

DetECCIÓN DE LA PÉRDIDA DE APTITUDES PSICOFÍSICAS PARA LA CONDUCCIÓN. ¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

Detection of the loss of psychophysical aptitudes for driving. What can we do from Primary Care?

Estimado editor:

Para garantizar la aptitud para la conducción de automóviles, se deben hacer pruebas psicofísicas en los centros de reconocimiento de conductores (CRC), que son los que emiten un informe de aptitud, basándose en las enfermedades recogidas en el Anexo IV del Reglamento General de los Conductores (RGCo). No obstante, durante la vigencia del permiso, puede ocurrir que la persona pierda las aptitudes necesarias para conducir, circunstancia que será detectada por personal sanitario ajeno a los CRC.

Comunicar este hecho a la Dirección General de Tráfico (DGT) con el objetivo de evitar que el conductor continúe circulando con su vehículo en muchas ocasiones no es fácil, pues son múltiples y de diferente índole las dificultades con que las médicas y médicos de familia nos encontramos para hacerlo.

Tratamos de poner de manifiesto esta situación porque causa pérdida de vidas humanas y múltiples personas lesionadas al año. A los facultativos nos resulta complicado en algunos casos informar a la DGT de la pérdida de aptitudes necesarias para la conducción de conductores profesionales, ya que estos pueden negarse a aceptar su enfermedad o a controlarla con medicación.

En la actualidad, en nuestro país los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte de las personas jóvenes. Además, se calcula que por cada víctima mortal quedan 4 heridos con discapacidad permanente, 8 heridos graves y alrededor de 50 leves.

Todas las enfermedades no suponen el mismo nivel de riesgo de accidentes. Por ejemplo, la epilepsia no es incompatible con la conducción siempre que la enfermedad permanezca estable y cumpla los requisitos tipificados en el Anexo IV, reduciendo así su riesgo.

Las patologías más frecuentes y sus restricciones del Anexo IV del RGCo quedan recogidas brevemente en la tabla 1.

La evaluación de la aptitud psicofísica para conducir está encomendada a los CRC cuya función no es diagnóstica. Estos centros han de determinar si, con medidas preventivas y/o adaptaciones, la persona puede conducir con la enfermedad que padece. Para ello se

apoyan en la historia clínica del conductor, para lo que dependen de su colaboración, y de la exploración que le hagan. No obstante, el Anexo IV establece la obligación del conductor de presentar al CRC un informe del médico asistencial en los casos en que sus patologías puedan suponer un peligro cuando conduzcan.

Los informes «aptos con restricciones» implican que la persona padece alguna enfermedad o deficiencia que le impide obtener o prorrogar el permiso de conducción, quedando sujeta a las restricciones que figurarán en el permiso. El CRC envía telemáticamente a la DGT este informe, evitando así que el conductor acuda a otro centro en caso de que no esté conforme; también se puede enviar información a través de los cuerpos de seguridad del Estado, de la autoridad judicial o de familiares del conductor, aportando informes médicos. De esta forma, queda iniciado el procedimiento de pérdida de vigencia del permiso de conducir. La resolución corresponderá al jefe provincial de Tráfico, quien, tras revisar la documentación presentada, notificará a la persona la pérdida o no de su permiso.

Desde 2021, la Ley de Seguridad Vial regula la colaboración entre el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y la DGT para tramitar la incapacidad permanente en el caso de conductores profesionales cuando pierden las aptitudes para seguir conduciendo. En el resto de los casos, cuando no se trata de un conductor profesional, esta comunicación queda restringida al paciente. ¿Debería el profesional médico preservar la confidencialidad, valorando el secreto profesional, o prima el interés social y lo importante es evitar accidentes de tráfico, comunicando a la DGT la pérdida de aptitudes para conducir de su paciente?

