RECOMENDACIÓN DE LA COMISIÓN

de 17 de enero de 2001

sobre la tasa máxima de alcoholemia permitida para los conductores de vehículos de motor

(2001/C 48/02)

(Texto pertinente a efectos del EEE)

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. **INTRODUCCIÓN**

1.1. **Antecedentes**

1.1.1. La letra c) del apartado 1 del artículo 71 del Tratado de la Unión Europea establece que la política común de transportes de la Unión Europea debe incluir medidas que permitan mejorar la seguridad en los transportes. En abril de 1997, la Comisión aprobó un programa de medidas para mejorar la seguridad vial ([1]). Dicho programa incluye una referencia explícita (en las páginas 20 y 41) a la prevención eficaz del alcohol al volante para reducir los accidentes materiales y corporales. El 17 de marzo de 2000 ([2]), se aprobó una Comunicación de seguimiento en la que se vuelven a evaluar las prioridades de la Unión Europea para mejorar la seguridad vial. En este documento, la prevención de la conducción bajo los efectos del alcohol sigue siendo una de las máximas prioridades en este ámbito.

1.1.2. Suele entenderse por conducción bajo los efectos del alcohol una disminución de las facultades del conductor en las siguientes circunstancias:

— un conductor con una tasa de alcoholemia superior al límite legal permitido, lo que constituye un delito sujeto a sanciones penales,

— un conductor con una tasa de alcoholemia superior al límite legal y que puede ser objeto de una sanción administrativa (por ejemplo, una multa),

— un conductor con una tasa de alcoholemia inferior al límite legal pero cuya conducta se considera peligrosa.

1.1.3. Desde mediados de la década de los sesenta, muchos estudios han analizado el efecto del consumo de alcohol en la disminución de las facultades del conductor y han demostrado la correlación directa entre la tasa de alcoholemia y el riesgo de accidente. En todos los países con un parque automovilístico importante, las políticas destinadas a reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, a veces centradas en la reducción de las tasas máximas de alcoholemia, siempre se han considerado prioritarias para limitar los accidentes y el número de víctimas ([3]) ([4]) ([5]). Estas políticas suelen basarse en una combinación de tasas máximas de acoholemia, vigilancia policial, publicidad, reeducación y sanciones administrativas o legales, y varían en función de los Estados miembros.

1.1.4. En 1988, la Comisión presentó una propuesta de Directiva sobre niveles armonizados de la tasa de alcoholemia, cuyo objetivo era establecer un límite máximo de 0,5 mg/ml en toda la Comunidad ([6]) ([7]). Esta propuesta no prosperó por las objeciones de algunos Estados miembros fundadas en el principio de subsidiariedad. En julio de 1999, la Comisión de Transportes del Parlamento Europeo decidió no confirmar el resultado de su análisis del documento COM(88) 707 final en primera lectura y pidió que se elaborara otra propuesta que reflejara mejor los avances conseguidos en la evaluación de las medidas necesarias para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol.

1.1.5. La Comisión considera que un régimen más armonizado de tasa máxima legal de alcoholemia redundará en beneficio de las medidas tanto nacionales como comunitarias para reducir el problema del alcohol al volante en toda la Unión Europea. Los conductores comunitarios recibirían un mensaje

([1]) Promoción de la seguridad vial en la Unión Europea — Programa para 1997-2001 [COM(97) 131 final].

([2]) Prioridades de la seguridad vial de la Unión Europea: Informe de situación y clasificación de las acciones [COM(2000) 125].

([3]) «A strategic road safety plan for the European Union»: informe del European Transport Safety Council (ETSC), febrero de 1997.

([4]) Informe del grupo de trabajo sobre alcohol, drogas y medicamentos, remitido al grupo de alto nivel, octubre de 1999.

([5]) National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) reporter, vol. 10, nº 2: primavera de 1999, nº 3: verano de 1999.

([6]) COM(88) 707 final.

([7]) COM(89) 640 final.

claro y coherente de que conducir bajo los efectos del alcohol es peligroso en cualquier lugar de la Unión Europea. Ahora bien, la Comisión entiende que existen objeciones nacionales arraigadas contra esta medida, que se acogen al principio de subsidiariedad, por lo que no tiene previsto volver a presentar su propuesta de Directiva inicial, pese al compromiso contraído en la Comunicación sobre las prioridades de la seguridad vial. Así pues, la Comisión propone presentar una Recomendación de la Comisión en la que figuren sus opiniones sobre varios extremos:

— **tasas máximas de alcoholemia**

— **pruebas aleatorias de alcoholemia**

— **armonización de las normas de medida para los equipos de medición de la alcoholemia en aire espirado**

— **intercambio de información sobre buenas prácticas**

— **apoyo a la investigación y desarrollo**

— **apoyo a campañas publicitarias de alcance europeo**

— **coordinación del uso de datos sobre accidentes de circulación relacionados con el alcohol**.

