0,5 g/l¹⁹, confirmando la fuerte asociación entre las concentraciones de alcohol en sangre y el riesgo de ser atendido en un servicio de urgencias como consecuencia de un AT. Cabe relacionar la escasez de datos sobre alcoholemia recogidos en el ámbito hospitalario con la resistencia del personal sanitario a realizar este tipo de pruebas, argumentando su poca relevancia para la decisión clínica, así como el deseo de evitar supuestas complicaciones legales o de tener que plantear el consentimiento informado a la realización de la prueba en condiciones poco adecuadas. Ello sin duda contrasta con la evidencia de que el alcohol es un factor de complicación de los traumatismos²⁰, de que entre el 6 y el 34% de los pacientes traumatizados tratados en los servicios de urgencias tienen una concentración positiva de alcohol²¹ y de que el abuso de alcohol se asocia con un riesgo mayor de reingreso hospitalario²² y de muerte por AT²³. De hecho, más alcohólicos mueren cada año a consecuencia de traumatismos que por los efectos crónicos de la ingesta de alcohol²⁴, lo que lleva al *American College of Surgeons* a venir insistiendo

desde 1976 que el cribado del alcohol y de las drogas ilegales debe considerarse «esencial» en los hospitales de nivel equivalente a los niveles II y III en España, y «deseable» en los niveles inferiores²⁵.

Fuentes policiales

Una fuente adicional de información es la que resulta de la acción policial, en el contexto del atestado de un AT o en el marco de controles preventivos. Aunque en los últimos años se ha ido incrementando la frecuencia de dichos controles²⁶, las dificultades de obtención de una medida de alcohol espirado en los heridos en el mismo escenario del AT (tanto porque la prioridad es facilitar la atención sanitaria y restablecer la circulación, como porque a menudo el estado de la víctima no permite la realización técnica de la prueba) introducen sesgos de selección que dificultan en gran manera la interpretación de la frecuencia de alcoholemias positivas en los AT. Dichos sesgos también se extienden a las mediciones que se realizan en los controles llamados preventivos, dado que la identificación de la población que debe someterse a la prueba en pocas ocasiones se efectúa con criterios aleatorios, pudiendo obedecer a criterios sistemáticos de tipo geográfico (salida de discotecas, cruce de carreteras, etc.), temporal (fines de semana, noches, etc.), individual (conductores jóvenes) o de conducta (realización de infracciones). Además, la entrada en vigor en julio de 1994 de una nueva normativa²⁷ que restringe la detección alcohólica mediante el aire espirado a efectos probatorios y contrastables al uso de etilómetros -que miden la concentración de alcohol en aire espirado mediante una célula de infrarrojos- y ya no en base a alcoholímetros -que miden la concentración de alcohol en sangre- ha dificultado las actividades de las policías locales y de tráfico, al exigir nuevas tecnologías, menos portátiles y con un coste más elevado. A ello hay que añadir la confusión generada en la interpretación y ejecución de dicha normativa por las Comunidades Autónomas y los municipios, máxime cuando no existe una norma europea sobre el control alcohométrico para el análisis del nivel de alcohol en aire espirado en los conductores.

Sacar la cabeza del hoyo

La situación descrita indica que, a pesar de que existen claros indicios de la importancia del alcohol en los AT en España, son las barreras de tipo administrativo y legal las que más están impidiendo

la evaluación adecuada de su influencia en los AT. Ello refleja en gran parte la reducida percepción social existente de los problemas derivados del abuso de alcohol, a la que se suma la resistencia a plantear los AT como un problema de salud pública prioritario y prevenible. Aunque algunos podrían argumentar que las mencionadas barreras constituyen fundamentalmente mecanismos de protección de los derechos individuales, lo cierto es que países con una larga tradición de defensa de la libertad individual, como Estados Unidos o Australia, han optado por normativas y procedimientos que, sin interferir con los derechos civiles, sean efectivos para la protección de la salud, permitiendo un mejor conocimiento y control de la contribución del alcohol a los AT. Puede decirse por tanto que el caso de España obedece más a una estrategia de evitación del conocimiento del problema que de protección de las personas. Las consecuencias de esta situación son graves: en ausencia de la medida exhaustiva y continuada de la alcoholemia en los AT difícilmente pueden diseñarse y evaluarse acciones efectivas de prevención de AT. Mientras tanto, el alcohol puede estar ocasionando en España cerca de 160.000 víctimas anuales de AT, así como cuantiosas pérdidas económicas y sociales.

Disponer de información sobre los niveles de alcohol en las víctimas de AT supone esencialmente modificar actitudes, prácticas y también algunas normas, al menos en tres ámbitos profesionales específicos: el de la medicina forense, el de la atención hospitalaria y el de la acción policial. Apuntamos aquí algunas acciones prioritarias que, en cada uno de estos ámbitos, permitirían disponer de un mejor conocimiento de la alcoholemia, sin interferir en las responsabilidades que corresponden a cada sector profesional:

- Desarrollar protocolos consensuados de recogida de muestras y determinación de alcoholemia en los fallecidos por AT, ya sean conductores o peatones.
- Facilitar mecanismos de acceso a los resultados de esta información con fines de investigación científica que preserven las garantías de

protección de la intimidad, en consonancia con la vigente normativa europea.

- Adecuar la formación del personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios en temas relacionados con el papel del alcohol en los AT, incluyendo la medida rutinaria de alcoholemia, el cribado de problemas relacionados con el abuso de alcohol en los pacientes atendidos y su eventual derivación a servicios de atención especializada.
- Modificar la normativa vigente sobre detección alcohólica en el aire espirado, otorgando valor probatorio a los alcoholímetros, además de a los etilómetros.
- Posibilitar que las actuales fórmulas de cobertura de seguros del automovilista no supongan un desincentivo a la medida de la alcoholemia en el caso de estar involucrado en un AT.