La Ley de Enjuiciamiento Criminal establece el deber de cualquier profesional de compartir datos confidenciales en caso de tener noticia de algún delito público. A su vez, el Código Penal condena el no impedir que se cometa un delito al no hacer la notificación pertinente a la Autoridad judicial. Pero en ninguna de estas normas tendría encaje nuestro supuesto, ya que no se trata de impedir un delito, sino de evitar la posibilidad de un accidente poniendo en conocimiento de la DGT la pérdida de las aptitudes de un paciente, sin el consentimiento de este. Sobre esto, la Constitución española y la Ley de Autonomía del Paciente reconocen el derecho a la intimidad al señalar la obligación de sigilo del profesional.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Tabla 1. Resumen del Anexo IV del Reglamento General de los Conductores, Orden PRA/375/2018

ENFERMEDAD	CONDUCCIÓN GRUPO 1	CONDUCCIÓN GRUPO 2	ACLARACIONES
Av	Se debe poseer, al menos, 0,5 AV binocular, con o sin corrección	Se debe poseer, al menos, 0,8 AV binocular, con o sin corrección	No se admite visión monocular en ningún caso y en ningún grupo. A efectos de este anexo, las lentes intraoculares no deberán considerarse como lentes correctoras.
Agudeza auditiva	No se admite hipoacusia, con o sin audífono, de más del 45% de pérdida combinada	No se admite hipoacusia, con o sin audífono, de más del 35% de pérdida combinada	En Grupo 1: hipoacusia de $\geq 45\%$ (con o sin audífono) deberán llevar espejo retrovisor exterior a ambos lados del vehículo e interior panorámico.
Disnea	No deben existir disneas permanentes en reposo o de esfuerzo leve	No deben existir disneas asociadas a pequeños esfuerzos ni paroxísticas de cualquier etiología	
SAHS/SAOS	No se admite moderado/grave. -Aunque: con el informe favorable de una unidad de sueño: vigencia máxima de 3 años	No se admite moderado/grave. -Aunque: con el informe favorable de una unidad de sueño: vigencia máxima de 1 año	Se entenderá por síndrome moderado de apnea obstructiva del sueño cuando el índice de apnea-hipopnea se encuentre entre 15 y 29 y por síndrome grave cuando el índice sea ≥ 30 , asociados en ambos casos a un nivel de somnolencia excesivo durante el día.
Epilepsia o convulsiones	No se admiten con crisis último año	Solo se permiten cuando no han precisado tratamiento ni se han producido crisis durante los 10 últimos años	Ambos grupos: con informe favorable del neurólogo, con una vigencia máxima de 2 años
Marcapasos	No se admite	No se admite	Grupo 1: ≥ 2 semanas de implantación, con informe favorable de cardiólogo, vigencia máxima 3 años Grupo 2: ≥ 4 semanas de implantación, con informe favorable de cardiólogo, vigencia máxima 2 años
Síndrome coronario agudo	No se admite	No se admite	Grupo 1: ≥ 3 semanas tras evento, con informe favorable del cardiólogo, vigencia 1 año Grupo 2: ≥ 6 semanas tras evento, ergometría negativa, FE > 40% y con informe favorable de cardiología, vigencia 1 año
Angina estable	No se admite	No se admiten los síntomas de angina	Grupo 1: tras tratamiento y control favorable sin síntomas con esfuerzo ligero, informe favorable de cardiología, vigencia 3 años Grupo 2: tras tratamiento y control sin síntomas, pruebas favorables, e informe de cardiología favorable, vigencia 2 años

AV: agudeza visual; FE: fracción de eyección; SAHS: síndrome de apneas hipopneas del sueño; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Distinto es que éticamente exista ese deber. El Código de Deontología Médica contempla como excepción al deber de secreto aquellos casos en los que «con su silencio [el médico o la médica] diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo», pronunciándose al respecto el Tribunal Constitucional sobre las normas de deontología y concluyendo que determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados.

La Autoridad Catalana de Protección de Datos (LOPD) expuso sus resoluciones sobre este tema: «Comunicar datos de salud de un paciente, en concreto, los relacionados con sus aptitudes psicofísicas para conducir, supondría facilitar información relativa a la salud [...], es información especialmente protegida [...]».