De momento, la Comisión no tiene previsto retirar su propuesta inicial de Directiva, por si los Estados miembros desearan reactivarla como consecuencia de la Comunicación.

1.2. La magnitud del problema del alcohol al volante

1.2.1. Se han realizado muchos análisis sobre el problema que supone para la seguridad vial la conducción bajo los efectos del alcohol y se han estudiado las medidas posibles para solventarlo [1]. En algunos Estados miembros, se ha estimado que entre un 1 y un 5 % de los conductores al volante presentan una tasa de alcoholemia superior al límite máximo nacional. Además, estos conductores tienen más probabilidades de verse implicados en accidentes de tráfico, ya que representan hasta un 20 % de las heridas graves y mortales y hasta un 25 % de los conductores muertos en carretera. Aunque el problema ha disminuido en los últimos veinte años, los accidentes debidos al alcohol siguen siendo uno de los principales problemas para la seguridad vial.

1.2.2. La Comisión considera que al menos 10 000 usuarios de la carretera mueren anualmente en accidentes de tráfico debido al consumo de alcohol por parte de los conductores, cifra que conviene tener presente por la pérdida que representa para nuestra sociedad. Si se aplica la regla del millón de euros por vida perdida, tal como figura en el programa comunitario sobre seguridad vial, este valor social asciende a 10 000 millones de euros al año.

2. JUSTIFICACIÓN DE UNA TASA DE ALCOHOLEMIA MÁXIMA DE 0,5 MG/ML

2.1. Beneficios de una tasa máxima de alcoholemia armonizada para toda la Unión Europea

2.1.1. El beneficio principal de una tasa máxima legal de alcoholemia más uniforme en toda la Comunidad es transmitir un mensaje más claro y coherente a todos los conductores de vehículos de turismo y de transporte de mercancías: superado cierto límite, beber y conducir constituye una actividad peligrosa. Desde la perspectiva del conductor, unos límites más uniformes constituirán una referencia para el control nacional y las campañas publicitarias europeas. Cualquiera que sea el lugar de la Unión Europea en que se encuentren, los conductores serán conscientes de que existe un límite más uniforme, por lo que, si lo rebasan, sabrán que han cometido un delito de conducción en estado de ebriedad.

2.2. Determinación de una tasa máxima de alcoholemia adecuada para la Unión Europea

2.2.1. La Comisión Europea cree que una disociación total entre el alcohol y el volante reduciría de forma significativa el número de accidentes de tráfico y, en particular, el número de accidentes mortales. Las estadísticas disponibles apuntan a que al menos 10 000 vidas podrían salvarse anualmente si desapareciese la conducción bajo los efectos del alcohol. Ahora bien, las probabilidades de alcanzar esta situación ideal dependen esencialmente del nivel de aplicación (tanto de los controles en carretera como de los sistemas tecnológicos de control de los conductores) y del cumplimiento de la legislación por parte de los conductores. Lógicamente, la tasa de alcoholemia máxima (y el equivalente en aire espirado) necesaria para alcanzar este objetivo debería ascender a 0, lo que supone, en la práctica, una tasa de alcoholemia que oscile entre 0,1 mg/ml y 0,2 mg/ml, dependiendo del margen de tolerancia autorizado.

[1] «Reducing Traffic Injuries resulting from Alcohol Impairment»: informe del European Transport Safety Council (ETSC), enero de 1995. Informe del grupo de trabajo sobre alcohol, drogas y medicamentos, remitido al grupo de alto nivel, octubre de 1999.

2.2.2. Desde el punto de vista de la seguridad vial, la eliminación completa de la conducción bajo los efectos del alcohol es el objetivo ideal. Ahora bien, sin la aceptación del público y sin un sistema de aplicación verosímil, de nada servirá establecer una tasa máxima de alcoholemia demasiado baja. La Comisión entiende que, al determinar una tasa máxima legal de alcoholemia, o un régimen de límites, deberían tenerse presentes los siguientes puntos:

— el nivel por encima del cual el riesgo de accidente, especialmente mortal, empieza a aumentar de forma significativa,

— el mayor riesgo de accidente para algunos usuarios de la carretera, como los conductores sin experiencia y los motoristas,

— la necesidad de participar en programas de formación y educación, especialmente para los conductores jóvenes,

— la mayor probabilidad de muerte, heridas, daños, interrupción del tráfico, congestión y retraso cuanto mayores sean las dimensiones del vehículo implicado.