Cabe destacar que estas acciones sólo constituyen un primer paso, el de conocer la magnitud y características del papel del alcohol en los AT, y que su valor fundamental radica en que deben constituir la base para sustentar la formulación y evaluación de políticas de prevención de los AT relacionados con el alcohol en España. Es necesario pues que nos decidamos a sacar la cabeza del hoyo y aceptemos que las personas que conducen bajo la influencia del alcohol suponen un riesgo para su propia salud y para la salud de otras personas, y que la prevención de dicho riesgo exige una acción decidida para promover la medida del alcohol en las víctimas de AT en España.

Agradecimientos

A Josep Ferrando y Jordi Alonso, que revisaron una versión previa del manuscrito.

Antoni Plasència

*Instituto Municipal de la Salud
Barcelona
Instituto Universitario de Salud
Pública de Cataluña*

Bibliografía

1. Council of Scientific Affairs. Alcohol and the driver. *JAMA* 1986; 255: 522-7.
2. Evans L. The fraction of traffic fatalities attributable to alcohol. *Accid Anal Prev* 1990; 22: 587-602.
3. Foster GR, Dunbar JA, Whittet D, Fernando GCA. Contribution of alcohol to deaths in road traffic accidents in Tayside 1982-86. *Br Med J* 1988; 296: 1430-2.
4. Larsen CF, Hardt-Madsen M. Fatal motorcycle accidents and alcohol. *Forensic Sci Int* 1987; 33: 165-8.

5. Jehle D. Effect of alcohol consumption on outcome of pedestrian victims. *Ann Emerg Med* 1988; 17: 953-6.
6. Anónimo. Alcohol-related traffic fatalities. United States, 1982-1989. *MMWR* 1990; 39: 889-91.
7. Anda RF, Williamson DF, Remington PL. Alcohol and fatal injuries among US adults. *JAMA* 1988; 260: 2529-32.
8. Waller PF, Stewart R, Hansen AR y cols. The potentiating effects of alcohol on driver injury. *JAMA* 1986; 256: 1461-6.
9. Honkanen R, Smith GS. Impact of acute alcohol intoxication on the severity of injury: a cause-specific analysis of non-fatal trauma. *Injury* 1990; 21: 353-7.

10. Robledo T, Rubio J, Gil E. Alcohol y salud. En: Navarro C, Cabaesés JM, Tormo MJ (dirs). *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG Editores, 1995: 101-11.
11. Yáñez JL, del Río MC, Álvarez FJ. Alcohol-related mortality in Spain. *Alcoholism. Clin Exp Res* 1993; 17: 253-5.
12. Plasència A, Ferrando J. Accidentes de tráfico. En: Navarro C, Cabaesés JM, Tormo MJ (dirs). *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG Editores, 1995: 71-82.
13. Prada C, Prada R, Del Río MC, Álvarez FJ. Accidentes de tráfico en la población española. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 601-4.
14. Martínez de Aragón MV, Llácer A. Mortalidad en España en 1992. *Boletín Epidemiológico Semanal* 1995; 3: 153-64.
15. Altozano Moraleda JM. Los accidentes de tráfico en España. *Carreteras* 1987; 29: 31-8.
16. Institut Català de Seguretat Viària. *Beure, viure i conviure*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1994: 55.
17. Parés A, Caballería J, Rodamilans M, Urbano A, Bach L, Rodés J. Consumo de alcohol y accidentes en Barcelona. Estudio epidemiológico. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 759-62.
18. Sesma FJ, Lera JM, Ardanaz E, Belzunegui T, Sola A, Gómez I. El riesgo de resultar herido en accidente de tráfico por conducir bajo los efectos del alcohol en el área de Estella (Navarra). *Gac Sanit* 1992; 6: 117-21.
19. Cía MT, Arévalo JM, Ardanaz E, Barricarte A, Chueca P, Serrano S. Nivel de alcohol y riesgo de lesión por accidente de tráfico en Tudela (Navarra) 1990-91. *Gac Sanit* 1996; 10: 55-61.
20. Cowley RA, Conn A, Dunham CM. Medical management. En: *Trauma Care, Vol II: Medical Management*. Philadelphia: JB Lippincott, 1987: 201.
21. Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies. *Addiction* 1993; 88: 923-37.
22. Rivara FP, Koepsell TD, Jurkovich GJ, Gurney JG, Soderberg R. The effects of alcohol abuse on readmission for trauma. *JAMA* 1993; 270: 1962-4.
23. Brewer RD, Morris PD, Cole TB, Watkins S, Patetta MJ, Popkin C. The risk of dying in alcohol-related automobile crashes among habitual drunk drivers. *N Engl J Med* 1994; 33: 513-7.
24. Reyna TM, Hollis HW, Hulsebus RC. Alcohol-related trauma: the surgeon's responsibility. *Ann Surg* 1985; 201: 194-7.
25. Soderstrom CA, Dailey JT, Kerns TJ. Alcohol and other drugs: an assessment of testing and clinical practices in U.S. trauma centers. *JAMA* 1994; 36: 68-73.
26. *Plan Nacional de Seguridad Vial*. Madrid: Dirección General de Tráfico, 1994.
27. Real Decreto 1333/94 por el que se modifican determinados artículos relativos a las tasas de intoxicación alcohólica del Reglamento General de Circulación y del Reglamento Nacional del Transporte de Mercancías Peligrosas por Carretera. BOE (núm. 169), 16 julio 1994.