Esta resolución acota la notificación de manera clara, aunque resulta llamativo que un facultativo no pueda comunicar la pérdida de aptitudes necesarias para conducir de una persona, pero sí pueda hacerlo un familiar; eso sí, debe presentar un informe médico que confirme la veracidad de tal sospecha. Además, el Código Penal establece que «el profesional que, con incumplimiento de su obliga-

ción de sigilo y reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con pena de prisión de hasta 4 años, multa de 12-24 meses, e inhabilitación especial de 2-6 años».

Existen múltiples propuestas para la resolución de esta situación y se necesitan modificaciones legislativas. Desde nuestro punto de vista como facultativos, proponemos la presentación preceptiva de un informe médico realizado por el médico asistencial, previo al examen en los CRC, que haga posible conocer las enfermedades del paciente y su control, por lo que no precisaría del consentimiento del conductor.

En definitiva, por el bien del paciente y de terceras personas, resulta crucial que se encuentre un equilibrio entre el respeto a la privacidad del paciente y la protección del interés público, para que las médicas y los médicos de familia puedan notificar las pérdidas de aptitudes de sus pacientes para la conducción.

El presente trabajo es un resumen del trabajo de fin de máster, elaborado durante el curso 2023-2024, por la doctora De la Rosa Alarcón durante el período formativo correspondiente al «XX Máster de Formación Permanente en Derecho Sanitario y Bioética», Facultad de Derecho Campus de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha, que ha autorizado su publicación.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés, así como que el trabajo no ha sido presentado en ningún otro medio de publicación.

Laura de la Rosa Alarcón^a y Lorenzo Campos Valcárcel^b

^a Inspectora médica del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios del SESCAM de Albacete. Gerencia de Coordinación e Inspección. Albacete (España)

^b Inspector médico del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios del SESCAM de Albacete. Gerencia de Coordinación e Inspección. Albacete (España)

CORREO ELECTRÓNICO:

lauradelarosaa@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias Rivas S, Íñiguez Martínez ZC, Láinez JM. Manual de neurología y conducción. Madrid: Ediciones SEN; 2021. pp. 11-16.
2. Las principales cifras de siniestralidad vial. España 2021. Madrid: Dirección General de Tráfico; 2021.
3. Real Decreto 818/2009, del 8 de mayo, por el que se regula el Reglamento General de los Conductores, Anexo IV.
4. Ley Orgánica 15/2007, del 30 de noviembre, art. 384, párrafo 2º, inciso 2º Código Penal.
5. Real Decreto 818/2009, modificaciones recogidas en la Orden PRE/2359/2010, de 3 de septiembre, y últimas modificaciones recogidas en 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. Anexo IV actual con todas las modificaciones.
6. Asociación Española de Centro de Reconocimiento de Conductores. CRC-online.
7. Orden PRA/375/2018, de 11 de abril, por la que se modifica el Anexo IV del Reglamento General de Conductores, aprobado por Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo. Madrid: Ministerio del Interior. BOE núm. 89, de 12 de abril de 2018. Referencia: BOE-A-2018-4958.
8. Ley 18/2021, de 20 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, en materia del permiso y licencia de conducción por puntos. Madrid: Ministerio del Interior. BOE núm. 304, de 21 de diciembre de 2021. Referencia: BOE-A-2021-21006.
9. Mirabet Lis E, Protocolo de exploración médico-psicológica para centros de reconocimiento de conductores. Actualización 2022. Madrid: Ministerio del Interior, Ministerio de Sanidad y DGT; 2022.
10. Autoridad Catalana de Protección de Datos. Dictamen en relación con la consulta de un centro sanitario sobre la comunicación de datos de pacientes a la autoridad en materia de tráfico. CNS 51/2018. Barcelona: CNS; 2018. p. 2.
11. Orden PRA/375/2018, de 11 de abril. Recomendaciones para la aplicación de los nuevos criterios de aptitud psico-física establecidos en el Anexo IV del Reglamento General de Conductores. Madrid: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico; 2018.
12. Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Jefatura del Estado. BOE, núm. 294, de 6 de diciembre de 2018. Referencia: BOE-A-2018-16673 (LOPD).
13. Código Deontología Médica. Guía de ética médica. Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Diciembre de 2022.
14. 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.
15. Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 219/1989, de 21 de diciembre, BOE núm. 10, de 11 de enero de 1990.