2.2.3. La Comisión considera que, en general, puede contarse con una acogida favorable del público europeo ante unos límites inferiores en la tasa máxima de alcoholemia [1]. **En función de todas las pruebas e investigaciones realizadas, la tasa máxima de alcoholemia de 0,5 mg/ml, que se propuso por primera vez el 5 de diciembre de 1988, debería ser el límite máximo legal recomendado en la Unión Europea**.

3. TASAS MÁXIMAS DE ALCOHOLEMIA EN LOS ESTADOS MIEMBROS

3.1. Fundamento jurídico

3.1.1. Muchos Estados miembros ya incluyen una tasa máxima de alcoholemia de 0,5 mg/ml en su legislación nacional, ya sea como límite legal por encima del cual se considera que el conductor ha incurrido en un delito o como tasa máxima que da lugar a multa u otra sanción administrativa. La Comisión recomienda que todos los Estados miembros adopten este límite máximo e incluso vayan reduciéndolo, en aras de una mayor seguridad vial. **Con todo, la Comisión opina que corresponde a las autoridades nacionales determinar la tasa de alcoholemia y las consiguientes medidas de aplicación y sanción**.

3.2. Reducciones en las tasas máximas de alcoholemia en los Estados miembros

3.2.1. Los siguienes Estados miembros ya han reducido su tasa máxima de alcoholemia desde que introdujeron su primer límite legal:

Estado miembro	Fecha del cambio	Tasa máxima actual de alcoholemia (mg/ml)
Austria	6.1.1998	0,5
Bélgica	1.12.1994	0,5
Dinamarca	1.3.1998	0,5
Francia	25.8.1995	0,5
Grecia	23.3.1999	0,5
Alemania	27.4.1998	0,5
Irlanda	1994	0,8
Portugal	23.11.1983	0,5
España	7.5.1999	0,5
Suecia	1.7.1990	0,2

3.2.2. En cambio, los siguientes Estados miembros no han reducido su tasa máxima de alcoholemia desde que la introdujeron en su normativa nacional:

Finlandia	0,5
Italia	0,8
Luxemburgo	0,8
Países Bajos	0,5
Reino Unido	0,8

3.2.3. Adémas, España ha adoptado una tasa máxima de alcoholemia inferior (0,3 mg/ml) para los conductores sin experiencia, los conductores de camiones y autobuses y los conductores que transportan mercancías peligrosas. Austria ha adoptado un límite inferior (0,1 mg/ml) para las mismas categorías, aproximadamente, y para los motociclistas menores de 18 años. En los Países Bajos, se está estudiando la posibilidad de adoptar una tasa máxima de 0,2 mg/ml para los conductores sin experiencia.

[1] SARTRE 95 y 98 («Social Attitudes to Road Traffic Risk In Europe»).

4. EFICACIA DE LAS MEDIDAS DESTINADAS A REDUCIR EL PROBLEMA DEL ALCOHOL AL VOLANTE

4.1. Datos disponibles

4.1.1. Las investigaciones y estadísticas apuntan a que este problema se observa principalmente en algunas categorías de conductores:

— hombres relativamente jóvenes y sin experiencia,

— conductores que suelen circular con tasas de alcoholemia muy altas,

— bebedores ocasionales, con una tasa de alcoholemia baja (incluso inferior a la tasa máxima permitida), pero que toleran menos el alcohol.

4.1.2. Resulta difícil evaluar el efecto de una reducción de la tasa de alcoholemia, ya que su efecto específico suele verse ocultado (aunque no siempre) por cambios simultáneos en materia de aplicación, sanciones y publicidad. Sin embargo, en Australia, Japón, Estados Unidos y algunos Estados miembros de la Unión Europea se ha demostrado ampliamente que una reducción de la tasa máxima de alcoholemia, junto con medidas eficaces de aplicación, sanciones y publicidad, puede reducir de forma significativa el problema del alcohol al volante, incluso entre los grupos que presentan mayores riesgos de infracción. En este último caso, el papel de la reeducación es especialmente importante. También parece demostrarse que la mera reducción de la tasa de alcoholemia, incluso sin medidas complementarias de aplicación efectiva y publicidad, puede reducir de forma significativa el problema, aunque suponga, por parte de los conductores, un nivel improbable de cumplimiento de la ley. En general, los datos disponibles apuntan a que una reducción de la tasa de alcoholemia a 0,5 mg/ml para los Estados miembros que siguen aplicando una tasa de 0,8 mg/ml podría no sólo reducir el número de muertos entre varones jóvenes bajo el efecto del alcohol, sino también entre los conductores recalcitrantes que suelen beber cantidades excesivas de alcohol, siempre que esta reducción vaya acompañada de medidas eficaces de aplicación de las normas, ya sean específicas o aleatorias.

4.2. Necesidad de respaldar la tasa máxima legal de alcoholemia con medidas eficaces de aplicación

4.2.1. Sólo cuatro Estados miembros (Reino Unido, Irlanda, Italia y Luxemburgo) siguen manteniendo la tasa máxima legal de alcoholemia de 0,8 mg/ml. En el caso del Reino Unido, este límite legal no se ha modificado desde su introducción en 1967. La reducción muy significativa del problema del alcohol al volante que ha registrado este país en las últimas dos décadas, con una disminución del 70 % de los accidentes mortales, se ha conseguido sin modificación de la normativa sobre la tasa de alcoholemia, pero en un contexto de aplicación eficaz y de campañas publicitarias que han modificado el comportamiento del público frente al problema. La Comisión piensa que incluso en países como el Reino Unido, que han cosechado grandes éxitos en la reducción de los accidentes mortales debidos al alcohol, podría mejorar la situación si se avanzara hacia un límite máximo legal de 0,5 mg/ml y se ampliaran otras medidas complementarias. Además, también pueden conseguirse reducciones significativas en los Estados miembros que ya han adoptado el límite máximo legal de 0,5 mg/ml, o incluso un límite inferior, ampliando las actividades de aplicación efectiva y adoptando sanciones más estrictas para las personas condenadas por conducir en estado de ebriedad. En particular, la Comisión considera que proceder de forma periódica y extensiva a pruebas aleatorias de alcoholemia constituye una medida rentable y disuasoria para luchar contra el alcohol al volante.

5. UNA TASA MÁXIMA DE ALCOHOLEMIA DE 0,2 MG/ML PARA DETERMINADOS GRUPOS DE CONDUCTORES

5.1. Conductores sin experiencia

5.1.1. Es obvio que los conductores sin experiencia (sobre todo los jóvenes) están involucrados de manera desproporcionada en accidentes de tráfico relacionados con el alcohol. Ante este riesgo, superior al de los conductores con mayor experiencia, la Comisión considera conveniente introducir una tasa máxima de alcoholemia de 0,2 mg/ml para las personas que están aprendiendo a conducir, o que han obtenido el permiso definitivo desde hace menos de dos años, y recomienda que los Estados miembros adopten este límite inferior para ese grupo de conductores vulnerables. Algunos Estados desearán ampliar el plazo de posesión del permiso de conducción definitivo antes de autorizar una tasa máxima de alcoholemia superior a 0,2 mg/ml.

5.2. **Motoristas**

5.2.1. Desde un punto de vista estadístico, los motoristas presentan muchos más riesgos de accidentes graves o mortales que los conductores de automóviles. Estos conductores, especialmente si son jóvenes y tienen poca experiencia, corren mayores riesgos si conducen tras haber consumido alcohol. Aunque las estadísticas europeas no son del todo concluyentes, algunas estadísticas nacionales sobre mortalidad indican que los motoristas no consumen tanto alcohol como los conductores de automóviles, y que ya adoptan actitudes más responsables ante ese riesgo mayor de accidentes. Ahora bien, dado que en algunos Estados conductores muy jóvenes (a partir de los 14 años) pueden conducir vehículos de dos ruedas de poca potencia, y que el perfil de edad de los conductores es relativamete bajo en la Unión Europea, parece conveniente introducir un límite inferior para reforzar las buenas prácticas inculcadas durante el aprendizaje. La Comisión considera que el alto riesgo de accidente de tráfico de este grupo de usuarios de la carretera debería verse reflejado en una tasa máxima de alcoholemia inferior, de 0,2 mg/ml, y recomienda que los Estados miembros adopten este límite inferior.

5.3. **Conductores de camiones (más de 3,5 toneladas de PMA) y autobuses (más de 8 asientos de viajeros)**

5.3.1. Las estadísticas disponibles indican que, por vehículo/kilómetro, el riesgo de que un autobús de grandes dimensiones esté implicado en un accidente de tráfico grave o mortal es superior al de un automóvil, habida cuenta de su características operativas y del número mucho mayor de viajeros. En lo que se refiere a los camiones, el riesgo por vehículo/kilómetro es similar al de los automóviles. Estos riesgos relativos también se aplican al riesgo total de víctimas en accidentes en los que estén implicados estos vehículos pero, puesto que los autobuses transportan muchos más viajeros que los automóviles, el riesgo de víctimas por ocupante/kilómetro es muy inferior en el caso de los automóviles. No obstante, las estadísticas comunitarias indican que los accidentes mortales con camiones o autobuses de grandes dimensiones representan un 18 % aproximadamente del total de accidentes mortales en la Unión Europea.

5.3.2. Aunque no se dispone aún de estadísticas suficientemente completas sobre accidentes de tráfico para una evaluación detallada de lo riesgos relativos en el conjunto de la Unión Europea, conviene tener en cuenta otros factores para determinar una tasa máxima de alcoholemia adecuada en el caso de los conductores de vehículos de grandes dimensiones. Si están implicados en un accidente de tráfico, estos vehículos pueden causar daños materiales graves, interrupciones del tráfico, retrasos, congestión, especialmente en los túneles, puentes, arterias principales o zonas urbanas muy pobladas. La Comisión entiende que, habida cuenta del aumento en la última década del transporte de mercancías y de viajeros en la Comunidad, una tasa máxima de alcoholemia de 0,2 mg/ml es la adecuada para todos los conductores de camiones y autobuses y recomienda a los Estados miembros que adopten este límite inferior. La Comisión ha observado que algunos operadores ya han adoptado para sus conductores profesionales una política de prohibición total del alcohol.

5.4. **Conductores de vehículos de transporte de mercancías peligrosas**

5.4.1. Nada indica que los vehículos de transporte de mercancías peligrosas presenten mayores riesgos de accidente de tráfico que los demás vehículos de transporte de mercancías o los automóviles. Sin embargo, las consecuencias de un accidente pueden ser muy graves. La Comisión considera que un límite máximo inferior (de 0,2 mg/ml) es el adecuado para los conductores de vehículos de transporte de mercancías peligrosas y recomienda la adopción de este límite. Muchos de estos vehículos tienen un peso máximo autorizado superior a 3,5 toneladas.

6. **ESTIMACIÓN DEL EFECTO DE LAS MEDIDAS DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOL AL VOLANTE EN LA REDUCCIÓN DE LOS ACCIDENTES MORTALES**

6.1. **Datos disponibles**

6.1.1. Resulta sumamente difícil evaluar en qué medida la tasa máxima de alcoholemia, junto con medidas nacionales de aplicación efectiva y publicidad, influye en la reducción de los accidentes mortales. De acuerdo con las estimaciones disponibles en Europa, Estados Unidos, Japón y Australia, la disminución de los accidentes y de las víctimas por la reducción de la tasa máxima de alcoholemia, junto con medidas paralelas para luchar contra el alcohol al volante, es muy variable, si bien todo apunta a que esta actuación es muy eficaz. Los efectos pueden acumularse, pero dependerán mucho de los cambios en la actitud y el comportamiento de los conductores. Los datos disponibles indican, a modo

de hipótesis realista, que un esfuerzo concertado a escala comunitaria para luchar contra el alcohol al volante, sobre la base de unas tasas máximas de alcoholemia uniformes y de medidas nacionales de aplicación efectiva y de publicidad, podría reducir los accidentes mortales debidos al alcohol en un 10 % aproximadamente. No se trata de un cálculo científico, sino de un objetivo mínimo razonable basado en los datos disponibles a escala internacional.

6.1.2. Es preciso reconocer que no está clara la relación entre la tasa máxima legal de alcoholemia y la incidencia del alcohol al volante, ya que intervienen otros muchos factores en la conducción bajo los efectos del alcohol. La proporción de conductores que mueren en accidente con una tasa máxima de alcoholemia superior a la permitida varía considerablemente entre Estados miembros, si bien la Comisión estima que ronda los 25 % para el conjunto de la Unión Europea. Esta proporción resulta ser mayor en Estados Unidos, país en el que la tasa máxima legal de alcoholemia oscila entre 1,0 y 0,8 mg/ml, y mucho menor en Japón, país en el que el límite está en 0,5 mg/ml desde 1970. Por otra parte, en los últimos veinte años, el Reino Unido ha reducido de forma significativa los problemas de alcohol al volante con una combinación de medidas de aplicación efectiva, sanciones y campañas publicitarias periódicas, todo ello en torno a un límite de 0,8 mg/ml que no se ha modificado desde que se introdujo en 1967.

6.1.3. Se han aplicado varios enfoques para luchar contra el problema del alcohol al volante, con más o menos éxito, en función de las características nacionales. **La Comisión considera que corresponde a los Estados miembros determinar la combinación de las distintas opciones; ahora bien, en el contexto de una política común de transportes, sería conveniente que estas medidas se articularan en torno a un régimen de tasas máximas de alcoholemia más uniforme**.

6.2. Distribución de los efectos de reducción de los accidentes mortales

6.2.1. Una reducción del 10 % de todas las víctimas mortales de la Unión Europea por conducción bajo los efectos del alcohol supondría salvar 1 000 vidas cada año, lo que representa un 2,5 % del total comunitario de víctimas mortales en accidentes de tráfico. Los datos disponibles indican que dos tercios aproximadamente de estas vidas salvadas anualmente corresponderían a conductores que han rebasado la tasa máxima de alcoholemia, mientras que el tercio restante correspondería a conductores «sobrios», pasajeros y demás usuarios de la carretera. Claro está, la proporción de vidas salvadas varía en función de los Estados miembros. Pueden conseguirse mayores reducciones, si bien todo depende del nivel de aplicación efectiva, especialmente en los Estados miembros en los que los niveles actuales de aplicación son relativamente bajos. El recurso a campañas intensivas de control de la alcoholemia, para convencer a los conductores de que las probabilidades de control son muy altas, constituye una medida disuasoria rentable, aunque también deban aumentarse los fondos destinados a esta actividad.

6.2.2. El límite general recomendado de 0,5 mg/ml, y de 0,2 mg/ml para determinados conductores, afectará más a unos cuantos Estados miembros, ya que 10 de ellos ya articulan su política en torno a una tasa máxima de alcoholemia de 0,5 mg/ml. Suecia adoptó una tasa inferior (0,2 mg/ml) en 1990 y dos Estados miembros ya aplican límites inferiores para algunas categorías de conductores. Por consiguiente, los efectos de la reducción de la tasa máxima de alcoholemia en la disminución de los accidentes y de los daños corporales variarán en función de los Estados miembros, y dependerán ante todo de la eficacia de la aplicación a escala nacional y del cumplimiento de los límites por parte de los conductores.

7. IMPACTO ECONÓMICO

7.1. El «problema económico» en las zonas rurales aisladas

7.1.1. En los Estados miembros que siguen aplicando una tasa máxima de alcoholemia de 0,8 mg/ml (en particular, el Reino Unido e Irlanda), se argumenta que una reducción a 0,5 mg/ml podría dar lugar, de acuerdo con algunas hipótesis sobre consumo de alcohol y comportamiento al volante, a una disminución de las ventas de alcohol y a pérdidas económicas. Los afectados serían los expendedores (*pubs*) de las zonas rurales aisladas a las que sólo puede accederse en coche y en las que los conductores deberán optar por reducir su consumo de alcohol o su frecuentación del *pub* (o ambas cosas).

7.1.2. La Comisión considera que el valor social de la disminución de los accidentes por la reducción de las tasas de alcoholemia en la Comunidad, junto con medidas nacionales eficaces en materia de aplicación, formación y publicidad, compensará probablemente las posibles pérdidas económicas en algunas regiones. No existe razón alguna para que los comportamientos frente al alcohol y al volante no se adapten a la necesidad de separar ambos conceptos, por encima de una tasa de alcoholemia cuya influencia negativa en las facultades del conductor está demostrada.

7.1.3. Cabe observar que la Comisión no recomienda una prohibición total del alcohol para los conductores. Además, el recurso al transporte público, el uso compartido de un mismo coche, la designación de común acuerdo de una persona que no beberá, la moderación en el consumo de alcohol o la elección de bebidas no alcohólicas son opciones que permiten mantener el hábito de beber como actividad social. El conflicto de intereses es inevitable, pero es preciso recordar que cada muerto en carretera cuesta un millón de euros y que no resolver el problema del alcohol al volante también tiene un auténtico impacto económico. El objeto de la presente Recomendación no es respaldar el mercado del alcohol en determinadas regiones, sino mejorar la seguridad vial.

7.2. **Necesidad de recursos adicionales para una aplicación efectiva de las tasas máximas de alcoholemia reducidas**

7.2.1. Cualquier introducción de tasas máximas inferiores de alcoholemia dará lugar, dependiendo de los cambios en el comportamiento de los conductores frente al alcohol, a un aumento de la carga que recae sobre los inspectores de policía encargados de su aplicación, que cuentan con recursos limitados para ello. El esfuerzo nacional a este respecto es crucial para reducir el número de accidentes debidos a la conducción bajo los efectos del alcohol. El informe reciente del grupo de trabajo europeo sobre alcohol, drogas y medicamentos puso de manifiesto la importancia de una aplicación efectiva. Actualmente, la situación al respecto es muy variable dependiendo de los Estados miembros. La adopción de tasas de alcoholemia inferiores supondrá inevitablemente la necesidad de mayores recursos para su aplicación efectiva y su efecto disuasivo, especialmente en los Estados miembros en los que el nivel de aplicación es relativamente bajo. Sin un incremento significativo de los recursos policiales para la aplicación, las tasas inferiores podrían ser contraproducentes, ya que la policía se dedicaría a controlar a más conductores con tasas de alcoholemia relativamente bajas, lo que podría dar lugar a una disminución del índice de detección de autores de infracciones más peligrosas, que pueden causar accidentes más graves.

7.2.2. Es imprescindible reforzar las medidas de aplicación para conseguir un auténtico efecto disuasivo, pero este tipo de programas, como las pruebas aleatorias de la alcoholemia en aire espirado, resulta caro y requiere más personal. Ahora bien, cabe observar que las pruebas en aire espirado son muy rentables y que merece la pena invertir en ellas. Aun así, cabe pensar que el coste que supondría el aumento necesario de las medidas de aplicación para reducir en unos 1 000 el número anual de víctimas en la Unión Europea, sin un régimen más armonizado de tasa máxima de alcoholemia, será inferior a los 1 000 millones de euros anuales que representa, calculando por lo bajo, esa pérdida en vidas humanas. Además, debe reconocerse que una mayor cooperación entre las fuerzas de policía nacionales permitirá mejorar la eficacia de la aplicación incluso con los recursos actuales.

8. **NECESIDAD DE ESTADÍSTICAS SOBRE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO**

8.1. **A escala nacional**

8.1.1. El informe del grupo de trabajo europeo sobre alcohol, drogas y medicamentos pone de manifiesto las deficiencias de las estadísticas actuales en lo que se refiere a los accidentes relacionados con el alcohol. Es imprescindible proceder sistemáticamente a una prueba de alcoholemia tras un accidente de tráfico y registrar los resultados para su análisis estadístico, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas de lucha contra el alcohol al volante. En algunos Estados miembros, aunque se ha observado un incremento del control policial, los resultados de las pruebas de alcoholemia no se registran íntegramente en bases de datos nacionales sobre accidentes de tráfico. Unos resultados completos sobre las pruebas de alcoholemia (en sangre y en aire espirado) permitirían comparar la incidencia de conductas inadecuadas frente al alcohol en los distintos grupos de conductores.

8.2. **A escala comunitaria**

8.2.1. Si todos los resulados de tales pruebas se comunicaran también a la base de datos de la Comunidad sobre los accidentes de circulación (CARE) [1], se ampliaría la muestra empleada para analizar el reparto, a escala europea, de las tasas de alcoholemia (y de los equivalentes en aire espirado) de los distintos grupos de usuarios. Se dispondría de una fuente de datos europea única para documentar y controlar los efectos de las políticas de lucha contra el alcohol al volante. Puede obtenerse un valor añadido sustancial si se ponen en común los dis-

[1] Decisión 93/704/CE del Consejo.

tintos resultados de las pruebas en sangre y aire espirado. Además, en el contexto del programa de acción comunitario relativo a la prevención de lesiones en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública [1], se está fomentando el control epidemiológico de las lesiones por medio de un sistema comunitario de recopilación de datos (EUPHIN, European Union Public Health Information Network). Se establecerán indicadores comunes para las lesiones, basados en normas aceptadas de común acuerdo y que proporcionarán datos nacionales representativos, incluidos indicadores procedentes de otros ámbitos políticos de interés (por ejemplo, seguridad en el lugar de trabajo, transporte y protección civil).

9. NORMAS PARA LOS EQUIPOS DE MEDICIÓN DE LA ALCOHOLEMIA

9.1. Necesidad de normas obligatorias a escala comunitaria

9.1.1. El grupo de trabajo europeo sobre alcohol, drogas y medicamentos comunicó que existe un amplio respaldo de los Estados miembros para establecer normas obligatorias de medición a escala comunitaria para los equipos de medición en aire espirado, cuyos resultados podrán servir de prueba ante los tribunales.

9.1.2. La posibilidad de completar los análisis de sangre con pruebas de alcoholemia en aire espirado permite reforzar el control policial. Los Estados miembros con una tasa máxima de alcoholemia de 0,5 mg/ml utilizan un equivalente en aire espirado de 0,22 ó 0,25 microgramos de alcohol por milímetro de aire espirado. Pero los sistemas comercializados en la actualidad tienen niveles distintos de precisión. Por consiguiente, los Estados miembros deben permitir un margen de error tanto para los análisis de sangre como para las pruebas en aire espirado. Este margen también varía según los Estados miembros.

9.1.3. En el contexto de una tasa máxima de alcoholemia armonizada en la Unión Europea, la tasa máxima recomendada de 0,5 mg/ml y 0,2 mg/ml no autoriza ningún margen de error en la medición. Establecer normas de medición armonizadas para los equipos de detección constituye un método más sencillo para reforzar la tasa de alcoholemia armonizada y los límites del control en aire espirado, sobre la base de la idoneidad técnica del equipo homologado. El establecimiento de estas normas también permitirá armonizar los márgenes de errores estadísticos autorizados.

9.1.4. Algunos Estados miembros prevén un margen de tolerancia más amplio en la medición de la tasa de alcoholemia para animar a los conductores retenidos a optar por una prueba de aire espirado en lugar del análisis de sangre, que requiere más tiempo y resulta más caro. En Suecia, aunque desde 1990 se aplica una tasa de alcoholemia relativamente baja (0,2 mg/ml), el margen de tolerancia autorizado permite a los conductores un consumo de alcohol de hasta 0,34 mg/ml en algunas circunstancias. El objetivo de esta mayor tolerancia es aumentar el grado de aplicación, ya que con los mismos recursos, las fuerzas policiales pueden efectuar muchas más pruebas de aire espirado que análisis de sangre. Corresponde a los Estados miembros determinar este margen de tolerancia para hallar un equilibrio entre el efecto disuasivo de aplicar la tasa máxima legal o de autorizar cierto margen que permita aumentar el grado de aplicación.

9.1.5. La Comisión está elaborando un proyecto de propuesta de Directiva sobre instrumentos de medida cuya adopción permitirá armonizar los requisitos que han de cumplir los equipos destinados al control de la alcoholemia en aire espirado en la Unión Europea. La Organización Internacional de Metrología Legal (OIML) establece las directrices para las normas internacionales y los países miembros basan su legislación en estas normas.

10. MERMA DE FACULTADES POR EL EFECTO COMBINADO DE ALCOHOL Y DE DROGAS

10.1. El problema de las drogas ilegales

10.1.1. Las investigaciones recientes sobre el efecto de la marihuana en las facultades de conducción [2] indican que los efectos del consumo exclusivo de hachís, que produce dosis de tetrahidrocanabinol (THC) de 100 a 200 ug/kg, no son muy distintos de la alteración que pueden producir otras drogas o una tasa de alcoholemia superior a 0,8 mg/ml. Sin embargo, se ha llegado a la conclusión de que las mismas dosis de THC, combinadas con una cantidad de alcohol que dé lugar a una tasa de alcoholemia de 0,4 mg/ml, ocasiona una alteración grave de las facultades del conductor.

[1] Decisión nº 372/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de febrero de 1999, por la que se aprueba un programa de acción comunitaria relativo a la prevención de lesiones en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1999-2003).

[2] «Marijuana, Alcohol and actual driving performance», NHTSA, julio de 1999.

10.1.2. El alto riesgo comprobado para los conductores de vehículos o los motoristas, y el incremento en el consumo de hachís y en la detección de THC (así como de otras drogas ilegales) en los conductores implicados en accidentes ([1]), constituyen un tema de preocupación creciente para la seguridad vial en la Unión Europea. Sin embargo, existen muchas drogas ilegales y todavía no se sabe con seguridad su interacción con el alcohol para reducir las facultades del conductor. Además, el plan de acción de la Unión Europea en materia de drogas 2000-2004, respaldado por el Consejo Europeo de Feira, solicita de la Comisión y de los Estados miembros que inicien una investigación sobre la conducción bajo los efectos de drogas y fármacos ilegales. La posesión y el consumo de drogas ilegales constituyen, por definición, un delito punible en el contexto de la legislación nacional. Por consiguiente, corresponde determinar a los Estados miembros si conducir bajo los efectos de drogas ilegales constituye un delito más grave que conducir bajo los efectos del alcohol, por lo que este aspecto no se incluye en la presente Recomendación.

10.2. **El problema de las drogas legales**

10.2.1. El consumo de drogas legales (medicinas), solas o combinadas con alcohol, y sus efectos en las facultades de los conductores, constituyen elementos importantes en el incremento del riesgo de accidentes. Pero existe un número considerable de drogas legales y sus efectos en las facultades de los conductores se han analizado menos que los efectos del alcohol. Por ejemplo, las benzodiazepinas son un grupo de sustancias muy utilizadas que, combinadas con alcohol, pueden alterar las facultades del conductor tanto como una combinación de pequeñas dosis de alcohol y hachís.

10.2.2. El tema de los efectos de las drogas legales en los conductores es muy complejo de por sí y su combinación con el alcohol es tan sólo un aspecto específico de la cuestión. Ahora bien, los Estados miembros pueden desear tratar este asunto en el contexto de su normativa nacional. A escala comunitaria, será sin duda positivo intercambiar datos sobre los resultados de la investigación y sobre las mejores prácticas al respecto.

([1]) «Literature review on the relation between Drug Use, Impaired Driving, and Traffic Accidents»: capítulo 2.4.2 — Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, febrero de 1999.